

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/33 vom 21. Dezember 2018**

Sg Versicherungsgericht, 2018-12-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2017\\_33](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_33)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/33 du 21 décembre 2018

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/33 del 21 dicembre 2018

## **Regeste**

Art. 9 UVG. 18 UVG. Berufskrankheit, Invalidenrente. Würdigung medizinischer Berichte im Zusammenhang mit einer Berufskrankheit (Mehlstaub) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Dezember 2018, UV 2017/33).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Zwischen den Parteien ist vorliegend umstritten, ob die Beschwerdeführerin aufgrund einer anerkannten Berufskrankheit Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung hat. 1.2 Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend steht eine im Jahr 2009 eingetretene Berufskrankheit zur Debatte, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung finden. 1.3 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; SR 830.1), hat sie gemäss Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Invalidenrente beträgt bei Vollinvalidität 80% des versicherten Verdienstes; bei Teilinvalidität wird sie entsprechend gekürzt (Art. 20 Abs. 1 UVG). 1.4 Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Kausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Ereignis zusammenhängen (RUMO-JUNGO/HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). 1.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss gleichfalls Beweiswert beigemessen werden, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 465 E. 4 und BGE 125 V 351 E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen – insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens – abschliessen (vgl. BGE 135 V 469 E. 4.3.2, mit Hinweisen).

## **E. 2**

2.1 Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten (Art. 3 ATSG), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen (Art. 9 Abs. 1 UVG, Anhang I UVV). Nach der Rechtsprechung müssen der schädigende Listenstoff oder die krankmachende Arbeit im gesamten Ursachenspektrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Anteil von mehr als 50% ausmachen (BGE 119 V 200 E. 2a). Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden sind (Art. 9 Abs. 2 UVG). Dies ist praxisgemäss der Fall, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75% durch die berufliche Tätigkeit verursacht wurde (BGE 119 V 201 E. 2b). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen beruflicher Tätigkeit und Erkrankung vermag das Erfordernis dieses qualifizierten Kausalzusammenhangs nicht zu begründen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. September 2011, 8C\_465/2011, E. 7.2).

2.2 Vorliegend ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer Berufskrankheit gemäss Art. 9 UVG leidet und für alle Tätigkeiten mit Mehlstaubexposition zu 100% arbeitsunfähig ist (vgl. die Nichteignungsverfügung vom 9. Oktober 2009; Suva-act. 14). Umstritten ist die berufskrankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in adaptierten Tätigkeiten. Die Beschwerdegegnerin verneinte eine solche insbesondere gestützt auf die Beurteilungen der Suva-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. Suva-act. 211, act. G5).

2.3 Dr. D.\_\_\_\_ hielt in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 16. April 2015 in Würdigung der pneumologischen Verkaufskontrollen des behandelnden Arztes Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass sich die Atemwegsbeschwerden der Beschwerdeführerin nach Ausscheiden aus der auslösenden Tätigkeit zurückgebildet hätten und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestanden habe. Die weiteren Erkrankungen der Beschwerdeführerin – eine COPD nach Nikotinabusus und eine Adipositas per magna – würden zu einer geringen körperlichen Leistungsfähigkeit beitragen, hätten aber keine berufliche Ursache. Unter Einhaltung der Auflagen aus der Nichteignungsverfügung seien der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung allein der berufskrankheitsbedingten Einschränkungen leichte bis mittelschwere Tätigkeiten vollzeitig zumutbar, wobei Expositionen zu atemwegreizenden Stoffen vermieden werden sollten (Suva-act. 171). In der Beurteilung vom 1. Februar 2016 hielt die Suva-Ärztin in Zusammenfassung des aktenmässigen Verlaufs fest, dass die Beschwerdeführerin nach Ausscheiden aus der Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin in einer Bäckerei zunächst auch ohne inhalative Dauertherapie subjektiv von Seiten der Atemwege beschwerdefrei gewesen sei. Bei der Beschwerdeführerin bestehe zudem eine chronisch obstruktive

Ventilationsstörung nach Nikotinabusus. Im Verlauf seien verschiedentlich Infekt-assoziierte Exazerbationen der Atemwegsbeschwerden aufgetreten, insbesondere im Jahr 2012 bei erneuter Mehlstaubexposition während einer neunmonatigen Anstellung als Backgehilfin. Nach Ausscheiden aus dieser Tätigkeit habe die wieder aufgenommene inhalative Dauertherapie abermals beendet werden können. Aktuell werde wieder eine inhalative Dauertherapie durchgeführt. Bei einem wegen erneuter asthmatischer Beschwerden im Mai 2015 durchgeführten Pricktest habe sich nun eine stark positive Reaktion auf Hausstaubmilben und positive Reaktionen auf verschiedene Pollen gezeigt. Die derzeitigen asthmatischen Beschwerden seien auf diese Sensibilisierungen zurückzuführen. Bezüglich der überwiegend berufsbedingten Komponenten der Atemwegsbeschwerden ergebe sich bei Einhalten der Auflagen der Nichteignungsverfügung keine neue Situation (Suva-act. 204).

2.4 Gestützt auf diese schlüssigen, in Kenntnis des aktenmässigen Verlaufs und der Berichte des behandelnden Arztes ergangenen Beurteilungen von Dr. D.\_\_\_\_ ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich das Asthma bronchiale sowie die allergische Rhinitis bei fehlender Exposition gegenüber atemwegreizenden Stoffen nicht manifestieren. Entsprechend ist die Beschwerdeführerin hinsichtlich der als Berufskrankheit anerkannten Gesundheitsstörungen in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne Exposition als zu 100% arbeitsfähig zu erachten.

2.5 Was die COPD betrifft, ist festzuhalten, dass diese vom behandelnden Arzt sowie von der Suva-Kreisärztin ausschliesslich im Zusammenhang mit dem Nikotinkonsum der Beschwerdeführerin gesehen wurde. Dr. C.\_\_\_\_ stellte im Rahmen der Verlaufskontrolle vom Mai 2010 die Diagnose COPD Gold Stadium II bei Status nach regelmässigem Nikotinabusus bis April 2009 und aktuell Gelegenheitsrauchen während der Berufsweiterbildung. Er hielt fest, dass die Versicherte wieder mit dem Rauchen angefangen habe und sich im Verlauf nun eine COPD ohne Asthmakomponente zeige (Suva-act. 46). Im Juni 2012 hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin nun anhaltend Nichtraucherin sei und mittlerweile ganz ohne Medikamente und ohne Inhalationen weder unter störendem Husten noch unter Atemnot leide (Suva-act. 97). Anlässlich der Verlaufskontrolle im Februar 2013 berichtete Dr. C.\_\_\_\_, dass es im Dezember 2012 und Januar 2013 zu rezidivierenden asthmatischen Bronchitisexazerbationen gekommen sei. Die Versicherte rauche wieder und es bestehe eine zunehmende Adipositas bei einem BMI von 44 (Suva-act. 132). Im Dezember 2014 gab Dr. C.\_\_\_\_ an, im Rahmen der Abklärungen der von der Beschwerdeführerin angegebenen Tagesmüdigkeit habe ein obstruktives Schlafapnoesyndrom ausgeschlossen werden können. Es bestehe eine stabile COPD und gut kontrollierte Asthmakomponente. Bei anhaltender Gewichtszunahme und einem BMI von 48 seien alle diätischen und Ausdauertrainings-Massnahmen zur nachhaltigen Gewichtsreduktion konsequent umzusetzen (Suva-act. 166).

2.6 Auch Dr. D.\_\_\_\_ hielt bereits in den ärztlichen Beurteilungen vom Juni 2010 und Januar 2011 fest, dass die COPD im GOLD Stadium II ohne Asthmakomponente ganz überwiegend auf den chronischen Nikotinabusus zurückzuführen und nicht berufsbedingt sei. Dass die berufsbedingten, über ein halbes Jahr bestehenden asthmatischen Beschwerden zu der vorbestehenden, chronischen obstruktiven Lungenerkrankung wesentlich beigetragen hätten, sei unwahrscheinlich. Somit sei nach Aufgabe der verursachenden Tätigkeit vom Vorzustand auszugehen und bei Einhalten der Nichteignungsverfügung keine weitere negative Beeinflussung zu erwarten (Suva-act. 47, 54). In der Verlaufsbeurteilung vom April 2013 hielt Dr. Merz in Würdigung der Kontrolle bei Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass es bei einem BMI von 44 bei gleichzeitig bestehender COPD nach langjährigem und nun wieder fortgesetztem

Nikotinabusus zu den diagnostizierten rezidivierenden asthmatischen Bronchitisexazerbationen gekommen sei. Die Situation bezüglich der berufsbedingten Atembeschwerden sei unter Einhaltung der Auflagen der Nicheignungsverfügung stabil (Suva-act. 141). Entsprechend kam Dr. D. \_\_\_ in ihren Beurteilungen vom April 2015 und Februar 2016 zum Schluss, dass die COPD nach Nikotinabusus und eine Adipositas per magna wohl zu einer geringen körperlichen Leistungsfähigkeit beitragen würden, jedoch keine berufliche Ursache hätten (vgl. vorstehende E. 2.2).

2.7 Zusammenfassend kann nach Lage der medizinischen Akten der Beweis, dass der Mehlstaub mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.1) für die COPD ursächlich ist, nicht gelingen. Vielmehr ist es mindestens als gleich wahrscheinlich zu erachten, dass der Nikotinkonsum der Beschwerdeführerin Ursache der COPD ist.

2.8 Doch selbst wenn eine berufliche Ursache der COPD beweisbar wäre, gelingt der Beschwerdeführerin der Nachweis einer Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit wegen der COPD nicht. So lässt sich den vorliegenden Arztberichten nicht entnehmen, dass die COPD in einer adaptierten (lufthygienischen) Tätigkeit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätte. Die Ärzte haben keine entsprechenden Befunde erhoben und insbesondere auch ein obstruktives Schlafapnoesyndrom als mögliches Symptom einer COPD ausgeschlossen. Dass die – gut auf die Behandlung ansprechende – COPD die Beschwerdeführerin in einer entsprechend angepassten Tätigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränkt, ergibt sich sodann weder aus den Berichten über die ab Mai 2015 im Spital F. \_\_\_ durchgeführten pneumologischen Verlaufskontrollen (vgl. Suva-act. 190, 200, 206) noch aus dem Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 16. Juni 2015. Darin hatte dieser festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit 2009 wegen des Asthmas verschiedenste schwere Krankheitsschübe gehabt habe, hochdosiert Kortison und andere Antiasthmatika habe nehmen müssen und sich nur mässig habe bewegen können. Diese Kombination habe dazu geführt, dass sich die Beschwerdeführerin permanent erschöpft gefühlt habe und sich auch körperlich keinen Anstrengungen mehr habe ausliefern können. Auch sei eine Zunahme des Körpergewichts (aktuell 127 kg) erfolgt. Neben diesen Asthmazuständen mit chronischer Erschöpfung habe die Beschwerdeführerin auch Probleme mit dem rechten Kniegelenk (Arthrose), Schmerzen lumbal seit einem Sturz im Winter 2014/2015, Schmerzen im Handgelenk mit Verdacht auf Arthrose sowie Schulterschmerzen (PHS) rechts mehr als links. Die Beschwerdeführerin sei sowohl im Büro als auch im Pflegebereich durch diese oben genannten Beschwerden nur zu 50% verteilt über den Tag leistungsfähig (Suva-act. 192). Damit hat auch Dr. G. \_\_\_ nicht explizit eine Arbeitsunfähigkeit infolge der COPD attestiert, sondern hat die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der multiplen berufskrankheitsfremden Faktoren als eingeschränkt erachtet.

2.9 Zusammenfassend ist gestützt auf die vorliegende Aktenlage von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in adaptierten Tätigkeiten ohne Exposition zu atemwegreizenden Stoffen auszugehen. Angesichts der dargestellten Aktenlage sind von weiteren medizinischen Abklärungen und insbesondere von einer weiteren Beurteilung des COPD im Rahmen einer medizinischen Begutachtung keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Damit ist entgegen dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin (act. G. 1) darauf zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. E. 1.5, vgl. BGE 122 V 162 E. 1d).

### **E. 3**

Ausgehend von einer 100%igen Arbeitstätigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin (Produktionsmitarbeiterin in einer Backstube) im Validenfall und einer

Arbeitsfähigkeit von 100% für eine adaptierte Hilfsarbeitertätigkeit im Invalidenfall erübrigt sich die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs. Denn vor dem Hintergrund dessen, dass die Beschwerdeführerin gemäss den vorliegenden Akten nie überdurchschnittlich verdient hat und der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Tabellenlohnabzug von 5% nicht zu beanstanden ist, resultiert offensichtlich kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 10%. Die Beschwerdegegnerin hat damit einen Rentenanspruch zu Recht verneint.

#### **E. 4**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.