

L 17 U 409/98

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Unfallversicherung

Abteilung

17

1. Instanz

SG Würzburg (FSB)

Aktenzeichen

S 5 U 267/95

Datum

29.07.1998

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 17 U 409/98

Datum

28.03.2001

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 29.07.1998 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Anerkennung und Entschädigung einer Polyradikulomyelitis infolge einer Coxsackie-B-Infektion als Berufskrankheit (BK) streitig.

Der am 1961 geborene Kläger war seit August 1990 als Krankenpflegerhelfer in der antiseptisch-chirurgischen Station des C. Krankenhauses H. tätig. Seit Ende November 1991 traten bei ihm im Rahmen eines grippalen Infektes mit Schnupfen Blasenstörungen, Gliederschmerzen, Missempfindungen und Lähmungen der Beine auf. Ab 02.12.1991 wurde er stationär im L.Krankenhaus S. (Arztbericht vom 13.01.1992), anschließend ab 13.01.1991 im Krankenhaus H. B. (Arztbericht vom 27.07.1992), ab 14.01.1992 im C. Krankenhaus H. (Arztbericht vom 17.03.1992) und ab 17.03.1992 bis 12.05.1992 in der Neurologischen Klinik B. (Arztbericht vom 02.09.1992) behandelt. Dabei wurde eine inkomplette Querschnittlähmung nach infektiöser Polyradikulomyelitis (Coxsackie-B-Infektion) mit Hirnnervenbeteiligung und autonomer Neuropathie als Diagnose angegeben (Arztbericht von Dr.W.S. vom 17.02.1992). Er führte die Erkrankung auf die in der Zeit von 28.10. bis 13.11.1991 erfolgte Pflege der Patientin Cäcilie W. (W.), die am 30.10.1991 an der Galle operiert und am 13.11.1991 in das Juliusspital W. verlegt worden war, zurück. Dort wurden bei ihr neurologische Ausfallserscheinungen festgestellt und die Diagnose eines Guillain-Barré-Syndroms gestellt (Arztbericht vom 13.01.1992).

Am 10.06.1992 zeigte das C. Krankenhaus H. dem Beklagten eine Berufskrankheit (Infektionskrankheit) an.

Zur Aufklärung des Sachverhalts zog der Beklagte eine Krankheitsauskunft der AOK Schweinfurt vom 24.06.1992, Befundberichte des Urologen Dr.F.D. (B.n) vom 21.07.1992 und des Allgemeinarztes Dr.K.F.S. (E.) vom 10.11.1992 sowie die ärztlichen Unterlagen des L.Krankenhauses S. bei und holte ein Gutachten des Professors Dr.G.R. (Max v. Pettenkofer-Institut für Hygiene und medizinische Mikrobiologie der Ludwig-Maximilians-Universität M.) vom 01.12.1993 ein. Dieser führte aus, dass die Befunde der serologischen Untersuchung eine Infektion mit Coxsackie- B-Virus wahrscheinlich machen. Hinsichtlich der Patientin W. als mögliche Infektionsquelle könne eine direkte Übertragung aber nicht bewiesen werden, da kein Erregernachweis erfolgt sei. Ein direkter Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit des Klägers und der möglichen Infektion mit einem Coxsackie-B-Virus sei zwar denkbar, aber nicht wahrscheinlich.

Nach der gewerbeärztlichen Stellungnahme vom 04.01.1994 lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 11.02.1994 die Anerkennung einer BK nach Nr 3101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKVO) ab. Er führte aus, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit des Klägers und der angenommenen Virus-Infektion könne nicht mit Wahrscheinlichkeit bejaht werden. Von einer gesicherten Coxsackie-B-Virusinfektion könne nicht ausgegangen werden. Es sei auch nicht nachweisbar, dass der Kläger beruflichen Kontakt mit Coxsackie-B-Virus-kontaminiertem Material bzw Patienten hatte. Bei der Patientin W. sei ein Erregernachweis nicht erbracht worden. Es sei auch möglich, dass sich der Kläger mit einem anderen unbestimmten Enterovirus infiziert habe.

Im anschließenden Widerspruchsverfahren verwies der Kläger darauf, dass Frau W. die gleichen Ausfallserscheinungen gehabt habe wie er selbst, nämlich Lähmungserscheinungen an den Beinen und Gefühlsstörungen.

Nach Beiziehung der Krankenunterlagen von W., die am 06.10.1992 an einer Embolie verstorben ist, holte der Beklagte eine zusätzliche

gutachtliche Stellungnahme des Prof. Dr.R. vom 13.07.1995 ein. Dieser hielt beim Kläger eine Infektion mit Coxsackie-B-Viren für wahrscheinlich, aber nicht gesichert. Da bei Frau W. die Ursache des Guillain-Barré-Syndroms unbekannt geblieben sei, erscheine angesichts der weiten Verbreitung von Coxsackie-Viren eine Ansteckung des Klägers bei seiner beruflichen Tätigkeit zwar denkbar, aber nicht nachgewiesen. Sie sei eher unwahrscheinlich. Daraufhin wies der Beklagte den Widerspruch zurück (Bescheid vom 28.07.1995).

Dagegen hat der Kläger Klage zum Sozialgericht (SG) Würzburg erhoben und beantragt, bei ihm eine Enzephalomyelitis infolge Coxsackie-B-Infektion als BK nach Nr 3101 der Anlage 1 zur BKVO anzuerkennen und zu entschädigen.

Mit Schreiben vom 29.03.1996 hat er geschildert, welche Pflögetätigkeiten er bei der Patientin W. verrichtete (Hilfestellung bei Waschen, Toilettengängen sowie Mobilisation, Bettenmachen). Nach Vorlage eines Arztberichtes des Nervenarztes Dr.D.S. (L.) vom 10.09.1996 und Beiziehung der Krankenakte von Frau W. vom Juliusspital W. hat das Juliusspital - Abteilung für Neurologie - auf Anfrage des SG am 16.04.1998 mitgeteilt, dass bei der Patientin W. eine am 15.11.1991 erfolgte Liquor-Punktion passend zur Verdachtsdiagnose eines Guillain-Barré-Syndroms gewesen sei. Der Liquor sei aber - da nicht erforderlich - nicht auf Erreger untersucht worden. Es könne daher nicht Stellung genommen werden, ob eine Infektion mit Coxsackie-B-Viren stattgefunden habe. Liquor- oder Serummaterial der Patientin lägen nicht mehr vor. Das C.Krankenhaus H. hat dem SG am 23.04.1998 mitgeteilt, bei der Patientin sei während des stationären Aufenthaltes eine Untersuchung (Liquor-Diagnostik, Serum) nicht durchgeführt worden. Im Zeitraum 01.08. bis 01.12.1990 seien in der aseptisch-chirurgischen Abteilung des Krankenhauses auch keine Coxsackie-B-Virus-Infektionen behandelt worden.

Mit Urteil vom 29.07.1998 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im wesentlichen ausgeführt: Der Kläger habe als Krankenpfleger-Helfer auf einer aseptisch-chirurgischen Station zwar zum geschützten Personenkreis iS der Nr 3101 der Anlage 1 zur BKVO gehört. Es stehe aber nicht mit der im Unfallversicherungsrecht erforderlichen Wahrscheinlichkeit fest, dass die diagnostizierte Erkrankung auf die berufliche Tätigkeit zurückzuführen sei. Insbesondere sei nicht nachgewiesen, dass die Patientin W. Infektionsquelle für die Übertragung von Coxsackie-B-Viren gewesen sei, da die Ursache des bei ihr diagnostizierten Guillain-Barré-Syndroms unbekannt sei. Die Folgen der objektiven Beweislosigkeit habe der Kläger zu tragen.

Gegen dieses Urteil hat der Kläger Berufung eingelegt und vorgetragen: Er sei als einzige männliche Pflegekraft intensiv mit der Grundpflege der Patientin W. befasst gewesen (insbesondere Ganzwaschung, Hilfestellung bei Toilettengängen, Reinigung des Genitalbereiches, Entsorgung der Fäkalien). Es habe ein sehr naher, unmittelbarer Hautkontakt und Kontakt mit Körperflüssigkeit der Patientin bestanden, wodurch die Übertragung von Viren erheblich gefördert worden sei. Eine hinreichende Wahrscheinlichkeit zwischen seiner Tätigkeit und der Erkrankung sei anzunehmen, da seine eigenen und die Symptome der Patientin zusammenpassten. Im Urteil des SG sei ein Anscheinsbeweis nach [§ 9 Abs 3 SGB VII](#) nicht erörtert worden, ebenso nicht Beweiserleichterung bzw Beweislastumkehr.

Der Senat hat Befundberichte des Nervenarztes Dr.D.S. (L.) vom 05.02.1999, des Urologen Dr.F.K. (B.n) vom 28.09.1999, des Allgemeinarztes J.S. (B.) vom 29.09.1999, des Nervenarztes Dr.E.J. (B.) vom 27.09.1999, Arztberichte des Radiologen Dr.V.K. (W.), die Krankenakten des Juliusspitals W. (Patientin Cäcilie W.) und Kreiskrankenhauses L. (Patientin Cäcilie W.) eingeholt und die Zeugin Ursula G. (Krankenschwester im C.-Krankenhaus H.) am 05.05.1999 einvernommen. Auf den Inhalt dieser Aussage wird Bezug genommen.

Anschließend hat der Senat die Nervenärztin Dr.R.P. (L.) am 20.04.2000 mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Diese hat beim Kläger ab Dezember 1991 eine Polyradikulomyelitis mit heute noch bestehenden Restfolgen im Urogenitalbereich bestätigt. Diese Erkrankung sei mit Wahrscheinlichkeit infektiös bedingt, wohl aufgrund einer Coxsackie-B-Infektion. Ein Zusammenhang zum Erkrankungskomplex von Frau W. lasse sich aber nicht herstellen.

Auf Veranlassung des Klägers hat Prof. Dr.W.D.H. (Nervenklinik der Universität K.) am 09.01.2001 ein Gutachten nach [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) erstellt. Er hat ausgeführt, bei der Patientin W. habe ohne Zweifel ein Guillain-Syndrom vorgelegen, der Kläger aber sei an einer akuten Querschnittsmyelitis mit begleitender Encephalitis erkrankt, möglicherweise im Rahmen einer Coxsackie-B-Infektion. Beide Krankheitsbilder hätten von Seiten der Ätiologie keinen Zusammenhang, sondern es handele sich um zwei gänzlich unterschiedliche Krankheitsbilder. Eine BK nach Nr 3101 der Anlage 1 zur BKVO liege nicht vor.

Der Kläger beantragt, den Beklagten unter Aufhebung des Urteils des SG Würzburg vom 29.07.1998 und des Bescheides vom 11.02.1994 idF des Widerspruchsbescheides vom 08.08.1995 zu verurteilen, eine Polyradikulomyelitis infolge Coxsackie-B-Infektion als Berufskrankheit nach § 551 Abs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) iVm Nr 3101 der Anlage 1 zur BKVO anzuerkennen und zu entschädigen, hilfsweise ein weiteres Gutachten zu der Frage einzuholen, ob unabhängig vom konkreten Krankheitsbild des Klägers (Landryches Syndrom) bei diesem eine Coxsackie-B-Virusinfektion vorliegt und ob - falls ja - diese Infektion durch eine bei der Patientin W. mit Wahrscheinlichkeit vorliegende Coxsackie-B-Virusinfektion mit Wahrscheinlichkeit verursacht worden ist.

Der Beklagte beantragt, die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG Würzburg vom 29.07.1998 zurückzuweisen.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte des Beklagten, der Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie der Krankenakten von Frau Cäcilie W. Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig, jedoch unbegründet. Das SG hat zutreffend angenommen, dass bei dem Kläger keine BK gemäß § 551 Abs 1 RVO iVm Nr 3101 der Anlage 1 zur BKVO vorliegt.

Der Anspruch des Klägers ist noch nach den Vorschriften der RVO zu beurteilen, da eine etwaige BK vor dem Inkrafttreten des Siebten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VII) am 01.01.1997 eingetreten wäre (Art 36 des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes, [§ 212 SGB VII](#)).

Nach § 551 Abs 1 RVO gilt als Arbeitsunfall auch eine BK. BKen sind Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung bezeichnet und die sich ein Versicherter bei einer versicherten Tätigkeit zugezogen hat. Nach Nr 3101 der Anlage 1 zur BKVO gelten als

BKEn auch Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße ausgesetzt war. Eine als BK geltend gemachte Gesundheitsstörung muss dabei nach den Beweisregeln der gesetzlichen Unfallversicherung voll nachgewiesen sein, dh mit einer "an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit". Nach dem Merkblatt für die ärztliche Untersuchung zu Nr 3101 kommen auch Infektionskrankheiten in Betracht, die durch Coxsackie-Viren verursacht worden sind. Die Infektionsquelle mit den entsprechenden Erregern muss zumindest mit Wahrscheinlichkeit im Bereich der Berufstätigkeit gegeben sein (Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6.Auflage, S 715). Die Frage, ob die Krankheit durch die versicherte Tätigkeit rechtlich wesentlich verursacht worden ist, ist ebenfalls mit dem Wahrscheinlichkeitsbeweis zu führen, dh es müssen deutlich überwiegende Gründe dafür sprechen (BSG SozR 2200 § 551 Nr 1; Elster, Berufskrankheitenrecht, 2.Aufl, § 551 S 67; Kasseler Kommentar - Ricke - [§ 9 SGB VII](#) RdNr 11).

Beim Kläger, der zum Personenkreis der Nr 3101 der Anlage 1 zur BKVO gehört, da er als Krankenpfleger-Helfer im Carl-von-Heß-Krankenhaus im Gesundheitsdienst tätig war, ist nicht erwiesen, dass seine Erkrankung auf einer Coxsackie-B-Infektion beruht. Das ergibt sich aus den Ausführungen der Dr.P. (Gutachten vom 20.04.2000) und des Prof. Dr.H. (Gutachten vom 09.01.2001). Danach war der Kläger ab Dezember 1991 an einer Polyradikulomyelitis, also einem entzündlichen Befall von Rückenmark und mehreren Nervenwurzeln, erkrankt. Vorweg ist festzustellen, dass diese Erkrankung ua durch eine Vielzahl von Erregern verursacht werden kann. Die klinische Auswirkung beim Kläger ist nicht charakteristisch genug, um aus dem Krankheitsbild auf einen bestimmten Erreger schliessen zu können. Die Symptomatik der Erkrankung ist nicht typisch für eine Infektion mit Coxsackie-B-Viren bei Erwachsenen, lässt sich aber auch nicht ausschließen. Hier werden vor allem meningitische oder meningoenzephalitische Verläufe beschrieben. Bei Verdacht auf eine Coxsackie-Virus-Infektion mit entsprechender klinischer Symptomatik gewährleistet nur der Nachweis des Virus aus primär-sterilem Material (Liquor) eine sichere Diagnose. Zum Nachweis einer frischen akuten Infektion wird ein mindestens vierfacher Titeranstieg gefordert. Der beim Kläger am 02.12.1991 gemessene Titer von 1:16 (1:32 bei Kontrolle) liegt niedrig und ist deshalb kein Nachweis, sondern nur ein Verdacht für eine Infektion mit Coxsackie-B-Viren. Zum Zeitpunkt der Untersuchung wäre ein höherer Titer zu erwarten gewesen, weil die neurologische Symptomatik erst einige Zeit nach der Infektion auftritt. Antikörper gegen andere Enteroviren außer Coxsackie-B und Polio wurden nicht untersucht. Ebenso wurde die Spur einer potentiellen Infektion mit Parainfluenza-Viren nicht weiter verfolgt. Daraus ist zu schliessen, dass die vorliegenden Befunde der serologischen Untersuchung eine Infektion des Klägers mit Coxsackie-B-Virus zwar wahrscheinlich machen, andere virale Erreger, insbesondere Enteroviren, aufgrund der vorliegenden Befunde aber nicht auszuschliessen sind. Eine Infektion des Klägers mit Coxsackie-B-Viren, für die der Vollbeweis erforderlich ist, ist also nicht nachgewiesen.

Darüber hinaus ist eine Infektionsquelle aus dem Tätigkeitsbereich des Klägers auch nicht wahrscheinlich, insbesondere ist eine über das normale Maß hinausgehende Ansteckungsgefahr auf seiner Abteilung nicht ersichtlich. Der Kläger hatte nicht auf einer Station gearbeitet, auf der Kranke mit demselben Leiden wie er bzw mit einer Infektion mit Coxsackie-B-Viren lagen. Bei Frau W., die sich nach einer Gallenoperation eindeutig ein Guillain-Barré-Syndrom (so Prof. Dr.H.) zuzog und vom Kläger intensiv gepflegt wurde, sind als mögliche Infektionsquelle Coxsackie-B-Viren nicht nachgewiesen. Bei ihr wurde weder im C.Krankenhaus H. noch im Juliuspsital W. ein Erregernachweis versucht. Eine direkte Übertragung auf den Kläger kann daher nicht bewiesen werden. Bei der weitgefächerten Diagnostik des Guillain-Barré-Syndrom (so das Juliuspsital W. vom 16.04.1998) war auch eine umfassende virologische Abklärung nicht indiziert. Darüber hinaus liegen von Cäcilie W., die inzwischen verstorben ist, weder Liquor- noch Serummaterial vor. Letztlich bleibt die Ursache der bei ihr aufgetretenen Infektionserkrankung, die verschiedene Ursachen haben kann, unerkant. Auch wenn die klinischen Symptome beim Kläger und der Patientin in neurologischer Hinsicht ähnlich waren, bieten sie keinerlei Hinweis auf die gleiche Ursache. Es fehlten bei Frau W. insbesondere die typischen meningitischen Zeichen, ebenso Fieberschübe, Erkältungssymptome und Schmerzhaftigkeit. Der Kläger selbst ist jedenfalls nicht an einem Guillain-Barre-Syndrom erkrankt (so Prof. Dr.H.). Obwohl beide Krankheiten durch den Coxsackie-B-Virus ausgelöst werden können, lagen zwei unterschiedliche Krankheitsbilder vor, die nicht in einem kausalen Zusammenhang stehen.

Bei der Nichterweislichkeit von Tatsachen gilt im sozialgerichtlichen Verfahren der Grundsatz der objektiven Beweislast. Danach hat derjenige, der aus bestimmten Tatsachen ein Recht herleiten will, die Folgen daraus zu tragen, dass ein solcher, den geltend gemachten Anspruch begründender Umstand nicht festgestellt werden kann (BSGE 13, 52, 54; [58, 76](#), 79; SozR 3-2200 § 548 Nrn 11, 14). Der bloße Verdacht, dass der Kläger mit Coxsackie-B-Viren infiziert war und diese Infizierung möglicherweise auf die Patientin W. zurückzuführen ist, kann keinen Anspruch begründen, da weder eine Infektion des Klägers mit Coxsackie-B-Viren noch eine entsprechende Infektionsquelle nachgewiesen sind. Eine erneute Stellungnahme des Prof. Dr.H. war daher nicht erforderlich, da der medizinische Sachverhalt hinreichend aufgeklärt war.

Eigentümlichkeiten eines Sachverhalts können im Einzelfall zwar Anlass bieten, an den Beweis verminderte Anforderungen zu stellen ([BSGE 19, 52](#), 56; [24, 25](#), 28 ff). Dies ist hier aber nicht gegeben, da eine erforderliche Coxsackie-B-Infektion beim Kläger und Caecilie W. nicht bewiesen wurde. Ein fehlerhaftes Verhalten des Beklagten liegt auch nicht vor, da eine weitere Aufklärung infolge fehlender Serumproben des Juliuspsitals W. von Frau W. nicht mehr möglich war. Bereits aus diesem Grunde ist eine Beweislastumkehr nicht zu rechtfertigen. Die Beweisregel des [§ 9 Abs 3 SGB VII](#) ist ebenfalls nicht einschlägig, da eine entsprechende Infektion mit Coxsackie-B-Viren bei beiden Personen nicht nachgewiesen ist und der Virus einer ubiquitären Verbreitung unterliegt.

Obwohl beide Krankheiten durch den Coxsackie-B-Virus ausgelöst werden können, liegt beim Kläger eine BK nach § 551 Abs 1 RVO iVm Nr 3101 der Anlage 1 zur BKVO nicht vor, da ein Ursachenzusammenhang zwischen der Berufstätigkeit des Klägers und seiner Erkrankung nicht wahrscheinlich gemacht werden kann. Das Urteil des SG Würzburg vom 29.07.1998 ist daher nicht zu beanstanden und die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-11-24