

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/32 vom 5. August 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-08-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2020\\_32](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_32)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/32 du 5 août 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/32 del 5 agosto 2021

## Regeste

Art. 9 UVG. Art. 19 UVG. Frage, ob bei der Beschwerdeführerin ein Vorzustand bestand, bejaht. Bezüglich der Folgen der anerkannten Berufskrankheit ist ein Status quo sine oder ante erreicht. Dies allerdings erst im Zeitpunkt einer während des Beschwerdeverfahrens durchgeführten ärztlichen Untersuchung. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. August 2021, UV 2020/32).

## Volltext

Entscheid vom 5. August 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Katja Blättler Geschäftsnr. UV 2020/32 Parteien A.\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Stephanie Bialas, Oberer Graben 44, Postfach, 9001 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen (Berufskrankheit) Sachverhalt A.\_\_\_ war seit 1. April 2011 bei der B.\_\_\_ AG als Produktionsmitarbeiterin tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert. Am 20. März 2014 meldete die Arbeitgeberin der Suva, die Versicherte leide seit 18. Februar 2014 unter Asthma (Suva-act. 1). Dr. med. C.\_\_\_, Pneumologie und Innere Medizin FMH, berichtete am 1. Mai 2014, es stelle sich die Frage nach einer ungünstigen Exposition am Arbeitsplatz im Sinne einer Berufskrankheit. Bei einer Abklärung im Jahr 2009 (vgl. Suva-act. 7-8 f.) habe er eine pulmonale Hypertonie als Ursache einer Anstrengungsdyspnoe ausschliessen können. Am 20. Februar 2014 habe sich die Versicherte wegen einer Dyspnoe in Ruhe und bei Anstrengungen bei ihm gemeldet. Es habe ein mittelschweres hyperreaktives Bronchialsystem nachgewiesen werden können. Mit einer antiobstruktiven Basistherapie habe eine Besserung der Beschwerden erreicht werden können, jedoch nicht betreffend die Symptome am Arbeitsplatz (Suva-act. 7-1 f.). Dr. C.\_\_\_ hatte der Versicherten ab 12. April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (vgl. Suva-act. 24, 30 f.). Dr. med. D.\_\_\_, Fachärztin für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, untersuchte die Versicherte am 20. Mai 2014 und berichtete gleichentags über eine chronische Rhino-Pharyngitis sicca bei Epistaxis bei der Arbeit mit dentalen Chemikalien. Die festgestellten Veränderungen der Schleimhaut der oberen Atemwege könnten durch die Chemikalien hervorgerufen sein. Die akute Entzündung im vorderen Anteil des Septums sowie die starke Trockenheit der Schleimhäute würden medikamentös behandelt (Suva-act. 19). Ein am 11. Juni 2014 durchgeführtes CT ergab keinen Anhaltspunkt für derzeitige oder chronisch rezidivierende

Lungenembolien und keinen Hinweis auf eine pulmonalarterielle Druckerhöhung. Es bestand eine auffallende Abflachung beider Hauptbronchien links etwas deutlicher ausgeprägt als rechts sowie ebenfalls eine im Durchmesser reduzierte Trachea. Ansonsten lag eine normale Radiomorphologie beider Lungenflügel ohne Hinweise auf eine Alveolitis oder eine anderweitige fibrosierende Pneumopathie vor (Suva-act. 37). Mit Schreiben vom 25. August 2014 kündigte die Arbeitgeberin der Versicherten per 30. November 2014 (Suva-act. 47). Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin und Allgemeine Innere Medizin FMH, Suva Arbeitsmedizin, befand am 3. Oktober 2014, bei der Versicherten sei 2009 eine bronchiale Hyperreagibilität dokumentiert worden. Es sei mit stark überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine wesentliche irritative Verschlechterung eines vorbestehenden Asthmas bronchiale durch die berufliche Tätigkeit bei der Firma B.\_\_\_\_ AG mit beruflicher Exposition gegenüber Methylacrylaten aufgetreten sei (Suva-act. 33). Am 16. Oktober 2014 teilte die Suva der Versicherten mit, sie erhalte für die Folgen der berufsbedingten Verschlimmerung der Asthmabeschwerden Versicherungsleistungen. Mit Austritt aus dem Betrieb per 30. November 2014 gelte sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als voll arbeitsfähig, weshalb die Suva ihre Taggeldleistungen dann einstelle (Suva-act. 51, vgl. Suva-act. 55). Mit Verfügung vom 21. Oktober 2014 erklärte die Suva die Versicherte rückwirkend auf den 20. Oktober 2014 als nicht geeignet für Tätigkeiten in der Produktion der Firma B.\_\_\_\_ AG (Suva-act. 54). Vom 1. November 2014 bis 28. Februar 2015 entrichtete die Suva der Versicherten ein Übergangs-Taggeld (vgl. Suva-act. 74) und ab 1. März 2015 eine Übergangsentschädigung (Suva-act. 112, 159, 195, 205, 248, 277). Dr. C.\_\_\_\_ führte am 30. Dezember 2015 aus, die Lungenfunktionen zeigten meist eine leichte, manchmal mittelschwere, Obstruktion in Ruhe mit nicht immer signifikanter Besserung nach Inhalation. Die therapeutischen Massnahmen seien bis auf weiteres konsequent einzuhalten (Suva-act. 141-1 f.). Dr. D.\_\_\_\_ hielt am 18. Januar 2016 fest, unter Kaltinhalation mit Kochsalzlösung und LipoAerosol seien die Schleimhäute reizfrei und die Versicherte sei soweit beschwerdefrei. Insofern sollte die Kaltinhalation auf Dauer beibehalten werden. Die Versicherte bemühe sich um eine Umschulung im Bereich der Kinderbetreuung, was sicher zu empfehlen sei (Suva-act. 148, bzgl. der Praktika bzw. Einsätze im Bereich der Kinderbetreuung vgl. Suva-act. 73, 123, 136, 146 f., 152). Dr. C.\_\_\_\_ hielt am 20. Oktober 2016 fest, in den wärmeren Monaten träten eher Atemprobleme auf, die Versicherte inhaliere dann häufig. Bezüglich der Ruhelungenfunktion seien am 7. Juni 2016 sehr schwierige Untersuchungsbedingungen mit spontan schwankenden Messwerten vorhanden gewesen (Suva-act. 166-1 f.). Am 5. Juli 2017 befand Dr. C.\_\_\_\_, in den vergangenen Monaten hätten sich häufig instabile Situationen der Luftwege mit asthmatischer Komponente abgezeichnet. Die Versicherte klagte auch über thorakale Enge / Anstrengungsdyspnoe, entsprechende Ruhe-EKGs plus kardiale Marker seien jedoch negativ geblieben. Es fänden sich weiterhin grenzwertige Immunglobuline G (IgG) gegen diverse Schimmel-Arten (Suva-act. 222-1 f.). Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin der Suva, befand am 28. November 2017, bei der instabilen pulmonalen Situation stünden berufsfremde Faktoren im Vordergrund (Suva-act. 233). Der zuständige Berater der G.\_\_\_\_ GmbH, welcher die Versicherte im Auftrag der Suva bei der Stellensuche unterstützt hatte, führte in seinem Schlussbericht vom 12. Juli 2018 aus, es habe sich keine geeignete Arbeitsstelle finden lassen, weshalb er das Mandat nach Absprache mit der Suva abschliesse (Suva-act. 274-9 f.). Die Suva teilte der Versicherten am 25. März 2019 mit, die Überprüfung für die vierte und damit letzte Rate der Übergangsentschädigung (Periode vom

1. März 2018 bis 28. Februar 2019) ergebe ein abschliessendes Gutachten zu Gunsten der Versicherten von Fr. 3'756.--. Mit der Ausrichtung der vier Raten entfalle ein Anspruch auf weitere Übergangsleistungen (Suva-act. 302). Im Auftrag der Suva wurde die Versicherte am 21. Mai 2019 durch Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_, Leitender Arzt I. \_\_\_\_, Lungenzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), konsiliarisch untersucht. Dieser hielt gleichentags als Diagnosen unter anderem ein Asthma bronchiale GINA Stufe 4 und eine Adipositas WHO Grad 3 mit kombiniert mittelschwerer pulmonaler Insuffizienz sowie eine hypertensive Herzkrankheit mit Anstrengungsdyspnoe NHYA II fest. Bezüglich Asthma bestehe eine unkontrollierte Situation. In der Lungenfunktion bestehe bei einer schwierig interpretierbaren Untersuchung ein mittelschweres ventilatorisches Defizit, gegenüber früheren Befunden von Dr. C. \_\_\_\_ leicht verbessert. Er rate der Versicherten zur Gewichtsreduktion und einer Anpassung der Asthmatherapie (Suva-act. 311). Nach Durchführung einer Ergospirometrie berichtete Dr. med. J. \_\_\_\_, Oberarzt mbF, Lungenzentrum des KSSG, am 2. Juli 2019, spiroergometrisch zeige sich eine schwergradig eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit pulmonaler Limitierung bei aufgebrauchten Atemreserven. Es zeige sich eine Hyperventilation mit ausgeprägter Steigerung des Atemzugsvolumens und auch in der Blutgase dokumentierter Hyperventilation. Insofern könne von einer Dekonditionierung ausgegangen werden. Er empfehle rehabilitative Massnahmen (Suva-act. 314). Dr. med. K. \_\_\_\_ und Dr. med. L. \_\_\_\_, beide Bereich Fachärztinnen/-ärzte der Suva Arbeitsmedizin, empfahlen am 8. Juli 2019, den Fall des Berufsasthmas bei einem zwischenzeitlich erreichten "Status sine ante" abzuschliessen (Suva-act. 316). Am 7. August 2019 nahm Dr. K. \_\_\_\_ Stellung zu weiteren Fragen der Suva. Sie schätzte den berufsbedingten Integritätsschaden auf 0 % (Suva-act. 319, vgl. Suva-act. 318). Mit Verfügung vom 16. August 2019 stellte die Suva die Versicherungsleistungen (Heilkosten) per Verfügungsdatum ein (Suva-act. 325). Dagegen erhob die Versicherte am 3. September 2019 Einsprache (Suva-act. 326, vgl. Begründung vom 16. Oktober 2019; Suva-act. 329). Mit Entscheid vom 20. April 2020 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 336). Gegen den Einspracheentscheid vom 20. April 2020 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 22. Mai 2020 die vorliegende Beschwerde. Sie beantragte darin, dieser sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Versicherungsleistungen bei Berufskrankheiten (Rente, Integritätsentschädigung) auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Sie reichte unter anderem eine Stellungnahme von Dr. C. \_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 ein (act. G1.1.4). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 30. November 2020 gestützt auf Beurteilungen von Dr. med. M. \_\_\_\_, Arbeitsarzt, Facharzt für Psychotherapie und Psychiatrie sowie für Allgemeinmedizin (D), Bereich Fachärztinnen/-ärzte der Suva Arbeitsmedizin, vom 25. und 27. November 2020 (vgl. act. G11.1, Suva-act. 369) die teilweise Gutheissung der Beschwerde. Der angefochtene Einspracheentscheid sei in dem Sinne abzuändern, als die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen für die Folgen der Berufskrankheit über den 16. August 2019 hinaus bis zum 27. August 2020 zu erbringen habe. Im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen (act. G11). Mit Replik vom 19. Februar 2021 und Duplik vom 19. April 2021 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (act. G15, G17). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Anspruch auf Übernahme von Heilbehandlungskosten über den 16. August 2019 hinaus. Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 20. April 2020

(Suva-act. 336) sowie der diesem zugrundeliegenden Verfügung vom 16. August 2019 (Suva-act. 325) auf den Standpunkt, im Verfügungszeitpunkt sei der Zustand, wie er sich auch ohne Berufskrankheit eingestellt hätte, wieder erreicht gewesen. Die weiter dauernde Arbeitsunfähigkeit und die medizinische Behandlung gehe demnach nicht mehr zu ihren Lasten. Vor diesem Hintergrund fand keine einlässliche Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente oder eine Integritätsentschädigung durch die Beschwerdegegnerin statt (vgl. Suva-act. 316 ff.). Diese können demnach vorliegend nicht Streitgegenstand bilden und auf die diesbezüglichen Anträge der Beschwerdeführerin ist nicht einzutreten. Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Nach Art. 9 Abs. 1 UVG gelten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind, als Berufskrankheiten. Rechtsprechungsgemäss liegt eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten dann vor, wenn diese mehr wiegen als alle andern mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50% ausmachen (BGE 119 V 200 E. 2a; Urteil des Bundesgerichts vom 7. September 2011, 8C\_465/2011, E. 7.1). Ausschliessliche Verursachung hingegen meint praktisch 100% des ursächlichen Anteils der schädigenden Stoffe oder bestimmten Arbeiten an der Berufskrankheit (BGE 119 V 200 E. 2a mit Hinweis). Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls oder einer Berufskrankheit voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 i.V.m. Art. 9 Abs. 3 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Folgen eines Unfalls oder einer Berufskrankheit (Art. 10 i.V.m. Art. 9 Abs. 3 UVG). Die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) sind einzustellen und der Anspruch auf eine Invalidenrente zu prüfen, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 84 Abs. 2 UVG können die Durchführungsorgane Versicherte, die hinsichtlich Berufsunfällen oder Berufskrankheiten durch bestimmte Arbeiten besonders gefährdet sind, von diesen Arbeiten ausschliessen. Der Bundesrat ordnet die Entschädigung für Versicherte, die durch den Ausschluss von ihrer bisherigen Arbeit im Fortkommen erheblich beeinträchtigt sind und keinen Anspruch auf andere Versicherungsleistungen haben. Unter "andere Versicherungsleistungen" im Sinn dieser Bestimmung sind andere Leistungen der Unfallversicherung zu verstehen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. April 2009, 8C\_1031/2008, E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 130 V 438 E. 4.3). Gestützt auf Art. 84 Abs. 2 UVG hat der Bundesrat in den Art. 82 ff. der Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV; SR 832.30) die Ansprüche der Arbeitnehmenden geordnet, die von einer befristeten oder dauernden Nichteignungsverfügung betroffen sind. Dazu gehört unter anderem die Übergangentschädigung gemäss den Art. 86 ff. VUV. Eine arbeitnehmende Person, die von einer Arbeit befristet oder dauernd ausgeschlossen oder nur als bedingt geeignet erklärt worden ist, erhält vom Unfallversicherer eine Übergangentschädigung, wenn die Voraussetzungen von Art. 86 Abs. 1 VUV kumulativ erfüllt sind. Die Übergangentschädigung wird während höchstens vier Jahren ausgerichtet (Art. 87 Abs. 3 VUV). Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht nur für Gesundheitsschäden,

die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis bzw. einer Berufskrankheit zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; BGE 129 V 181, E. 3; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Eine durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit verursachte Gesundheitsschädigung oder eine auftretende Beschwerdesymptomatik kann einen zuvor intakten oder einen bereits vorgeschädigten Körperteil betreffen. Ist letzteres der Fall kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes in Betracht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall bzw. die Berufskrankheit nicht mehr die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt oder die Ursächlichkeit einer vorübergehenden Verschlimmerung einer unfallähnlichen Vorschädigung ausgeschlossen werden kann. Dies trifft zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bzw. der berufsbedingten Schädigung oder dem Eintreten der Beschwerdesymptomatik bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Eine richtunggebende Verschlimmerung liegt vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (vgl. André Nabold, N 54 zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018; Irene Hofer, N 71 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281, S. 281 f., E. 1a). Vorerst ist zu prüfen, ob entsprechend der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vgl. Suva-act. 325, 336, act. G11, G17) bei der Beschwerdeführerin ein Vorzustand, insbesondere ein Asthma bronchiale, bestanden hat. Die Beschwerdeführerin bestreitet dies und stellt sich auf den Standpunkt, ihre Beschwerden seien erst durch die Exposition

gegenüber Methylacrylaten während ihrer Tätigkeit bei der B.\_\_\_\_ AG ausgelöst worden (act. G1, G15). Dr. C.\_\_\_\_ berichtete am 1. Mai 2014, er habe die Beschwerdeführerin bereits 2009 abgeklärt. Damals habe eine pulmonale Hypertonie als Ursache der Anstrengungsdyspnoe ausgeschlossen werden können. Auch unter Inhalation habe sich lungenfunktionell aber kein durchschlagender Erfolg gezeigt (Suva-act. 7-1 f.). Bezüglich der damaligen Abklärungen von Dr. C.\_\_\_\_ ist eine unter anderem an den damaligen Hausarzt adressierte E-Mail-Nachricht vom 31. Juli 2009 aktenkundig. In dieser hatte Dr. C.\_\_\_\_ über seine pneumologischen Abklärungen vom 13. Januar bis 11. Juni 2009 berichtet. Er hatte festgehalten, es hätten erschwerte Untersuchungsbedingungen mit spontan schwankenden Messwerten bestanden. Im Metacholinprovokationstest habe er ein mittelschwer hyperreaktives Bronchialsystem nachweisen können. Es hätten eine mittelschwere Obstruktion sowie eine weitere Verschiebung der Atemmittellage nach oben bzw. ein Air-Trapping resultiert. Nach einer Inhalation habe ein signifikanter Anstieg der Vitalkapazität stattgefunden und es sei keine Restriktion mehr nachweisbar gewesen. Die Ruhelungenfunktion habe sich dennoch nicht normalisiert. Die Thorax-Röntgenuntersuchung vom 15. Januar 2009 sei dem Alter und Habitus entsprechend gewesen. Insbesondere habe sich kein Anhalt für eine interstitielle/fibrosierende Lungenkrankheit, eine Atelektase oder ein Tumorleiden ergeben. Allergieabklärungen seien negativ verlaufen. Nach einer Spiroergometrie vom 3. März 2009 habe als wahrscheinliche Ursachen der leistungslimitierenden Dyspnoe eine Ausschöpfung der Atemreserven sowie ein Anstieg der maximalen Atemfrequenz auf 50 pro Minute bei rund 135 Watt definiert werden können. Bei einer Besprechung am 13. März 2009 habe er - Dr. C.\_\_\_\_ - mit der Beschwerdeführerin eine probatorische antiasthmatische Basistherapie mit Vannair 200/6 und Ecovent-EH 200 vereinbart. Subjektiv habe die Beschwerdeführerin zunächst wenig von dieser Massnahme profitiert. Im Juni 2009 habe sie sich dann doch besser gefühlt, so dass er das Weiterführen der regelmässigen Inhalationstherapie befürworte. Entsprechend habe sich die Ruhelungenfunktion knapp normalisiert (Suva-act. 7-8 f.). Diesem Bericht ist damit zwar nicht die konkrete Diagnose eines Asthmas zu entnehmen. Auch stellte Dr. C.\_\_\_\_ keine andere Diagnose oder nannte eine eindeutige Ursache für die Dyspnoe. Die Beschwerden glichen aber offenbar jenen bei einer asthmatischen Erkrankung, ansonsten Dr. C.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin keine antiasthmatische Basistherapie verschrieben hätte. Die abklärenden Ärzte des KSSG hatten am 5. Oktober 2009 unter anderem über eine Anstrengungsdyspnoe NYHA II berichtet. Die durchgeführten Untersuchungen würden wie bereits im November 2008 echokardiographisch einen grenzwertig erhöhten pulmonal-arteriellen Spitzendruck bei ansonsten unauffälliger Echokardiographie zeigen. Funktionell sei die Situation ebenfalls stabil mit spiroergonometrisch erhaltener kardiopulmonaler Leistungsfähigkeit im oberen Normbereich. Neben der Dyspnoe klagte die Beschwerdeführerin über unspezifische Beschwerden wie Kopfschmerzen und gelegentliches Schwindelgefühl. Sie hätten die Situation der Beschwerdeführerin im interdisziplinären Board für pulmonal-arterielle Hypertonie besprochen und entschieden, die echokardiographischen Befunde mittels Rechtsherzkatheter-Untersuchung zu überprüfen, um eine pulmonal-arterielle Hypertonie zu bestätigen oder auszuschliessen. Weitere Untersuchungen seien (falls erforderlich) geplant (Suva-act. 7-5 ff.). Am 10. Dezember 2009 hatte der zuständige Oberarzt mbF des KSSG festgehalten, die vermutete pulmonal-arterielle Hypertonie habe nicht bestätigt werden können. Hingegen handle es sich um eine hypertensive Herzkrankheit, weshalb eine antihypertensive Behandlung eingeleitet worden sei. Die weiteren geplanten Abklärungen zur Differenzierung der

Ursachen für pulmonale Hypertonie seien nun nicht mehr notwendig (Suva-act. 7-3 f.). Dr. E. \_\_\_ befand am 3. Oktober 2014, bei der Beschwerdeführerin sei 2009 eine bronchiale Hyperreagibilität dokumentiert worden. Die berufliche Exposition gegenüber Methylacrylaten habe zunächst zu einer unspezifischen chronischen Irritation der oberen Atemwege (mit Symptomatik einer wiederholten rezidivierenden Heiserkeit) und im Verlauf auch zu einer wesentlichen Verstärkung eines vorbestehenden Asthmas bronchiale geführt. Es sei mit stark überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine wesentliche irritative Verschlechterung eines vorbestehenden Asthmas bronchiale durch die berufliche Tätigkeit bei der Firma B. \_\_\_ AG mit beruflicher Exposition gegenüber Methylacrylaten aufgetreten sei (Suva-act. 33). Dr. E. \_\_\_ begründete zwar die vorher von den behandelnden Ärzten nie konkret gestellte Diagnose eines Asthmas bronchiale nicht ausführlich. Aufgrund der erwähnten Berichte von Dr. C. \_\_\_ und des KSSG bestanden aber immerhin Hinweise auf ein Asthma bronchiale. Jedenfalls hatte die Beschwerdeführerin unbestritten bereits seit 2009 pulmonale Beschwerden und es wurde eine antiasthmatische Therapie durchgeführt. Selbst wenn es sich dabei nicht um ein Asthma bronchiale gehandelt haben sollte, ist damit überwiegend wahrscheinlich von einem relevanten Vorzustand auszugehen. Im weiteren Verlauf gingen Dr. F. \_\_\_ sowie Dr. K. \_\_\_ und Dr. L. \_\_\_ davon aus, es bestehe eine berufskrankheitsbedingte Verschlimmerung eines vorbestehenden Asthmas bronchiale (vgl. Suva-act. 143, 233, 316, 319). Sie sahen offenbar keinen Grund, von der Beurteilung von Dr. E. \_\_\_ abzuweichen. Prof. H. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 21. Mai 2019 in der Liste der Diagnosen zwar unter anderem fest, das Asthma bronchiale sei erstmals 2014 durch Dr. C. \_\_\_ diagnostiziert worden (Suva-act. 311). Er äusserte sich entsprechend seinem Auftrag jedoch nicht ausführlich zur Situation vor der beruflichen Exposition und beurteilte insbesondere nicht, ob damals ein relevanter Vorzustand im Sinne eines Asthmas oder zumindest einer asthmaähnlichen Erkrankung vorlag. Dr. C. \_\_\_ führte am 20. Mai 2020 aus, am 15. Januar 2009 habe zwar ein mittelschwer hyperreaktives Bronchialsystem im Metacholinprovokationstest sowie ein signifikanter Anstieg des Erstsekundenvolumens (FEV1) nach Inhalation nachgewiesen werden können. Diese Konstellation alleine definiere allerdings kein Asthma bronchiale. Dazu benötige es einen Verlauf über längere Zeit. Auch in der Spiroergometrie vom 3. März 2009 hätten sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines anstrengungsinduzierten Asthmas bronchiale gefunden. Vom 11. Juni 2009 bis 20. Februar 2014 habe er die Beschwerdeführerin nicht mehr in seiner Sprechstunde gesehen. Aus seiner Sicht bestehe kein Zustand wie vor 2014 und er wage, zu behaupten, dass die Beschwerdeführerin nicht an einem banalen Asthma bronchiale leide, "falls überhaupt" (act. G1.1.4). Wie jedoch auch Dr. M. \_\_\_ am 25. November 2020 überzeugend beurteilte, bestanden bei der multimorbiden Beschwerdeführerin seit Anfang 2009 zumindest Hinweise auf ein Asthma bronchiale. Auch habe eine typische Behandlung mit Inhalativa mit prolongiertem Eintreten des Behandlungserfolges seit 13. März 2009 stattgefunden (Suva-act. 369). Insgesamt erscheint aufgrund der vorliegenden Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass bei der Beschwerdeführerin ein relevanter Vorzustand im Sinne eines Asthmas bronchiale oder zumindest einer pulmonalen Erkrankung bestanden hatte und es in der Folge zu einer berufsbedingten Verschlimmerung kam. Weiter ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin ging ursprünglich per 16. August 2019 von einem Status quo sine oder ante aus und stellte ihre Leistungen ein (vgl. Suva-act. 336, 325). In ihrer Beschwerdeantwort anerkannte sie gestützt auf eine Beurteilung von Dr. M. \_\_\_ jedoch ihre Leistungspflicht bis zum 27. August 2020 (act. G11). Die

Beschwerdeführerin stellt sich hingegen auf den Standpunkt, ihre noch vorhandenen Beschwerden seien durch die berufliche Exposition ausgelöst worden und weiterhin auf die Berufskrankheit zurückzuführen (act. G1, G15). Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ beurteilten am 8. Juli 2019, bei den Parametern der Lungenfunktionsprüfung zeigten sich intermittierende Veränderungen. Sie stützten sich dabei auf Untersuchungsergebnisse der Jahre 2014 bis 2016 von Dr. C.\_\_\_\_ sowie von Prof. H.\_\_\_\_ vom Mai 2019. Ihre Beurteilung ist insofern nachvollziehbar, als auch Dr. C.\_\_\_\_ wiederholt über schwierige Untersuchungsbedingungen mit spontan schwankenden Messwerten berichtet hatte (vgl. Suva-act. 7-8, 166, 355-1). Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ führten weiter aus, die Beschwerdeführerin habe bereits vor Anerkennung der Berufskrankheit ein vorbestehendes Asthma gehabt und nach Erlass der Nichteignungsverfügung und der Expositions karenz gegenüber Acrylaten eine deutliche Besserung der Lungenfunktionsprüfung gezeigt. Dies lasse den Schluss zu, dass die derzeitigen Schwankungen nicht mehr auf eine vorübergehende berufliche Verschlechterung des Asthmas zurückzuführen seien, sondern eher im Gesamtkontext bei metabolischem Syndrom zu beurteilen seien. Sie würden den Abschluss des Falles bei erreichtem "Status sine ante" empfehlen (Suva-act. 316). Diese Einschätzung ist insofern nicht überzeugend, als die beiden Ärzte nicht erklärten, weshalb die schwankenden Messwerte gegen berufskrankheitsbedingte Beschwerden sprechen sollten. Zudem waren die bei der Lungenfunktionsprüfung gemessenen Werte bereits seit mindestens 2016 bzw. gar seit 2009 schwankend, so dass die Festlegung des Status quo sine oder ante per 8. Juli 2019 (bzw. verfügungsweise per 16. August 2019; vgl. Suva-act. 325) nicht überzeugt. Dieser Meinung war - wie nachfolgend ausgeführt - auch Dr. M.\_\_\_\_ (Suva-act. 369, act. G11.1). Dr. K.\_\_\_\_ wiederholte am 7. August 2019, es sei nicht mehr von einer Berufskrankheit als solcher zu sprechen, da der Status quo sine ante erreicht sei. Wie in der jüngeren Vergangenheit werde lediglich das nicht berufsbedingte, vor der Exposition vorliegende Asthma behandelt (Suva-act. 319). Diese Beurteilung enthält jedoch keine neue Begründung, welche den Einstellungszeitpunkt per 16. August 2019 nachvollziehbar machen würde. Mit der Beschwerdeschrift reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 ein. Dieser führte aus, der wichtigste Messparameter zur Beurteilung des Schweregrads einer asthmatischen Komponente sei das FEV1, also die Menge an Luft (in Litern), die forciert in einer Sekunde ausgeatmet werden könne. Der höchste Wert des FEV1 habe 2009 nach Inhalation 2.25 Liter betragen. Bei der nächsten Messung am 18. Oktober 2014 habe das FEV1 nach Inhalation noch einmalig 2.5 Liter betragen. Ab dann sei es nur noch abwärtsgegangen bis zu einem FEV1 von knapp 1.2 Litern, auch mit der neuen Lungenfunktionsprüfung ab 2019. Die am 28. März 2019 imponierenden Höchstwerte vor Inhalation entsprächen einem einmaligen Ausreisser nach oben, denn in der gleichen Sitzung sei es der Beschwerdeführerin nicht mehr gelungen, diese Werte zu erreichen (faktisch seien diese Lungenfunktionsparameter an diesem Tag nicht mehr reproduzierbar gewesen). Dies sei ein klarer Hinweis auf die anhaltende Instabilität im Tracheobronchialsystem. Es scheine sich um einen Kollaps der grossen Luftwege bei forcierter Ausatmung zu handeln. Dies sei sicher kein klassischer Verlauf eines banalen Asthmas bronchiale. Aktuell hätten sie Prozesse im Halsbereich gesucht, die zum Beispiel die Luftröhre / Trachea komprimieren könnten, diesbezüglich könne jedoch Entwarnung gegeben werden (Schilddrüsen-Sonografie, Computertomografie von Hals und Thorax). Einzig eine Bronchoskopie könnte noch weitere makro- und mikroskopische Hinweise auf eine mögliche chronische Entzündung und/oder eine mechanische Instabilität von Trachea und Bronchien geben. Für diesen invasiven diagnostischen Eingriff müsste

jedoch eine medizinische Indikation vorliegen. Allergien bzw. Sensibilisierungen gebe die Beschwerdeführerin nur gegen Insektengifte und Kiwi an. Mehrfach durchgeführte Allergieteste auf häufige Allergene seien durchwegs negativ ausgefallen. Andere Messparameter, die auf eine langjährige allergische Disposition hinwiesen, seien ebenfalls nicht pathologisch erhöht. Es bestünden derzeit auch keine Hinweise auf das Vorliegen einer allergischen bronchopulmonalen Aspergillose. Zusammenfassend bestehe aus seiner Sicht kein Zustand wie vor 2014 und er wage, zu behaupten, dass die Beschwerdeführerin nicht an einem banalen Asthma bronchiale leide, "falls überhaupt" (act. G1.1.4). Die schwankenden Messwerte ergeben sich aus den beigelegten Untersuchungsunterlagen (act. G1.1.4). Daraus lässt sich entsprechend der Ansicht von Dr. C.\_\_\_\_ jedoch nicht folgern, es bestehe im Zeitpunkt seines Berichts vom 20. Mai 2020 ein Zustand wie vor der beruflichen Exposition zu Acrylaten bzw. ein Status quo sine oder ante. Auch bei der Beschwerdegegnerin löste der Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ offenbar Zweifel an der Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ aus. Die Beschwerdegegnerin bat darauf Dr. C.\_\_\_\_ um eine "aktuelle Standortbestimmung" (Suva-act. 349) und legte den Fall sodann Dr. M.\_\_\_\_ zur Beurteilung vor (vgl. Suva-act. 356). Als ordentlichem Rechtsmittel kommt der Beschwerde nach Art. 56 ATSG Devolutiveffekt zu. Der Devolutiveffekt besagt grundsätzlich, dass mit der Einreichung der Beschwerde die Entscheidzuständigkeit von der Vorinstanz auf die Beschwerdeinstanz übergeht (Ulrich Häfelin/Georg Müller/Felix Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 7. Aufl. 2016, N 1194). Eingeschränkt wird der Devolutiveffekt durch Art. 53 Abs. 3 ATSG, welcher bestimmt, der Versicherungsträger könne eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die bzw. gegen den Beschwerde erhoben wurde, solange wiedererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Das Bundesgericht bejaht - mit Hinweis auf Art. 53 Abs. 3 ATSG - die Befugnis des Versicherungsträgers, weitere Beurteilungen einzuholen, nachdem die Partei zusammen mit ihrer Beschwerde neue Beweismittel eingereicht hatte (Urteil vom 14. Juni 2017, 8C\_67/2017, E. 5.6). Vorliegend holte die Beschwerdegegnerin während des laufenden Beschwerdeverfahrens, also pendente lite, einen Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ sowie Beurteilungen von Dr. M.\_\_\_\_ ein (Suva-act. 349, 356, 369, act. G11.1). Eine versicherungsinterne ärztliche Überprüfung durch die Beschwerdegegnerin war jedoch angesichts des Inhalts der mit der Beschwerde eingereichten Stellungnahme von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 (act. G1.1.4) nach wie vor sachgerecht. Die interne versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung durch Dr. M.\_\_\_\_ wurde sodann ohne Mitwirkung der Beschwerdeführerin erstellt und hat keine namhafte zeitliche Verzögerung des Beschwerdeverfahrens verursacht (vgl. dazu Art. 61 lit. a ATSG; BGE 136 V 6 E. 2.7 mit Hinweis auf BGE 127 V 231 ff. E. 2b/aa und bb). Sie wurde der Beschwerdeführerin zusammen mit der Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin zugestellt und sie konnte sich im Rahmen der Replik dazu äussern (vgl. act. G12, G15), weshalb auch nicht von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden kann. Aus diesen Gründen ist von keiner Verletzung des Devolutiveffekts auszugehen. Vielmehr rechtfertigt es sich, die Beurteilungen von Dr. M.\_\_\_\_ (Suva-act. 369, act. G11.1) und auch den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2020 (Suva-act. 355) aus verfahrensökonomischen Gründen im vorliegenden Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen. Dr. M.\_\_\_\_ beurteilte am 25. November 2020 nach Einsicht in die medizinischen Akten und mehreren internen Besprechungen mit einer Pneumologin, 2015, also nach mehr als einem Jahr fehlender beruflicher Exposition zu Acrylaten und dann erneut ab 2017 sei es zu einer Verschlechterung der Lungenfunktionswerte gekommen. Insbesondere die

Verschlechterung ab Februar 2017, mithin fast drei Jahre nach dem Ende der beruflichen Exposition, bleibe ätiologisch unklar. Es sei eine Tatsache, dass sich im Jahr 2014 tiefere Werte für FEV1 im Verlauf fänden. Der Tiffeneau-Wert unduliere immer in ähnlichem Rahmen, sodass eine signifikante Zunahme der Obstruktion nicht postuliert sei. Die totale Lungkapazität (TLC) und die forcierte Vitalkapazität (FVC) seien abnehmend, wobei dies in der Gesamtschau einer fraglich erhöhten Atemmittellage als auch der nochmaligen Gewichtszunahme im Sinne einer Pseudorestriktion geschuldet sein könne. In diesem Fall wären die verschlechterten FEV1-Werte als falsch tief gemessen zu interpretieren. Es finde sich ein pathologisches Atemmuster, die Beschwerdeführerin sei zusätzlich pulmonal überbläht und reagiere immer noch auf Bronchospasmodolyse mit einem Beta-Sympathomimetikum, sodass die Diagnose eines Asthmas bronchiale nicht in Frage zu stellen sei. Eine Verursachung der Restriktion durch eine exogen allergische Alveolitis sei unwahrscheinlich, da sich hohe Diffusionskapazitäten messen liessen. Hinweise auf eine eosinophile Schleimhautalteration hätten sich zu keinem Zeitpunkt der verfügbaren Untersuchungsbefunde ergeben. Entgegen der Aussage von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 (act. G1.1.4) hätten sich radiologisch indirekte Hinweise auf das Vorliegen einer Instabilität der grossen Atemwege oder Knorpelspannenhyperplasie gefunden (CT vom 11. Juni 2014 und 7. Mai 2020; vgl. Suva-act. 355-8 f., 367). Das postulierte morphologische Korrelat einer solchen Pathologie habe Dr. C.\_\_\_\_ in der Bronchoskopie vom 5. August 2014 selbst ausgeschlossen (vgl. Suva-act. 41-1 f.). Aus dem dabei gewonnenen Material sei der Nachweis säurefester Stäbchen (Mykobakterium lentiflavum) und Haemophilus influenzae gelungen (Suva-act. 41-10 ff.). Hinweise auf eine Behandlung diesbezüglich seien nicht aktenkundig. Weiter sei die Aussage von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 (act. G1.1.4), wonach sich laborchemisch und in der Prick-Testung keine Nachweise von Sensibilisierung auf Umweltallergene gefunden hätten, unrichtig. Der Prick-Test vom 16. Februar 2009 (richtig wohl: 19. Januar 2009; vgl. Suva-act. 7-32 f.) sei zwar negativ gewesen, doch habe der Test vom 25. Februar 2014 eine schwache, aber nachweisbare Typ-I-Sensibilisierung auf Gräser und Roggen gezeigt (vgl. Suva-act. 7-34). Laborchemisch seien Immunpräzipitine, insbesondere für diverse Schimmelpilze nachgewiesen worden. Die IgG für Chlamydia pneumoniae seien ebenfalls auffällig gewesen (vgl. Suva-act. 7-28). Eine Blut-Eosinophilie habe sich nur einmalig punktuell am 6. Juni 2014 gefunden, so dass eher nicht von einem intrinsischen late-onset-Asthma ausgegangen werden könne. Differenzialdiagnostisch könne bei einem Bodymassindex (BMI) von über 40 kg pro m<sup>2</sup> ein female-obese-Asthma in Frage kommen. Er nehme zur Kenntnis, dass gemäss Dr. C.\_\_\_\_ kein klassischer Verlauf eines banalen Asthmas bronchiale vorliege. Die postulierten Verursachungsmechanismen stünden jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit der anerkannten Berufskrankheit (Suva-act. 369). Dr. M.\_\_\_\_ stellte damit die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 in überzeugender Weise in Frage. Sodann befand Dr. M.\_\_\_\_, dass der Verlauf weit nach Expositionsende ätiologisch unklar geblieben sei. Dieser stehe zwar möglicherweise, aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der anerkannten Verschlimmerung des vorbestehenden Asthmas bronchiale. Eine ebenfalls ätiologisch unklare Verbesserung der Lungenfunktionswerte habe ab 2020 gesehen werden können. Es würden vergleichbare Werte im Vergleich zu denen im Jahr 2009 erzielt (vgl. Suva-act. 355-14 ff., act. G1.1.4), weshalb der Vorzustand als erreicht anzusehen sei. Die Aussage von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Mai 2020 (act. G1.1.4), wonach zumindest lungenfunktionell kein Zustand wie vor 2014 bestehe, sei aufgrund des Verlaufs der Lungenfunktionswerte widerlegt. Eine Veränderung

diverser biologischer Voraussetzungen durch den natürlichen Alterungsprozess im Zeitraum von 2009 bis 2020, die kontinuierliche Gewichtszunahme und die Verschlechterung des metabolischen Syndroms seien unbestritten. Aufgrund der neu vorliegenden Untersuchungsergebnisse bis einschliesslich 27. August 2020 (Dr. C.\_\_\_\_; vgl. Suva-act. 355) könne, rückblickend auf das Jahr 2009 und den Vorzustand eines Asthmas bronchiale festgestellt werden, dass sich die Lungenfunktionswerte auf ein vergleichbares Niveau erholt hätten. Die Ursache der mindestens zweizeitigen Verschlechterung nach Aufgabe der beruflichen Tätigkeit und Beendigung der Exposition zum angeschuldigten Arbeitsstoff bleibe unklar und sei vermutlich multifaktoriell verursacht, könne aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit der ehemaligen beruflichen Exposition gebracht werden (Suva-act. 369). Am 27. November 2020 präzisierte Dr. M.\_\_\_\_, in Bezug auf den Vorzustand mit Asthma bronchiale sei der Status quo ante am 27. August 2020 erreicht gewesen (act. G11.1). Dieses Datum bezieht sich offenbar auf die damals vorgenommene Untersuchung der Beschwerdeführerin durch Dr. C.\_\_\_\_. In seinem diesbezüglichen Bericht vom 28. Oktober 2020 machte dieser keine Ausführungen, welche gegen das Erreichen eines Status quo sine oder ante sprechen würden. Im Gegenteil hielt er unter anderem fest, die Ruhelungenfunktion vom 27. August 2020 sei grenzwertig normal gewesen, sicher habe weder eine Obstruktion noch eine Restriktion vorgelegen. Die CO-Diffusionskapazität sei leicht vermindert, der Diffusionskoeffizient liege im unteren Normbereich. Lungenfunktionell sei insgesamt ein signifikanter Anstieg des FEV1 im Verlauf zu verzeichnen, eigentlich eine Normalisierung der Ruhelungenfunktion. Die zum Teil tiefnormalen Werte seien sicher der morbidem Adipositas geschuldet, ebenso der leichtgradig erniedrigte Sauerstoffpartialdruck (paO2), im Sinne einer Störung des Ventilations-Perfusions-Verhältnisses (VA/Q; Suva-act. 355-1 f.). Insgesamt ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Status quo sine oder ante am 27. August 2020 erreicht war. Die Beschwerdeführerin hatte ab diesem Zeitpunkt keinen Anspruch mehr auf die Übernahme der Kosten der Heilbehandlung durch die Beschwerdegegnerin. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Allfällige Ansprüche auf eine Rente und eine Integritätsentschädigung sind wie erwähnt vorliegend nicht Streitgegenstand (vgl. E. 1), fallen aber vor diesem Hintergrund ohnehin ausser Betracht. Im Sinne der Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. April 2020 aufzuheben und die Beschwerde insofern teilweise gutzuheissen, als die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, der Beschwerdeführerin die Kosten der Heilbehandlung für die Folgen der Berufskrankheit bis zum 27. August 2020 zu bezahlen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 82a ATSG noch anwendbaren Fassung). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Bei vollem Obsiegen wäre die Parteientschädigung vorliegend auf pauschal Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Die Beschwerdeführerin hat jedoch lediglich teilweise obsiegt, weshalb es sich rechtfertigt, die Beschwerdegegnerin zur Bezahlung einer

Parteientschädigung von pauschal Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu verpflichten. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 20. April 2020 im Sinne der Erwägungen insofern teilweise gutzuheissen, als die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, der Beschwerdeführerin bis zum 27. August 2020 die Kosten der Heilbehandlung für die Folgen der Berufskrankheit zu bezahlen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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