



1. Die Annahme, dass ein Physiotherapeut in seiner versicherten Tätigkeit einer besonderen Infektionsgefährdung gegenüber Mononukleose ausgesetzt war, erfordert den Nachweis, dass entweder
 - (a) ein unmittelbarer oder mittelbarer beruflicher Kontakt mit einer an infektiöser Mononukleose erkrankten Person bestanden hat oder
 - (b) der prozentuale Anteil an infektiöser Mononukleose erkrankter Patienten des Therapeuten deutlich höher war als in der Normalbevölkerung oder
 - (c) die Art der Tätigkeit als solche besonders gefährdend im Hinblick auf die Erkrankung an infektiöser Mononukleose war.
2. Für die Anerkennung einer Mononukleose als Berufskrankheit nach Nr. 3101 der Anlage zur BKV muss weiter der zeitliche Zusammenhang zwischen Gefährdung im Beruf und Auftreten der ersten Symptome bzw Diagnosestellung gewahrt sein. Der bei Feststellung der Infektionserkrankung erhobene Befund muss für eine Neuansteckung während der Berufstätigkeit sprechen.

§ 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII, Nr. 3101 der Anlage zur BKV

Urteil des Hessischen LSG vom 25.04.2006 – L 3 U 488/03 –
- Nichtzulassungsbeschwerde beim BSG - B 2 U 192/06 B - anhängig

Bezugnahme u. auf Urteile des BSG vom 24.02.2004 - B 2 U 13/03 R -, [HVBG-INFO 06/2004, S. 481-490](#), und des Hessischen Landessozialgerichts vom 23.07.2003 - L 3 U 1145/00 -, [VB 073/2003](#)

Das **Hessischen Landessozialgericht** hat mit **Urteil vom 25.04.2006 – L 3 U 488/03 –** wie folgt entschieden:

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung und Entschädigung einer Zytomegalie und/oder Mononukleose als Berufskrankheit (BK) nach Nr. 3101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV).

Der 1961 geborene und seit 1986 als selbstständiger medizinischer Masseur, seit 1995 auch als Physiotherapeut tätige Kläger war nach dem ärztlichen Bericht des Kardiologen Dr. D. vom 22. April 1998 wegen drei Tage zuvor aufgetretener retrosternaler Beklemmungen, Todesängste und Schweißausbrüche am 21. April 1998 behandelt worden. Fieber hatte sich zunächst nicht entwickelt, auch keine grippalen Symptome. Bei dem Belastungs-EKG am 21. April 1998 in der Praxis des Hausarztes war der Kläger kollabiert. Zum Ausschluss eines Myokardinfarkts oder einer Myokarditis war der Kläger in das Krankenhaus S. stationär eingewiesen worden. Prof. Dr. H. und Dr. G. diagnostizierten im ärztlichen Bericht vom 7. Mai 1998 über die stationäre Behandlung des Klägers vom 21. bis 30. April 1998 einen hochfieberhaften Infekt mit Pharyngitis und Rhinitis, eine Hypokinesie des Interventrikularseptums unklarer Genese sowie eine Diarrhøe nach Gabe von Rocephin. Der Kläger habe über ein circa zwei Wochen zuvor erstmalig aufgetretenes Ereignis mit Schüttelfrost, Angstzuständen, Herzrasen und Abnahme der allgemeinen Leistungsfähigkeit geklagt. Schmerzen bestünden nicht. Zwei bis drei Tage zuvor sei es zu



einer Beschwerdezunahme gekommen. Die umfangreiche Diagnostik sei bis auf das Vorliegen einer Hypokinesie des Interventrikularseptums weitgehend unauffällig geblieben. Es hätten sich keine sicheren Hinweise auf eine entzündliche Herzerkrankung im Sinne einer Myokarditis/Perikarditis ergeben. Ein HNO-Konzil hatte einen Zustand nach Pharyngitis/Sinusitis diagnostiziert. Tastbar vergrößerte Lymphknoten wurden nicht erwähnt, ebenso wenig eine tastbar vergrößerte Milz. Es ergab sich ein sonographisch unauffälliger Oberbauchbefund. Serologische Untersuchungen auf Adenoviren, Influenzaviren, Echoviren und Coxsackieviren verliefen negativ, es fand sich lediglich ein erhöhter Zytomegalie-Titer IgG EIA 1:12.000, der IgM EIA-Titer war negativ. Serologische Untersuchungen auf Zytomegalie vom 5. Mai 1998, 28. Mai 1998 und 29. Juni 1998 zeigten jeweils erhöhte Titer von CMV-IgG-spezifischen Antikörpern, jedoch zu keinem Zeitpunkt CMV-IgM-spezifische Antikörper. Im ärztlichen Bericht des Cardioangiologischen Centrums Z., Dres. F. und C. vom 26. Mai 1998 wurde ein Verdacht auf Myokarditis diagnostiziert. Dres. Z., N. und Y., K-Klinik, stellten im ärztlichen Bericht vom 2. Juni 1998 folgende Diagnosen: Unauffällige programmierte Ventrikelstimulation ohne Nachweis einer Störung der Erregungsausbreitung und -bildung, Septumhypokinesie unklarer Genese, anamnestisch Zustand nach Myokarditis 4/98, Zustand nach Gastroenteritis 4/98, allergisches Asthma bronchiale (vgl. auch ärztlicher Bericht von Dr. Y., K-Klinik, vom 26. Oktober 1998). Nach stationärer Behandlung des Klägers vom 27. Mai 1998 bis 5. Juni 1998 stellten Dres. K. und E., F-Stadt Diakoniekliniken M. gGmbH, im ärztlichen Bericht vom 22. Juli 1998 einen Harnverhalt ohne somatisches Korrelat im Rahmen einer Stresssituation, ein Ulcus ventrikuli bei Antrumgastritis sowie einen Zustand nach Antibiotika-assoziiierter Colitis mit Nachweis von Clostridium difficile, zuletzt ohne Nachweis von Toxinen oder Erregern, als Diagnosen. Dr. OC. diagnostizierte im ärztlichen Bericht vom 16. September 1998 einen Zustand nach antibiotikumassoziiierter Colitis sowie unklare weitere abdominelle Beschwerden. Primär sei ein hochfieberhafter Infekt abgelaufen, möglicherweise eine Zytomegalie. Der Arzt für Allgemeinmedizin Dr. B. gab im ärztlichen Bericht vom 16. September 1998 an, dass das führende Krankheitsbild, das vom Kläger erstmals im April 1998 geklagt worden sei, begleitet von Stenokardien und retrosternalem Druckgefühl, sich im Sinne einer Myokarditis erklären lasse. Es sei eine deutliche Besserung des Beschwerdebildes eingetreten. Die Ärztin für Allgemeinmedizin X., die den Kläger ab 4. Mai 1998 behandelte, vertrat in ihrem ärztlichen Bericht vom 20. Oktober 1998 die Auffassung, dass nach Vorliegen aller Befunde die Infektion durch das Epstein-Barr-Virus (EBV) als wahrscheinlichste erscheine. Der Kläger habe im April/Mai 1998 eine Patientin in seiner Praxis betreut, die eine ihr damals noch unbekannte Mononukleose durchmachte. Im ärztlichen Bericht vom 10. November 1998 diagnostizierte der Neurologe und Psychiater Dr. NU. beim Kläger einen Verdacht auf hypochondrische Störung (Differentialdiagnose: Angst- und Panikstörung), einen Verdacht auf radikuläre Läsion, eine allgemeine körperliche Schwäche, eine verminderte Steuerungsfähigkeit der Arme und Beine sowie weitere unspezifische Beschwerden, für die eine somatische Ursache noch nicht vollständig ausgeschlossen habe werden können. Dr. O., Arzt für Neurologie, Krankenhaus QX., diagnostizierte im Bericht vom 12. Februar 1999 beim Kläger einen Schulter-Arm-Schmerz bei intraforaminalem Bandscheibenvorfall Halswirbelkörper(HWK)5/6 links, kein sicher radikuläres neurologisches Defizit sowie ein komplexes Beschwerdebild. Im Rahmen der differentialdiagnostischen Erwägungen sei auch eine Radiculo-Meningo-Myelitis im Rahmen des initialen Virusinfektes in Betracht gezogen worden. Dies sei retrospektiv weder zu beweisen noch zu belegen. Da MR-tomographisch weder intracerebral noch im Myelon entzündliche Herdbildungen zu erkennen gewesen seien, sei eine disseminierte Encephalomyelitis wenig wahrscheinlich.



Prof. Dr. I., J-Hospital, D-Stadt, führte im fachinternistischen Gutachten vom 10. Februar 1999, das sich u.a. auf eine persönliche Unterredung mit dem Kläger am 16. November 1998 stützte, aus, dass es sich bei der akuten Erkrankung des Klägers im April 1998 nach den Krankenunterlagen um einen fieberhaften Infekt mit Pharyngitis sowie nicht bewiesenem Verdacht auf Myokarditis gehandelt habe. Der mögliche Infektionserreger habe weder während noch nach der akuten Erkrankung diagnostisch erfasst werden können, eine nachträglich weiterreichende Diagnostik sei nicht möglich. Die Diagnose einer infektiösen Mononukleose als Ursache der akuten Erkrankung sei nicht gesichert. Nach den vorliegenden Befunden sei sie eher unwahrscheinlich, wenn auch nicht absolut auszuschließen. Die Diagnose einer akuten Zytomegalie-Infektion sei aufgrund der vorliegenden serologischen Befunde auszuschließen. Die akute EBV-Infektion verlaufe meist asymptomatisch oder als unspezifische Halsentzündung, in etwa einem Viertel bis zur Hälfte der Fälle als Pfeiffer'sches Drüsenfieber. Dabei würden nach einem Prodromalstadium mit allgemeinem Krankheits- und Schwächegefühl sowie Kopfschmerzen über vier bis fünf Tage Fieber und Halsschmerzen auftreten, die sieben bis zehn Tage anhielten. Klinisch würden sich eine Pharyngitis und Tonsillitis finden, zum Teil schmerzhaft vergrößerte Lymphknotenvergrößerungen, besonders am Hals, aber auch in anderen Körperregionen so wie etwa bei der Hälfte der Patienten eine Milzvergrößerung. Häufig werde unter antibiotischer Therapie ein Hautausschlag gesehen. Im Blutbild finde sich eine atypische Lymphozytose, häufig seien die Leberenzyme (Transaminasen) erhöht. Selten trete als Komplikation eine Myokarditis/Perikarditis auf. Die Symptome der infektiösen Mononukleose würden meist innerhalb von vier bis sechs Wochen abklingen, gelegentlich komme es aber auch zu einer verzögerten Rekonvaleszenz mit allgemeinem Schwächegefühl über mehrere Monate. Bei der akuten Erkrankung des Klägers habe die generalisierte Lymphadenopathie und Splenomegalie gefehlt, bei den Laborbefunden hätten die typischen Blutbildveränderungen der infektiösen Mononukleose sowie die häufigen Hinweise auf eine Leberbeteiligung gefehlt. Entsprechend seien klinisch nicht die Verdachtsdiagnose einer infektiösen Mononukleose gestellt und keine entsprechenden serologischen Untersuchungen veranlasst worden. Beweisend für eine akute EBV-Infektion sei der Paul-Bunnell-Davidson-Test, der hier jedoch erstmals am 23. Juli 1998 durchgeführt wurde und zu diesem Zeitpunkt nicht mehr diagnostisch sein konnte. Normalerweise sei dieser Test bis etwa drei Monate nach der klinischen Erkrankung positiv. Spezifische serologische Untersuchungen seien erst am 23. Juli 1998, 11. August 1998 sowie 2. November 1998 (drei bis sechs Monate nach der akuten Erkrankung) erfolgt. Normalerweise würden mit Beginn der klinischen Symptome Antikörper gegen das virale Kapsid (VCA) auftreten, die sowohl der Immunglobulinklasse IgM als auch IgG angehören. Während die EBV-spezifischen IgM-Antikörper nach ungefähr zwei bis drei Monaten verschwinden würden, würden die IgG-Antikörper über Jahre, wahrscheinlich lebenslang persistieren. Antikörper gegen das frühe Antigen (EA) würden in der 2. bis 3. Krankheitswoche bei 75% der Erkrankten auftreten und im Laufe der nächsten Monate verschwinden, gewöhnlich nach sechs bis neun Monaten. Antikörper gegen das EBV-assoziierte nukleäre Antigen (EBNA) würden später auftreten (nach vier bis sechs Wochen) und ein Leben lang persistieren. Beim Kläger hätten sich zu allen Untersuchungszeitpunkten erhöhte VCA-IgG-Titer (1:160, normal bis 1:20) gefunden, die VCA-IgM seien stets negativ gewesen. EA sei mit 1:40 (normal bis 1:20, signifikant erhöht 1:80) am 23. Juli 1998 grenzwertig erhöht gewesen, bei der Kontrolle am 11. August 1998 mit 1:20 normal. EBNA sei bei allen Untersuchungen (23. Juli 1998 und 11. August 1998) positiv gewesen. Dieses Antikörperprofil drei Monate nach der Erkrankung wäre mit einer akuten EBV-Infektion noch zu vereinbaren, wobei allerdings der relativ geringe VCA-IgG-Titer von 1:160 für eine schon längere Zeit (Jahre) zurückliegende Infektion spreche. In entwickelten Ländern erfolge die Infektion gewöhnlich in der späten Kindheit oder im frühen Erwachse-



nenalter. Im Alter von 20 Jahren liege die Durchseuchung in europäischen Ländern und Nordamerika bei 50 bis 60%. Von der vom Kläger als mögliche Infektionsquelle genannten Patienten P. würden zwei serologische Befunde vom 4. Dezember 1997 und 8. Juli 1998 vorliegen. Beide würden eine länger zurückliegende EBV-Infektion belegen, nicht eine Zytomegalievirus-Infektion. Das EBV-Virus werde bei Infizierten im Speichel ausgeschieden, intermittierend auch von Personen, bei denen die Infektion schon längere Zeit zurückliege, und die damit als Infektionsquelle in Frage kämen. Der Übertragungsmodus erfordere allerdings die Aufnahme von virushaltigem Speichel, als engen intimen Kontakt (so genannte "kissing disease"), könne aber auch durch Speisereste an gemeinsamen Trinkgefäßen, Essbestecken und so weiter erfolgen. Bei Fehlen der exakten Diagnose sei es nicht möglich, eine begründete Aussage über einen möglichen ursächlichen Zusammenhang zwischen der akuten Erkrankung des Klägers und seiner beruflichen Tätigkeit als Physiotherapeut zu treffen. Unter der Voraussetzung, dass es sich bei der akuten Erkrankung des Klägers um eine infektiöse Mononukleose gehandelt hätte, wäre die genannte Patientin zwar als theoretische Infektionsquelle in Frage gekommen, neben dem möglichen Infektionsmodus und dem fehlenden erhöhten generellen Infektionsrisiko für medizinisches Personal spreche aber insbesondere die außerhalb der Inkubationszeit (30 bis 50 Tage) liegende Krankheitsmanifestation (19 Tage) gegen eine Infektion durch diese Patientin. Der Landesgewerbearzt beim Hessischen Sozialministerium schloss sich in seiner Stellungnahme vom 12. April 1999 dem Gutachten von Prof. Dr. I. an.

Mit Bescheid vom 10. Mai 1999 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass seine Beschwerden (Schwächegefühl und Schmerzen im Brustraum, Oberbauchbeschwerden, Halsenge, Schluckbeschwerden, Kreislaufschwankungen, Wirbelsäulenbeschwerden, Verdacht auf Myokardinfarkt/Myokarditis) keine BK nach § 9 Abs. 1 Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch (SGB VII) i.V.m. Nr. 3101 (Mononukleose) der Anlage zur BKV darstellen würden. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass Voraussetzung für die Anerkennung einer Krankheit als Mononukleose-Infektion im Sinne der BK-Nr. 3101 u.a. sei, dass der Nachweis einer konkreten Infektionsquelle im beruflichen Bereich geführt werden könne. Beim Kläger sei in seinem beruflichen Bereich keine Infektionsquelle während der maßgeblichen Inkubationszeit festgestellt worden. Bei einer Mononukleose-Erkrankung handele es sich um eine Infektionskrankheit, deren Erreger das EBV sei. Die Übertragung erfolge durch Tröpfcheninfektion über die Luftwege. Aufgrund des ubiquitären Vorkommens der Erkrankung sei immer der Nachweis einer konkreten Infektionsquelle erforderlich, um mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen ursächlichen Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Erkrankung annehmen zu können, da die Ansteckungsmöglichkeit an einer infektiösen Mononukleose überall gegeben sei. Eine erhöhte Infektionsgefährdung bei medizinischem oder pflegerischem Personal sei nicht bekannt. Die Inkubationszeit bei einer Mononukleose-Erkrankung betrage 30 bis 50 Tage. Bei Beginn der Erkrankung am 19. April 1998 sei im Hinblick auf die erstmals am 1. April 1998 behandelte Patientin die erforderliche Inkubationszeit bei weitem noch nicht erreicht gewesen. Damit habe der Nachweis einer konkreten Infektionsquelle während der Inkubationszeit nicht geführt werden können. Im Übrigen heile die Mononukleose-Infektion vollständig aus, ohne Folgeschäden zu hinterlassen, weshalb die andauernden Beschwerden des Klägers darauf nicht zurückgeführt werden könnten. Die vorgefundenen serologischen Befunde würden nach Aussage des Gutachters Prof. Dr. I. nicht für das Vorliegen einer akuten Infektion mit dem EBV sprechen, sondern für eine schon einige Jahre zurückliegende Mononukleose-Infektion. Sowohl der beschriebene Infektionsmodus als auch die epidemiologische Datenlage würden eindeutig gegen eine beruflich erworbene Mononukleose-Infektion sprechen.



Mit weiterem Bescheid vom 10. Mai 1999 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass seine Beschwerden (Schwächegefühl und Schmerzen im Brustraum, Oberbauchbeschwerden, Halsenge, Schluckbeschwerden, Kreislaufschwankungen, Wirbelsäulenbeschwerden, Verdacht auf Myokardinfarkt/Myokarditis) keine BK nach § 9 Abs. 1 SGB VII i.V.m. Nr. 3101 (Zytomegalie-Infektion) der Anlage zur BKV darstellen würden. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass die bei dem Kläger vorgefundenen serologischen Befunde vom 5. Mai 1998, 27. Mai 1998, 29. Juni 1998, 23. Juli 1998, 11. August 1998 sowie 2. November 1998 zwar einen hohen Zytomegalie-IgG-Titer ergeben hätten, jedoch immer einen negativen Zytomegalie-IgM-Titer. Diese Befundkonstellation beweise lediglich eine länger zurückliegende Infektion, eine akute Zytomegalie-Infektion sei hingegen auszuschließen. Befunde, die auf eine akute Zytomegalie-Virusinfektion hindeuten würden, hätten nicht erhoben werden können.

Gegen diese Bescheide erhob der Kläger am 14. Mai 1999 Widerspruch und begründete ihn im Wesentlichen wie folgt: Die vom Vorgutachter und dem Arbeitsmediziner der Beklagten zu Grunde gelegte Inkubationszeit von 30 bis 50 Tagen entspreche nicht dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft. Danach betrage die Inkubationszeit einer Mononukleose acht bis 21 Tage. Eine Krankheitsmanifestation innerhalb von 19 Tagen liege damit vor. Er sei aufgrund besonderer Therapieformen (Kiefergelenksbehandlung und Mundinnendrainage) durch direkten Schleimhautkontakt einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt. Die Gefahr einer Tröpfcheninfektion sei erhöht, da sich der Kopf des Patienten in sehr starker räumlicher Nähe zum Behandler finde. Der Kläger legte eine ärztliche Bescheinigung des Internisten und Arbeitsmediziners Dr. V. vom 31. Mai 1999 vor, wonach der Kläger als ergänzende Therapieverfahren Kiefergelenksbehandlungen und Mundinnendrainagen durchführe. Diese Anwendungen würden teilweise ungeschützt ohne Schutzhandschuhe durchgeführt. Bei einem direkten Haut-Schleimhautkontakt sei sicherlich die Möglichkeit einer Infektionsgefährdung höher als bei der Normalbevölkerung. Die Inkubationszeit einer EBV-Infektion betrage fünf bis 20 Tage. Von dem Kardiologen Dr. W. wurde im ärztlichen Bericht vom 30. April 1999 beim Kläger eine komplexe Erkrankung mit Virusinfekt und vorübergehender Septumhypokinesie (wahrscheinlich mit myokardialer Beteiligung) sowie eine vollständige kardiale Restitution diagnostiziert. Im ärztlichen Attest vom 21. Juli 1999 ging die Ärztin X. weiter von einer viralen Infektion mit EBV aus und den Folgen einer Myokarditis. Nach dem bisherigen Verlauf der Symptomatik müsse an die häufig nach EBV-Infektionen auftretende Komplikation eines chronischen Müdigkeitssyndroms gedacht werden. Der Facharzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin Dr. R. bescheinigte dem Kläger am 21. Juli 1999, dass bei ihm am wahrscheinlichsten ein „chronic fatigue syndrom“ bei Zustand nach foudroyantem viralen Infekt vorliege.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. Juli 1999 führte Prof. Dr. I. aus, dass entscheidend für die Frage, ob die akute Erkrankung des Klägers eine infektiöse Mononukleose gewesen sei, nicht der Kontakt innerhalb einer bestimmten Inkubationszeit mit einer möglichen Infektionsquelle, sondern das Erscheinungsbild der Erkrankung selbst sei. Dieses habe nicht dem charakteristischen klinischen Bild einer infektiösen Mononukleose entsprochen. Die initialen Symptome am 19. April 1998 hätten zwar mit Unwohlsein, Schwächegefühl, Engegefühl im Hals mit Schluckbeschwerden, Appetitlosigkeit sowie Fieber weitgehend dem uncharakteristischen Prodromalstadium einer infektiösen Mononukleose entsprochen, es hätten aber die charakteristischen schmerzhaften Lymphknotenschwellungen insbesondere im Kopf- und Halsbereich gefehlt. Diese wäre durch mehrere untersuchende Ärzte (Dr. B. und die behandelnden Ärzte nach stationärer Aufnahme im Krankenhaus S. am 21. April 1998) mit Sicherheit nicht übersehen worden. Weiter würden cha-



rakteristische Blutbildveränderungen der infektiösen Mononukleose wie Leukozytose und Auftreten von lymphoiden mononukleären Zellen (50% und mehr der weißen Blutkörperchen) fehlen. Der Befundbericht des Krankenhauses S. erwähne lediglich die übrigen Parameter des großen Blutbildes in der Norm (Blatt 25, 26 der Verwaltungsakte). Es fehle die häufige Leberbeteiligung und auch die bei der Hälfte der Patienten auftretende Milzvergrößerung. Da das Krankheitsbild in keiner Weise einer akuten infektiösen Mononukleose entsprochen habe, seien auch keine spezifischen serologischen Untersuchungen veranlasst worden. Unter der Annahme einer Inkubationszeit von acht bis 21 Tagen wäre es möglich gewesen, dass sich der Kläger an der von ihm ab dem 1. April 1998 behandelten Patientin P. infiziert hätte. Für diese Patientin sei eine stattgehabte Infektion mit dem EBV belegt. Etwa 15 bis 20% der Infizierten würden möglicherweise lebenslang intermittierend oder chronisch Epstein-Barr-Viren im Speichel ausscheiden. Eine tatsächliche Infektion des Klägers hätte jedoch nur dann mit hinreichender Sicherheit angenommen werden können, wenn während der akuten Erkrankung der serologische Nachweis einer akuten EBV-Infektion geführt worden wäre (oder zumindest das klinische Bild einer infektiösen Mononukleose vorgelegen hätte), oder wenn ergänzend zu den vorliegenden serologischen Befunden, die drei Monate nach der akuten Erkrankung erhoben worden waren, ein negativer serologischer Befund vor der Erkrankung vorgelegen hätte. Aufgrund der epidemiologischen Datenlage sei davon auszugehen, dass im Alter des Klägers 50 bis 90% der Bevölkerung bereits mit dem EBV infiziert sind, das Hauptinfektionsalter liege zwischen 15 und 25 Jahren.

Der Kläger wies in seiner Stellungnahme vom 8. August 1999 darauf hin, dass aus seiner Sicht innerhalb der maßgeblichen Inkubationszeit der Nachweis einer konkreten Infektionsquelle durch die Behandlung der Patientin P. in seiner Praxis gegeben sei. Darüber hinaus habe seine Hausärztin X. mehrfach schmerzhafte Lymphknotenschwellungen dokumentiert. Schließlich könne sich das EBV-Virus auch im Sinne einer Myokarditis zeigen.

Der Internist Dr. Ö. führte in seiner Stellungnahme nach Aktenlage vom 16. August 1999 aus, dass die infektiöse Mononukleose wie die meisten Infektionskrankheiten ein uncharakteristisches Anfangsstadium habe, das durchaus zu einer beginnenden Mononukleose passe, jedoch genauso bei nahezu jeder anderen Infektionserkrankung auftreten könne. Die charakteristischen Symptome einer Mononukleose seien wie von Prof. Dr. I. zutreffend ausgeführt zu keinem Zeitpunkt der Erkrankung nachweisbar gewesen, weder bezüglich der klinischen Befunde noch der Laborbefunde. Die Tatsache, dass die Serologie einen früheren Infekt mit Epstein-Barr-Viren belege, sei nicht aussagekräftig, da diese Laborconstellation bei 50 bis 60% der über 20-jährigen Bevölkerung zu erheben sei. Sie beweise lediglich den früheren Kontakt mit Epstein-Barr-Viren, der in vielen Fällen auch ohne nachfolgende Erkrankung erfolgen könne. Er schließe sich der Auffassung von Prof. Dr. I. voll an, dass die Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose aufgrund der vorliegenden laborchemischen, klinischen sowie serologischen Befunde nicht gesichert sei. Es bestehe zwar die Möglichkeit, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einer möglichen EBV-Infektion und der beruflichen Tätigkeit als selbstständiger Physiotherapeut bestehe, wenn auch aufgrund des Infektionsmodus dies eher unwahrscheinlich sei. Hinsichtlich der Inkubationszeiten bestünden seit Jahrzehnten in unterschiedlichen Lehrbüchern beide Angaben (30 bis 50 Tage einerseits, acht bis 21 Tage andererseits) gleichzeitig. Die genaue Kenntnis der Inkubationszeit sei letztendlich nicht entscheidend. Auch unter der Annahme der kürzeren Inkubationszeit ändere sich nichts an der Tatsache, dass vom klinischen Bild und von den Laborwerten eine Mononukleose als Ursache der akuten Erkrankung eher unwahrscheinlich sei.



Der Kläger wies am 22. August darauf hin, dass nach seinen Blutwerten die Leukozyten am 25. April 1998 bei einem Wert von 14,9 steigend gewesen seien. Der Entzündungswert CRT sei in der Norm -0,1, der Spitzenwert habe am 26. April 1998 bei einem Wert von 10,8 gelegen. Nach den Unterlagen des HNO-Arztes Dr. DP. sei am 21. Juni 1998 eine Seitenstrang- und Zungengrundtonsillenschwellung festgestellt worden. Am 21. Juni 1998 sei eine ödematöse Veränderung der Glottis diagnostiziert worden. Dr. B. hielt es im ärztlichen Attest vom 3. September 1999 für möglich, dass beim Kläger eine Mononukleose vorgelegen habe. Er führte aus, dass am 21. April 1998 eine akute kardiale Situation im Vordergrund gestanden habe, auf Wunsch des Klägers werde folgender weiterer Befund vom 21. April 1998 dokumentiert: "Lymphknotenschwellung submandibulär und beider Leisten nachweisbar". Der HNO-Arzt Dr. L. gab gegenüber der Beklagten am 15. November 1999 an, den Kläger vom 18. Juni 1998 bis 11. September 1999 behandelt zu haben und stellte folgende Diagnosen: Chronische Pansinusitis, Zustand nach klinischem Bild eines Pfeiffer'schen Drüsenfiebers, Lymphadenitis Colli, Septumdeviation mit Nasenmuschelhyplasie.

In seiner weiteren Stellungnahme nach Aktenlage vom 14. Dezember 1999 wies Dr. Ö. darauf hin, dass auch nach Vorlage des ergänzenden Berichtes von Dr. B., wonach bei der Symptomatik am 20./21. April 1998 an einen akuten Myokardinfarkt oder eine Myokarditis zu denken gewesen sei, bei Lymphknotenschwellungen als Nebenbefund, und des Berichtes des HNO-Arztes Dr. L., der das Krankheitsbild mit dem klinischen Bild eines Pfeiffer'schen Drüsenfiebers für vereinbar hielt, keine neuen Gesichtspunkte ergeben würden. Aufgrund der verschiedenen Klinikberichte habe wohl eine Myokarditis vorgelegen. Zum Zeitpunkt der akuten Erkrankung habe aber offenbar bei keinem der beteiligten Ärzte der Verdacht auf eine Mononukleose bestanden, da trotz ausführlicher Diagnostik niemals die Epstein-Barr-Serologie bestimmt worden sei. Einige Monate später habe sich dann bezüglich dieser Serologie ein Befund gefunden, der bei 50 bis 60% der Bevölkerung zu erheben sei. Er folge nach wie vor Prof. Dr. I., wonach die Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose aufgrund der vorliegenden Befunde zwar möglich, aber nicht hinreichend gesichert sei. Es sei nicht davon auszugehen, dass ein rechtlich wesentlicher ursächlicher Zusammenhang zwischen der EBV-Infektion und der beruflichen Tätigkeit als selbstständiger Physiotherapeut bestehe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 10. Januar 2000 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 10. Mai 1999 über die Ablehnung der Anerkennung und Entschädigung einer Mononukleose als BK als unbegründet zurück. Dies begründete sie im Wesentlichen damit, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung der Erkrankung des Klägers als BK nach wie vor nicht gegeben seien, da der Nachweis einer akuten Infektionserkrankung durch das EBV beim Kläger nicht habe geführt werden können. Nach Überzeugung der Beklagten könne aufgrund der vorliegenden klinischen, laborchemischen sowie serologischen Befunde beim Kläger keine akute infektiöse Mononukleose diagnostisch gesichert werden. Bei den durchgeführten serologischen Untersuchungen vom 5. Mai 1998, 27. Mai 1998, 29. Juni 1998, 8. Juli 1998, 23. Juli 1998, 11. August 1998 sowie 2. November 1998 habe das Vorliegen einer akuten infektiösen Mononukleose-Infektion nicht nachgewiesen werden können. Die vorliegenden serologischen Befunde würden lediglich eine frühere, schon Jahre zurückliegende Infektion mit dem EBV belegen. Diese Befundkonstellation sei jedoch bei circa 50 bis 60% der erwachsenen Bevölkerung zu erheben. Bewiesen sei aufgrund der serologischen Befunde demnach lediglich ein früherer Kontakt mit dem EBV. Auch habe das Erscheinungsbild der akuten Erkrankung



selbst nicht dem charakteristischen klinischen Bild einer akuten infektiösen Mononukleose entsprochen. Beim Auftreten der akuten Erkrankung fehlten die charakteristischen Blutbildveränderungen bei einer infektiösen Mononukleose mit Auftreten von lymphoiden mononukleären Zellen (50% und mehr weiße Blutkörperchen). Auch die häufig beobachtete Leberbeteiligung bzw. die bei etwa 50% der Patienten vorliegende Milzvergrößerung hätten nicht festgestellt werden können. Darüber hinaus sei eine beruflich bedingte Infektion selbst bei der hypothetischen Annahme einer akuten infektiösen Mononukleose nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen. Die Mononukleose-Erkrankung sei ubiquitär verbreitet, d.h. eine Infektion könne jederzeit, insbesondere auch im außerberuflichen, unversicherten Bereich eintreten. Der Übertragungsweg des EBV als Erreger der Erkrankung erfolge durch Tröpfcheninfektion über die Luftwege. Dieser Infektionsweg sei bei einer Tätigkeit als selbstständiger Physiotherapeut und den hierbei anzuwendenden Arbeitstechniken jedoch nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen. Eine Infektion mit der Mononukleose bei seiner Tätigkeit als selbstständiger Physiotherapeut sei allenfalls eine von vielen Möglichkeiten. Zwar treffe zu, dass die von dem Kläger als Infektionsquelle angegebene Patientin P. eine bereits längere Zeit zurückliegende Mononukleose-Infektion gehabt habe. Diese scheide aber als potentielle Infektionsquelle aus, da diese in dem in Betracht zu ziehenden Inkubationszeitraum diesen Virus aufgrund des Antikörperstatus gar nicht mehr habe übertragen können. Selbst bei Annahme der vom Kläger genannten Inkubationszeit von 8 bis 21 Tagen sei die Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen.

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 10. Januar 2000 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 10. Mai 1999 über die Ablehnung der Anerkennung und Entschädigung einer Zytomegalie-Infektion als BK als unbegründet zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 7. Februar 2000 Klage beim Sozialgericht Frankfurt am Main (SG) erhoben. Es wurden weitere medizinische Unterlagen und Gutachten zu den Akten gereicht bzw. vom SG beigezogen, u.a. ein ärztlicher Bericht von Dr. Q., D. Klinik D., vom 19./27. Oktober 1998, ein nervenfachärztliches Gutachten von Dr. Ü. vom 15. März 1999 für die Lebensversicherungs AG, ein orthopädisches Gutachten von Prof. Dr. IG. vom 9. September 1999 für die Lebensversicherungs AG, ein ärztlicher Bericht von Dres. T. und MB., Universitätsklinik T-Stadt vom 28. Februar 2000, ein Bericht der Ärztin für Allgemeinmedizin X. vom 30. November 2000 sowie ein ärztlicher Bericht des Facharztes für Orthopädie Dr. OI. vom 31. Januar 2001.

Das SG hat von Amts wegen ein Gutachten bei dem Sachverständigen Dr. PR., Institut für medizinische Virologie des Klinikums der JG-Universität C-Stadt vom 11. Februar 2002 eingeholt, dass dieser auf der Grundlage einer ambulanten Untersuchung des Klägers zusammen mit Prof. Dr. DÖ. am 4. April 2001 erstattet hat. Die Sachverständigen haben ausgeführt, dass der Kläger über einen Symptomenkomplex geklagt habe, der als chronisches Müdigkeitssyndrom bezeichnet werde. Bisher sei unter anderem das EBV als Auslöser des chronischen Müdigkeitssyndroms beschrieben worden. Die vorliegenden Befunde würden nicht dafür sprechen: IgG-anti-VCA sei nur schwach positiv. Somit fehle eine "Serumnarbe" für eine intensive Auseinandersetzung zwischen Virus und Wirt wie bei einer Mononukleose in der jüngeren Vergangenheit. Der Anti-EBNA-1-Test sei stark positiv, was für eine gute immunologische Kontrolle der früher erworbenen, jetzt persistenten EBV-Infektion spreche. Das chronische Müdigkeitssyndrom werde oft mit einem larvierten Immundefekt assoziiert, was hier im Zusammenhang mit dem EBV nicht erkennbar sei. Dass es sich um ein postinfektiöses Geschehen handele, d.h. um eine sich an eine Infek-



tion anschließende, aber nicht mehr direkt durch den Erreger unterhaltene Erkrankung, könne durch die Befunde nicht belegt werden. Unter der Annahme, dass eine akute Infektion mit dem EBV im April 1998 (welche mangels damals durchgeführter Tests nicht bewiesen werden könne, aber möglich sei) zu einem chronischen Müdigkeitssyndrom geführt habe (was nicht beweisbar, aber durchaus plausibel sei), sei insofern die Rolle eines Auslösers (Triggers) anzunehmen. Nicht beweisbar, aber auch nicht auszuschließen, sei die Akquisition der besagten EBV-Infektion im beruflichen Umfeld. Da bei einer Physiotherapie ein enger körperlicher Kontakt zwischen Therapeut und Patient bestehen könne, sei eine solche Übertragung zwar unter guten hygienischen Bedingungen nicht sehr häufig oder ausgeprägt, andererseits aber durchaus möglich. Es sei aber nicht ersichtlich, weshalb die Patientin P. als mögliche Infektionsquelle genannt werde. Prinzipiell komme sie in Frage, aber sicherlich auch eine Reihe weiterer Patienten im Hinblick auf die Populationsdurchseuchung. Zusammenfassend lasse sich festhalten, dass der vom Kläger behauptete Kausalzusammenhang zwischen einer beruflich erworbenen EBV-Infektion und einer daran anschließenden Erkrankung an einem chronischen Müdigkeitssyndrom zwar möglich erscheine, jedoch in mehrfacher Hinsicht ein Beweis hierfür nicht erbracht werden könne. Zum einen bedürfte die Feststellung der Infektionsquelle aufwändiger Untersuchungen, zumindest aber einer zeitnahen Testung von Blutproben sowohl des Indexpatienten als auch des von diesem ausgehend Infizierten. Dies wurde nicht durchgeführt und könne nicht nachgeholt werden. Zum anderen sei beim Kläger selbst die Diagnose einer EBV-Primärinfektion zum damaligen Zeitpunkt leider nicht geführt worden, so dass eine solche zwar aufgrund der erhobenen Befunde durchaus möglich erscheine, aber nicht beweisbar sei. Davon abhängig wäre der ursächliche Zusammenhang zwischen einer EBV-Primärinfektion und dem im Anschluss daran aufgetretenen chronischen Müdigkeitssyndrom, wobei ein Zusammenhang plausibel erscheine. Das Gutachten weiche von Prof. Dr. I. insofern ab, als dass eine EBV-Infektion im April des Jahres 1998 nicht für ausgeschlossen gehalten werde. Die vorliegenden und aktuell erhobenen Befunde würden allerdings eine solche Infektion zu diesem Zeitpunkt in keiner Weise belegen. Leider seien damals entsprechende Laboruntersuchungen nicht erfolgt, eine retrospektive Klärung sei nicht möglich - mit Ausnahme der Tatsache, dass der Kläger bereits im Juli 1998 die Serummarker einer früher abgelaufenen EBV-Infektion aufwies (Untersuchungsbefund vom 14. Juli 1998). Eine solche Konstellation bereits etwa drei Monate nach einer Primärinfektion liege aber im Bereich des Möglichen. Im Sinne des Verfahrens ausschlaggebend wäre sicherlich der Nachweis einer EBV-Infektion vor Beginn der bis jetzt vorliegenden Symptomatik. Ein solcher Nachweis sei nachträglich nicht mehr zu führen, ebenso wenig der Nachweis einer möglichen Infektionsquelle im beruflichen Umfeld. Dazu bedürfte es vom Kläger stammender Serumproben vom April 1998, und um eine Infektionsquelle nachzuweisen, von Vollblut- oder Abstrichproben oder ähnliches sowohl vom Kläger als auch von der mutmaßlichen Infektionsquelle, um eine Nichtunterscheidbarkeit der Virusisolate zu gewährleisten. Eine solche Untersuchung liege nicht im Bereich des Möglichen.

In der Bescheinigung vom 14. März 2002 wiederholte die Ärztin für Allgemeinmedizin X. ihre Auffassung, dass es sich bei dem Krankheitsbild vom Mai 1998 um eine akute EBV-Infektion gehandelt habe.



In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 25. Oktober 2002 führten Dr. PR. und Prof. Dr. DÖ. aus, dass das Problem nach wie vor darin liege, dass zum Zeitpunkt der akuten Erkrankung keine die Behauptung einer Primärinfektion mit dem EBV stützenden Laboruntersuchungen vorliegen würden, und dass Probenmaterial (Blutproben etc.) zu einer nachträglichen Testung nicht zur Verfügung stünde. Dadurch habe sich auch durch die jetzt vorgelegten Unterlagen (u.a. ärztliches Attest der Hausärztin X. vom 14. März 2002 und eine Gesprächsnotiz vom 26. Februar 2002 sowie der Laborberichte vom 15. Februar 2002, 14. März 2002 und 21. März 2002) nichts geändert. Auch die im Februar und März des Jahres 2002 durchgeführten Laboruntersuchungen würden hinsichtlich des EBV-wie auch des Zytomegalievirus(CMV)-Status die Feststellungen bestätigen, dass eine früher durchgemachte Primärinfektion vorgelegen habe. Sie könnten aber nicht näher eingrenzen, wann die jeweilige Primärinfektion erworben worden sei. Letztlich bleibe es bei der Situation, dass zwar die Krankheitssymptomatik des Klägers als Folge einer EBV-Infektion plausibel sei und er auch mit Sicherheit eine solche im Laufe seines Lebens erworben habe, sich aber der Zeitpunkt der Primärinfektion nachträglich nicht mehr feststellen lasse.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 10. März 2003 nahm Dr. PR. wie folgt Stellung: Sowohl für EBV als auch für CMV sei das Risiko des Erwerbs der Infektion im Fall des Klägers höher als für die Normalbevölkerung, aber nicht extrem höher. Es komme auf die Art des Kontakts des Klägers zu seinen Patienten an. Aus der Art der Behandlung der Patienten (z.B. Speichelkontakt) ergebe sich für den Kläger ein höheres Infektionsrisiko. Bei einer Erstinfektion im Erwachsenenalter sei die Wahrscheinlichkeit größer, dass die Infektion zur Ausbildung von Symptomen führe. Die Blutuntersuchungen vom 4. Mai und 28. Mai 1998 würden gegen eine aktuelle CMV-Infektion sprechen. Aus der Laboruntersuchung vom 23. Juli 1998 könne bezüglich EBV nicht entnommen werden, ob eine Primärinfektion oder bloße Reaktivierung im April 1998 stattgefunden habe. Bei der Patientin P. habe laut Untersuchung vom 8. Juli 1998 eine früher stattgehabte Infektion mit EBV und CMV vorgelegen, wobei sich über den Zeitpunkt des Infektionserwerbs keine Aussage treffen lasse, allerspätester Zeitpunkt wäre Anfang Juni 1998 gewesen. Bei lebenslangen latenten Infektionen wie z.B. CMV und EBV komme es regelmäßig zu subklinischen Reaktivierungen, welche eine mögliche Infektionsquelle darstellten. P. komme als Ansteckungsquelle in Betracht. Nur bei einer Primärinfektion mit EBV oder CMV bestehe die Wahrscheinlichkeit, dass ein CFS (chronisches Müdigkeitssyndrom) die Folge sei, bei einer Reaktivierung dagegen nicht.

Mit Urteil vom 10. März 2003 wies das SG die auf Anerkennung einer Zytomegalie als BK nach BK-Nr. 3101 gerichtete Klage (Az.: S 16 U 504/00) ab. Weiter hob es den Bescheid vom 10. Mai 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Januar 2000 auf und verurteilte die Beklagte, ab April 1998 als BK nach BK-Nr. 3101 den Zustand nach Myokarditis und das chronische Müdigkeitssyndrom bei dem Kläger anzuerkennen. Zur Begründung führte es im Wesentlichen aus, dass es nach den Ausführungen von Dr. PR. und Prof. Dr. DÖ im Gutachten vom 10. Februar 2002, in deren ergänzender Stellungnahme vom 25. Oktober 2002 und der Vernehmung von Dr. PR. am 10. März 2003 davon ausgehe, dass bei dem Kläger eine Mononukleose als Infektionskrankheit im April 1998 aufgetreten sei. Der Zusammenhang der Erkrankung mit der Behandlung der Patientin P. ergebe sich aus den Aussagen des Sachverständigen im Verhandlungstermin. Auch wenn weite Teile der Bevölkerung mit diesem Virus infiziert seien, so impliziere sowohl die konkrete Behandlungsform durch den Kläger als auch die Tatsache einer Primärinfektion des Klägers durch diese Patientin eine weit höhere Infektionsgefahr für den konkreten Kläger als für die Bevölkerung im Allgemeinen. Die im April/Mai 1998 als Grunderkrankung vor-



liegende Mononukleose werde bewiesen durch die Ausführungen der Gerichtsgutachter, den Sachvortrag des Klägers im Schreiben an das SG vom 20. Mai 2000, den Bericht von Dr. Q. vom 27. Oktober 1998, den Bericht von Dr. MB., Universitätsklinik T-Stadt, und den Bericht von Dr. B. vom 16. Februar 2001. Hinzuweisen sei noch auf das nervenärztliche Gutachten von Dr. KÜ. vom 15. März 1999. Folgeerscheinungen dieser Mononukleose seien sowohl der Zustand nach Myokarditis als auch das chronische Müdigkeitssyndrom. Während im schriftlichen Gutachten (von Dr. PR. und Prof. Dr. DÖ.) mehr die Möglichkeit und Beweisbarkeit der Infektion und der Folgezusammenhänge dargestellt worden seien, habe sich in der mündlichen Vernehmung des Sachverständigen mehr die Richtung der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ergeben, die über die bloße Möglichkeit durchaus weit hinausgegangen sei. Das SG habe nur die ablehnenden Bescheide aufgehoben und eine Anerkennung dem Grunde nach ausgesprochen, weil sowohl die Zeitdauer als auch die Schwere der Folgeerscheinungen noch weitgehend offen seien. Für das Vorliegen einer Zytomegalie habe sich nach dem Gerichtsgutachten kein ausreichender Anhalt ergeben, diese Klage sei abzuweisen gewesen.

Gegen das der Beklagten am 2. Mai 2003 zugestellte Urteil hat diese am 30. Mai 2003 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt, der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat gegen das ihm am 2. Mai 2003 zugestellte Urteil am 31. Mai 2003 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Der Senat hat von Amts wegen eine ergänzende Stellungnahme bei den Sachverständigen Dr. PR. und Prof. Dr. DÖ. vom 20. März 2006 eingeholt. Diese haben im Wesentlichen Folgendes ausgeführt: Beim Kläger habe im April/Mai 1998 möglicherweise eine Mononukleose vorgelegen. Die damals bei ihm aufgetretene Erkrankung sei möglicherweise die Folge einer Primärinfektion mit EBV gewesen. Wie bereits im Gutachten vom 11. Februar 2002 und der ergänzenden Stellungnahme vom 25. Oktober 2002 dargelegt, gebe es keine objektiven Befunde, Laborergebnisse etc., die für den damaligen Zeitpunkt eine Primärinfektion belegen würden, und ein solcher Nachweis könne im Nachhinein nicht geführt werden. Das Auftreten eines chronischen Müdigkeitssyndroms (CFS) per se sei kein Beweis für das Vorliegen einer EBV-Primärinfektion. Andere mögliche Ursachen eines CFS seien vielfältig und weitgehend unklar. Ob eine Ansteckungsquelle im beruflichen oder privaten Umfeld des Klägers vorgelegen habe, könne von den Sachverständigen nicht geklärt werden. Die Patientin P. stelle eine unter etlichen möglichen Ansteckungsquellen dar.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. März 2003 aufzuheben und die Klage auch insoweit abzuweisen, als sie verurteilt worden ist, ab April 1998 den Zustand des Klägers nach Myokarditis sowie das chronische Müdigkeitssyndrom als Berufskrankheit nach BK-Nr. 3101 (Mononukleose) anzuerkennen, und die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. März 2003 aufzuheben, soweit darin die auf Anerkennung und Entschädigung einer Zytomegalie als Berufskrankheit nach BK-Nr. 3101 gerichtete Klage abgewiesen wurde, und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.



Die Beklagte hält die angefochtenen Bescheide sowohl hinsichtlich der Ablehnung der Anerkennung einer Zytomegalie als auch der Ablehnung der Anerkennung einer Mononukleose als BK nach BK-Nr. 3101 für rechtmäßig, ebenso das Urteil des SG, soweit darin die auf Anerkennung und Entschädigung einer Zytomegalie als BK nach BK-Nr. 3101 gerichtete Klage abgewiesen worden war.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf die Gerichtsakten sowie die zum Verfahren beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet, die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet.

Das Urteil des SG ist rechtmäßig, soweit die auf Anerkennung und Entschädigung einer Zytomegalie als BK nach BK-Nr. 3101 gerichtete Klage abgewiesen wurde. Es ist jedoch - 17 rechtswidrig, soweit die Beklagte verurteilt wurde, ab 1998 einen Zustand des Klägers nach Myokarditis sowie das chronische Müdigkeitssyndrom als BK nach BK-Nr. 3101 (Mononukleose) anzuerkennen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Anerkennung und Entschädigung seiner Beschwerden im Sinne einer Myokarditis und/oder eines chronischen Müdigkeitssyndroms als BK nach BK-Nr. 3101, weder als Mononukleose noch als Zytomegalie.

BKEn sind nach § 9 Abs. 1 Satz 1 SGB VII Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als BKEn bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden. In Nr. 3101 der Anlage zur BKV sind 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, als BKEn bezeichnet. Der Kläger war im Zeitpunkt einer möglichen Infektion als Physiotherapeut im Gesundheitswesen tätig, sowohl bei der Mononukleose als auch der Zytomegalie handelt es sich grundsätzlich um Infektionskrankheiten. Weitere Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der schädigenden Einwirkung und der versicherten Tätigkeit gegeben ist. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist die zumindest erforderliche Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen der versicherten Tätigkeit und einer Infektionskrankheit nach der Nr. 3101 grundsätzlich gegeben, wenn nachgewiesen ist, dass der Versicherte bei der Berufstätigkeit -sei es durch einen Patienten, einen Mitarbeiter oder auf sonstige Weise -einer besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Ansteckungsgefahr ausgesetzt gewesen ist (vgl. Urteile des BSG vom 24. Februar 2004, Az.: B 2 U 13/03 R ; vom 18. November 1997, Az.: 2 RU 15/97 und vom 30. Mai 1988, Az.: 2 RU 33/87). Die Feststellung einer Mononukleose als BK setzt somit voraus, dass die Tätigkeit des Klägers als Physiotherapeut mit besonderen, über das normale Maß hinausgehenden Gefahren verbunden war, eine Mononukleose zu erleiden. Für die besondere, über das normale Maß hinausgehende Ansteckungsgefahr muss der volle Nachweis vorliegen. Dieser Nachweis erfordert in entsprechender Anwendung der Ausführ-



rungen des BSG in seinem Urteil vom 24. Februar 2004 zu dem Vorliegen einer besonderen Hepatitis B-Exposition unter Berücksichtigung des Beginns der Erkrankung des Klägers im April 1998 den Nachweis, dass entweder a) ein unmittelbarer oder mittelbarer beruflicher Kontakt mit einer an einer infektiösen Mononukleose erkrankten Person bestanden hat oder b) der prozentuale Anteil an infektiöser Mononukleose erkrankter Patienten des Klägers deutlich höher war als in der Normalbevölkerung oder c) die Art der Tätigkeit als Physiotherapeut als solche besonders gefährdend im Hinblick auf die Erkrankung an einer infektiösen Mononukleose war. Für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs ist weiter erforderlich, dass der zeitliche Zusammenhang zwischen Gefährdung im Beruf und Auftreten der ersten Symptome bzw. der Diagnosestellung gewahrt sein muss. Der bei der Feststellung der Infektionserkrankung erhobene Befund muss für eine Neuanksteckung während der Berufstätigkeit sprechen (vgl. Beschluss des Senats vom 23. Juli 2003, Az.: L 3 U 1145/00 ; Mehrtens/Perlebach, Die Berufskrankheitenverordnung, Kommentar, Anm. 7 zu M 3101).

Im Falle des Klägers ist weder für die Erkrankung im April 1998 die Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose gesichert noch der konkrete Nachweis eines unmittelbaren oder mittelbaren beruflichen Kontakts mit mindestens einer an infektiösen Mononukleose erkrankten Person während der Ansteckungszeit und der beruflichen Tätigkeit des Klägers als Physiotherapeut erbracht.

Nach den schlüssigen Ausführungen im Gutachten von Prof. Dr. I. vom 10. Februar 1999 und dessen ergänzender Stellungnahme vom 27. Juli 1999, die jeweils im Wege des Urkundenbeweises verwertet werden, entsprach das Bild der Erkrankung des Klägers im April 1998 nicht dem charakteristischen klinischen Bild einer infektiösen Mononukleose. Die Initialsymptome am 19. April 1998 haben danach zwar mit Unwohlsein, Schwächegefühl, Engegefühl im Hals mit Schluckbeschwerden, Appetitlosigkeit sowie Fieber weitgehend dem uncharakteristischen Prodromalstadium einer infektiösen Mononukleose entsprochen, es fehlte aber in den zeitnah erstellten ärztlichen Befundberichten die Dokumentation der charakteristischen schmerzhaften Lymphknotenschwellungen insbesondere im Kopf- und Halsbereich. Nach Prof. Dr. I. kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese durch die den Kläger damals behandelnden Ärzte übersehen worden wären. Damit fehlten bei der akuten Erkrankung des Klägers die generalisierte Lymphadenopathie und Splenomegalie, bei den Laborbefunden fehlten die typischen Blutbildveränderungen der infektiösen Mononukleose sowie die häufigen Hinweise auf eine Leberbeteiligung. Charakteristische Blutbildveränderungen der infektiösen Mononukleose wären eine Leukozytose und das Auftreten von lymphoiden mononukleären Zellen (50% und mehr der weißen Blutkörperchen) gewesen. Nach dem ärztlichen Bericht des Krankenhauses S., Prof. Dr. H. und Dr. G. vom 7. Mai 1998 lagen die übrigen Parameter des großen Blutbildes in der Norm. Es fanden sich keine Hinweise für eine Leberbeteiligung, da die Transaminasen in der Norm waren, und auch keine Hinweise auf die bei der Hälfte der Patienten auftretende Milzvergrößerung. Die Milz war nicht palpabel, sonographisch fand sich ein unauffälliger Oberbauchbefund. Nach den Laborbefunden war das Antikörperprofil drei Monate nach der Erkrankung zwar noch mit einer akuten EBV-Infektion zu vereinbaren, allerdings sprachen die relativ geringen VCA-IgG-Titer von 1:160 für eine schon längere Zeit (Jahre) zurück liegende Infektion. Entsprechend waren klinisch nicht die Verdachtsdiagnose einer infektiösen Mononukleose gestellt und keine entsprechenden serologischen Untersuchungen veranlasst worden. Der eine akute EBV-Infektion beweisende Paul-Bunnell-Davidson-Test wurde erstmals am 23. Juli 1998 durchgeführt und konnte zu diesem Zeitpunkt nicht mehr diagnostisch sein. Normalerweise ist dieser Test bis etwa drei Monate nach der klini-



schen Erkrankung positiv. Spezifische serologische Untersuchungen sind aber erst am 23. Juli 1998, 11. August 1998 sowie 2. November 1998 (drei bis sechs Monate nach der akuten Erkrankung) erfolgt. In Übereinstimmung damit hat der Internist Dr. Ö. in seiner im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Stellungnahme nach Aktenlage vom 16. August 1999 ausgeführt, dass die infektiöse Mononukleose ein uncharakteristisches Anfangstadium habe, das genauso bei nahezu jeder anderen Infektionserkrankung auftreten könne. Die charakteristischen Symptome einer Mononukleose seien wie von Prof. Dr. I. zutreffend ausgeführt nicht nachweisbar. Schließlich hielten auch Dr. PR. und Prof. Dr. DÖ. im Gutachten vom 11. Februar 2002, in der ergänzenden Stellungnahme vom 25. Oktober 2002, Dr. PR. bei seiner Vernehmung am 10. März 2003 sowie beide Ärzte in der Stellungnahme vom 20. März 2006 die Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose lediglich für möglich, nicht aber für beweisbar. Dies ist auch nicht nachträglich möglich, da hierfür zumindest eine zeitnahe Testung von Blutproben sowohl des Infizierten als auch des infektiösen Patienten notwendig gewesen wäre. Zu einer anderen Beurteilung kommt man auch nicht bei Zugrundelegung kürzerer Inkubationszeiten als bei der Begutachtung durch Prof. Dr. I. vom 10. Februar 1999. So hat insbesondere Dr. Ö. in seiner Stellungnahme vom 16. August 1999 überzeugend ausgeführt, dass auch bei der Zugrundelegung von Inkubationszeiten von acht bis 21 Tagen die klinischen Befunde und die Laborbefunde nicht den charakteristischen Symptomen einer Mononukleose entsprachen. Auch nach Vorlage des Attests von Dr. B. vom 3. September 1999, wonach bei der Symptomatik am 20./21. April 1998 die akute kardiale Situation mit Verdacht auf Myokardinfarkt im Vordergrund gestanden habe, bei Lymphknotenschwellungen als Nebenbefund, und des Berichtes des HNO-Arztes Dr. L., der den Kläger vom 18. Juni 1998 bis 11. September 1999 behandelt hatte und das Krankheitsbild mit einem Pfeiffer'schen Drüsenfieber für vereinbar hielt, führte Dr. Ö. in seiner Stellungnahme nach Aktenlage vom 14. Dezember 1999 nachvollziehbar aus, dass die Diagnose einer infektiösen Mononukleose aufgrund der akuten Erkrankung nicht gesichert war. Zum Zeitpunkt der akuten Erkrankung bestand offenbar bei keinem der beteiligten Ärzte der Verdacht auf Mononukleose, da trotz ausführlicher Diagnostik niemals die Epstein-Barr-Serologie bestimmt wurde. Der Monate später bezüglich der Serologie erhobene Befund, der bei 50 bis 60% der Bevölkerung zu erheben ist, lässt die Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose allenfalls möglich erscheinen.

Der konkrete Nachweis eines unmittelbaren oder mittelbaren beruflichen Kontakts mit mindestens einer an infektiöser Mononukleose erkrankten Person während der Ansteckungszeit und der beruflichen Tätigkeit des Klägers als Physiotherapeut ist aus folgenden Gründen nicht erbracht: Zwar wäre es nach den schlüssigen Ausführungen in der ergänzenden Stellungnahme von Prof. Dr. I. vom 27. Juli 1999 unter der Annahme einer Inkubationszeit von acht bis 21 Tagen möglich gewesen, dass sich der Kläger an der von ihm ab 1. April 1998 behandelten Patientin P. infiziert hätte. Prof. Dr. I. führte hierzu aus, dass für diese Patientin eine stattgehabte Infektion mit dem EBV belegt sei, und dass etwa 15 bis 20% der Infizierten möglicherweise lebenslang intermittierend oder chronisch Epstein-Barr-Viren im Speichel ausscheiden würden. Eine tatsächliche Infektion des Klägers hätte jedoch nur dann mit hinreichender Sicherheit angenommen werden können, wenn während der akuten Erkrankung der serologische Nachweis einer akuten EBV-Infektion geführt worden wäre oder zumindest das klinische Bild einer infektiösen Mononukleose vorgelegen hätte, oder wenn ergänzend zu den vorliegenden serologischen Befunden ein negativer serologischer Befund vor der Erkrankung vorgelegen hätte. Dies gilt nach Prof. Dr. I. insbesondere vor dem Hintergrund, dass nach der epidemiologischen Datenlage im Alter des Klägers 50 bis 90% der Bevölkerung bereits mit dem EBV infiziert sind, und das Hauptinfektionsalter zwischen 15 und 25 Jahren liegt.



Nachdem generell der Durchseuchungsgrad in der Bevölkerung hinsichtlich des EBV sehr hoch ist, ist auch nicht ersichtlich, dass der prozentuale Anteil von Patienten mit infektiöser Mononukleose im Rahmen des beruflichen Umfelds des Klägers deutlich höher war als in der Normalbevölkerung.

Darüber hinaus kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass der Kläger aufgrund der Art seiner Tätigkeit als Physiotherapeut einer besonderen Gefährdung durch eine infektiöse Mononukleose ausgesetzt war, die über die Gefährdung der normalen Bevölkerung wesentlich hinausging. Bereits im Gutachten vom 11. Februar 2002 hatten Prof. Dr. DÖ. und Dr. PR. hierzu nachvollziehbar ausgeführt, dass die Akquisition der besagten EBV-Infektion im beruflichen Umfeld zwar möglich sei. Es wurde aber darauf hingewiesen, dass bei einer Physiotherapie auch bei engem körperlichen Kontakt zwischen Therapeut und Patient eine solche Übertragung unter guten hygienischen Bedingungen zwar möglich, aber nicht sehr häufig oder ausgeprägt sei. Auch Prof. Dr. I. hatte im Gutachten vom 10. Februar 1999 auf ein fehlendes erhöhtes generelles Infektionsrisiko für medizinisches Personal hingewiesen. Zwar hat Dr. PR. bei seiner Vernehmung am 10. März 2003 ausgeführt, dass das Risiko des Erwerbs der Infektion im Falle des Klägers sowohl für EBV als auch für CMV höher sei als für die Normalbevölkerung, jedoch "nicht extrem" höher. Klarstellend haben Prof. Dr. DÖ. und Dr. PR. in ihrer Stellungnahme vom 20. März 2006 nochmals ausdrücklich ihre Äußerung vom 11. Februar 2002 bestätigt, wonach bei einer Physiotherapie auch bei engem körperlichen Kontakt zwischen Therapeut und Patient eine solche Übertragung unter guten hygienischen Bedingungen zwar möglich, aber nicht sehr häufig oder ausgeprägt sei. Dies lässt nicht auf ein besonderes erhöhtes Infektionsrisiko im Sinne der BK-Nr. 3101 schließen, zumal davon ausgegangen werden muss, dass der Kläger im Unterschied zur Normalbevölkerung bei seiner Tätigkeit im Regelfall durch besondere Schutzvorkehrungen (wie z.B. Handschuhe, Mundschutz, Reinigung der Hände) gegen ein Ansteckungsrisiko geschützt ist.

Nach alledem ist im Falle des Klägers weder die Diagnose einer akuten infektiösen Mononukleose im April 1998 gesichert, die die Voraussetzungen einer BK im Sinne der BK-Nr. 3101 erfüllt, noch der konkrete Nachweis eines unmittelbaren oder mittelbaren beruflichen Kontakts mit mindestens einer an infektiöser Mononukleose erkrankten Person während der Ansteckungszeit und der beruflichen Tätigkeit des Klägers als Physiotherapeut noch einer besonderen Gefährdung durch die Tätigkeit des Klägers erbracht.

Selbst wenn entsprechend den Angaben des Klägers und des Internisten Dr. V. vom 31. Mai 1999 davon ausgegangen würde, dass aufgrund von teilweise ungeschützt ohne Schutzhandschuhe durchgeführten Kiefergelenksbehandlungen und Mundinnendrainagen eine besondere Gefährdung durch die Tätigkeit des Klägers nachgewiesen wäre, wäre der erforderliche zeitliche Zusammenhang zwischen Gefährdung im Beruf und Auftreten der ersten Symptome bzw. der Diagnosestellung beim Kläger nicht gewahrt, da der bei der Feststellung der Infektionserkrankung erhobene Befund nicht für eine Neuansteckung während der Berufstätigkeit sprach (vgl. Beschluss des Senats vom 23. Juli 2003, a.a.O.). Zum Zeitpunkt der akuten Erkrankung konnte keine Primärinfektion mit dem EBV gesichert werden. Dies wäre hier aber gerade im Hinblick auf den hohen Infektionsgrad der Bevölkerung, wonach aufgrund der epidemiologischen Datenlage im Alter des Klägers 50 bis 90% der Bevölkerung bereits mit dem EBV infiziert sind, und das Hauptinfektionsalter zwischen 15 bis 25 Jahren liegt, erforderlich gewesen. Daher kann weder ein Zustand nach Myokarditis, sofern eine solche als nachgewiesen angesehen würde, noch das vom Kläger im



Rahmen der Begutachtung durch Prof. Dr. DÖ. und Dr. PR. im Jahre 2002 noch beklagte chronische Müdigkeitssyndrom mit hinreichender Wahrscheinlichkeit auf eine BK zurückgeführt werden.

Unabhängig davon bestünden auch insoweit Bedenken, als Prof. Dr. DÖ. und Dr. PR. in ihrem Gutachten vom 11. Februar 2002 sowie in den nachfolgenden Stellungnahmen das Auftreten eines chronischen Müdigkeitssyndroms infolge einer EBV-Primärinfektion zwar grundsätzlich als möglich ansahen, jedoch gleichzeitig darauf hinwiesen, dass andere mögliche Ursachen eines CFS vielfältig und weitgehend unklar seien. Darüber hinaus hatten sie nachvollziehbar ausgeführt, dass die vorliegenden Befunde gegen einen Zusammenhang sprechen, da IgG-anti-VCA nur schwach positiv war und somit eine Serumnarbe für eine intensive Auseinandersetzung zwischen Virus und Wirt wie bei einer Mononukleose in der jüngeren Vergangenheit fehlte. Der Anti-EBNA-1-Test war stark positiv, was für eine gute immunologische Kontrolle der früher erworbenen, jetzt persistenten EBV-Infektion spricht. Auch war kein larvierter Immundefekt im Zusammenhang mit EBV erkennbar. Dass es sich um ein postinfektiöses Geschehen handelt, d.h. um eine sich an eine Infektion anschließende, aber nicht mehr direkt durch den Erreger unterhaltene Erkrankung, konnte durch die Befunde nicht belegt werden. Die Diagnose einer akuten Zytomegalie war aufgrund der vorliegenden serologischen Befunde nach Prof. Dr. I. im fachinternistischen Gutachten vom 10. Februar 1999 auszuschließen, weshalb insoweit zu Recht vom SG mit Urteil vom 10. März 2003 die auf Anerkennung einer Zytomegalie als BK nach BK-Nr. 3101 gerichtete Klage abgewiesen worden war.

Weitere Ermittlungen von Amts wegen waren nicht veranlasst. Insbesondere wurde der Sachverhalt, zu dem laut Anregung des Klägers und seines Prozessbevollmächtigten eine ergänzende Stellungnahme bei Prof. Dr. DÖ. eingeholt werden sollte, nämlich die Dauer des Nachweises einer EA-Immunfluoreszenz, nicht für entscheidungserheblich erachtet. Nach den schlüssigen Ausführungen im Gutachten von Prof. Dr. I. vom 10. Februar 1999 wäre nämlich das Antikörperprofil beim Kläger drei Monate nach der Erkrankung unter Miteinbeziehung der EA-Werte noch mit einer akuten EBV-Infektion vereinbar, der Nachweis einer akuten infektiösen Mononukleose scheiterte an anderen oben ausführlich dargelegten Gründen. Zum ursprünglichen Antrag auf Anhörung des Sachverständigen im Senatstermin wurden weder eine sachdienliche Fragestellung angekündigt noch neue entscheidungserhebliche Gesichtspunkte vorgetragen, so dass auch insoweit keine weiteren Ermittlungen veranlasst waren (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum Sozialgerichtsgesetz, 8. Auflage, Anm. 12 h zu § 118 m.w.N.).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG), die Entscheidung über die Nichtzulassung der Revision auf § 160 SGG .