

# SO\_GERICHTE VSBES.2015.307 vom 2. November 2015

SO Obergericht, 2015-11-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.307](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.307)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.307 du 2 novembre 2015

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.307 del 2 novembre 2015

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1949 geborene B.\_\_\_\_ (nachfolgend: der Versicherte) war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Mit Arztszeugnis UVG vom 1. April 2010 (Suva-Akten [Suva-Nr.] 2) teilte der Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, der Beschwerdegegnerin mit, im Zusammenhang mit einem neu diagnostizierten Prostatakarzinom (Krankheit) sei ein CT Thorax durchgeführt worden. In diesem CT sei ein pleuraler Prozess rechts mit Pleuraerguss nachgewiesen worden. Als Befund nannte Dr. med. C.\_\_\_\_ eine rosierende Pleuritis, wahrscheinlich im Rahmen einer Asbest-assoziierten Pleuraerkrankung. In diesem Zusammenhang wurden mehrere Operationen durchgeführt. Die Beschwerdegegnerin zog medizinische Unterlagen bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Suva-Abteilung Arbeitsmedizin, gelangte in seiner Ärztlichen Beurteilung vom 23. November 2010 (Suva-Nr. 25) zum Ergebnis, die fibrosierende Pleuritis sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine vor Jahrzehnten erfolgte Exposition zu Asbest zurückzuführen. Dementsprechend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für dieses Beschwerdebild unter dem Titel einer Berufskrankheit (vgl. Suva-Nr. 29).

1.2 Am 9. Dezember 2011 hielt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, Suva-Abteilung Arbeitsmedizin, fest, der Versicherte gebe an, er leide seit den thoraxchirurgischen Eingriffen im Jahr 2010 an rechtsseitigen Thoraxwandschmerzen. Diese Beschwerden seien wahrscheinlich auf die wiederholten Thorakotomien zurückzuführen, ausgehend von der Berufskrankheit (asbestbedingte Pleuritis mit Pleuraerguss) mit anschliessender Komplikation (Pleuraempyem nach Thorakoskopie und Talkpleurodese). Da das Ausmass der schmerzbedingten Leistungseinschränkung schwierig zu beurteilen sei und auch die berufskrankheitsfremden Faktoren (COPD, Prostatakarzinom) eine Rolle spielten, empfehle er, ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen (Suva-Nr. 130).

1.3 Die Beschwerdegegnerin gab daraufhin bei der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ ein Gutachten in Auftrag. Dieses wurde am 28. November 2012 erstattet (Suva-Nr. 204). Die Gutachter gelangten zum Ergebnis, der Beschwerdeführer leide an starken Schmerzen im Bereich des Thorax in Form eines Postthorakotomiesyndroms. Diese Schmerzen seien aus Sicht des chirurgischen Fachgutachters plausibel und organisch nachvollziehbar. Gemäss konsensualer Einschätzung führe dieses ausgeprägte Postthorakotomie-Syndrom organischer Genese nach multiplen Eingriffen sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Es handle sich um eine Folge der anerkannten Berufskrankheit, da die Symptomatik auf die Operationen zurückgehe, die zu deren Behandlung durchgeführt wurden. Es bestehe eine geringe

Möglichkeit, durch eine angepasste Schmerztherapie eine Beschwerdelinderung zu erreichen. Die Beschwerdegegnerin veranlasste in der Folge noch eine Untersuchung in der Schmerzklinik G.\_\_\_\_. Diese führte zum Ergebnis, mit einer multimodularen Schmerzbehandlung lasse sich gegebenenfalls eine Reduktion der Schmerzen und eine Verbesserung der Lebensqualität erreichen, nicht jedoch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit (Bericht vom 12. April 2013, Suva-Nr. 243). Dr. med. E.\_\_\_\_ gelangte daraufhin am 16. Mai 2013 zum Ergebnis, es sei ein medizinischer Endzustand erreicht, der therapeutisch nicht mehr berufsrelevant verbessert werden könne (Suva-Nr. 253).

1.4 Mit Verfügung vom 11. September 2013 sprach die Beschwerdegegnerin dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Oktober 2013 eine Invalidenrente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % sowie eine Integritätsentschädigung von 10 % zu (Suva-Nr. 276).

## **E. 2**

2.1 Am 5. Juni 2014 verstarb B.\_\_\_\_ (Suva-Nr. 336). Die Beschwerdegegnerin prüfte daraufhin die Ausrichtung weiterer Versicherungsleistungen. Dr. med. E.\_\_\_\_ von der Suva-Abteilung Versicherungsmedizin hielt in einer Ärztlichen Beurteilung vom 7. Juli 2014 (Suva-Nr. 352) fest, der Versicherte sei an einem Lungenkarzinom verstorben. Dieses stehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang zur beruflichen Tätigkeit. Die Beschwerdegegnerin verneinte daraufhin mit Verfügung vom 16. Juli 2014 (Suva-Nr. 360) einen Anspruch auf Hinterlassenenleistungen.

2.2 Die Witwe des Versicherten B.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), liess am 8. September 2014 Einsprache gegen die Verfügung vom 16. Juli 2014 erheben (Suva-Nr. 371).

2.3 Mit Einspracheentscheid vom 2. November 2015 (Suva-Nr. 402; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache ab.

## **E. 2.4**

hiervor] sowohl «bilateral» als auch «bilateral ausgedehnt» gemeint sei. Ob die Kriterien betreffend die Anzahl der Amphibolfasern und Asbestkörperchen (E. II. 2.4 hiervor) erfüllt seien, könne nicht gesagt werden, da gemäss den vorhandenen Unterlagen keine solchen quantitativen Analysen erfolgt seien. Eine Autopsie wäre, so die Gutachter weiter, geeignet gewesen, die Todesursache, über welche grundsätzlich Einigkeit herrsche, noch zuverlässiger zu bestimmen. Sie hätte auch die Frage nach der Anzahl Asbestkörperchen im Lungengewebe beantworten können.

## **E. 3**

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Hinterlassenenleistungen (und weitere Todesfalleistungen wie Bestattungskosten) verneint, weil nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass der Tod des Versicherten B.\_\_\_\_ eine Folge der anerkannten Berufskrankheit bilde. Sie weist im Einspracheentscheid darauf hin, dass der Versicherte auch unter mehreren nicht berufsbedingten Krankheiten gelitten habe, namentlich an einem Prostatakarzinom und an durch den jahrelangen, massiven Nikotinabusus bedingten Lungenbeschwerden. Selbst wenn man das ab Mai 2014 ebenfalls diagnostizierte Lungenkarzinom isoliert betrachte, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass dieses ätiologisch auf die anerkannte Berufskrankheit, die asbestbedingten Pleuraveränderungen, zurückzuführen sei

und nicht etwa auf den Nikotinmissbrauch, denn die «Helsinki-Kriterien» seien nicht in hinreichendem Mass erfüllt. Diagnostiziert worden seien eine Asbestose und auch bilateral wahrscheinlich asbestinduzierte Pleuraverdickungen; hingegen seien weder die erforderliche Anzahl Faserjahre noch die erforderliche Anzahl Asbestkörperchen in der bronchoalveolären Lavage festgestellt worden. Da somit die Hälfte der Helsinki-Kriterien nicht erfüllt sei, könne das Lungenkarzinom nicht rechtsgenügend auf die Berufskrankheit respektive die berufsbedingte Asbestexposition zurückgeführt werden.

In der Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2016 wird erklärt, die Aussage im Einspracheentscheid, eine Asbestose liege vor, sei irrtümlich erfolgt. Vielmehr habe die Beschwerdegegnerin lediglich Asbestpleuritiden, also eine Entzündung der Pleura (Brustfell), anerkannt, während das Vorliegen einer Pleurafibrose oder einer Asbestose verneint worden sei. Die strittigen Ansprüche seien aus diesem Grund zu verneinen, während am Standpunkt, es müssten sämtliche Helsinki-Kriterien erfüllt sein, nicht festgehalten werde.

Die medizinische Grundlage für den in der Beschwerdeantwort vertretenen Standpunkt der Beschwerdegegnerin bildet die Ärztliche Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_ von der Suva-Abteilung Arbeitsmedizin vom 7. Juli 2014 (Suva-Nr. 352). Dr. med. E.\_\_\_\_ führt aus, die Ätiologie des Lungenkarzinoms habe nicht geklärt werden können. Was die «Helsinki-Kriterien» betreffe, habe die aufgrund der Arbeitsanamnese des Versicherten ermittelte berufliche Asbestexposition 14,4 Faserjahre ergeben, also weniger als 25. In den CT-Bildern vom 24. Dezember 2013, 16. April 2014 und 19. Mai 2014, die Dr. med. E.\_\_\_\_ zusammen mit Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Pneumologie FMH, Suva-Abteilung Arbeitsmedizin, angesehen habe, zeigten sich keine Hinweise für eine Asbestose oder beidseitige Pleurafibrosen. Anhaltspunkte für eine Silikose hätten sich auch nicht gezeigt.

3.2 Die Beschwerdeführerin lässt in der Beschwerdeschrift einwenden, die unklare Ätiologie des Lungenkarzinoms könne sich nicht zulasten der Beschwerdeführerin auswirken, denn die Beschwerdegegnerin hätte den Sachverhalt abklären oder die Beschwerdeführerin auf die Möglichkeit einer Obduktion hinweisen müssen. Das Vorliegen einer Asbestose sei aktenwidrig verneint worden, habe doch die Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ in ihrem Gutachten vom 28. November 2012 (Suva-Nr. 204) diese Diagnose gestellt. Ebenso habe eine beidseitige Pleuraverdickung vorgelegen. Beidseitige Pleuraverdickungen seien auch in den radiologischen Untersuchungen des Spitals [...] (Suva-Nr. 302) dokumentiert. Was die «Helsinki-Kriterien» anbelange, seien eine Asbestose und beidseitige Pleurafibrosen/-verdickungen dokumentiert. Entgegen der im Einspracheentscheid geäusserten Auffassung müssten nicht alle «Helsinki-Kriterien» erfüllt sein.

4. Das Gericht hat zur Klärung der medizinischen Aspekte der Frage, ob der Tod des Versicherten auf eine Berufskrankheit zurückgeht, das polydisziplinäre (internistisch, radiologisch, pneumologisch, onkologisch) Aktengutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 24. August 2017 eingeholt. Daraus geht insbesondere Folgendes hervor:

4.1 Der Radiologe Dr. med. L.\_\_\_\_ führt zur CT des Thorax vom 7. Oktober 2011 aus, es zeigten sich eine teils kalzifizierende Pleurafibrose, deutlich rechtsbetont, und ein Zustand nach Thorakotomie rechts, ausserdem rechtsbetonte pleuranahe retikulonoduläre Veränderungen und teils verkalkte mediastinale Lymphknoten als Hinweis für eine staubexpositionsbedingte Lungenerkrankung. Die eingelagerten runden Pleuraverkalkungen

rechts seien relativ unspezifisch. Links ganz basal im Recessus lateralis bestehe eine eher eckig konfigurierte kalzifizierte Pleuraplaque, aufgrund der Morphologie eher spezifisch für einen Zustand nach Asbestexposition. Die eingelagerten Pleuraverkalkungen rechts seien teils spezifisch für einen Zustand nach Asbestexposition, teils auch postoperativ möglich. Weiter sei eine Mucusobstruktion von mehreren dorsalen Oberlappenbronchien mit winziger endobronchialer Kalzifikation unklarer Ätiologie festzustellen. Es zeige sich kein Nachweis von osteoblastischen Metastasen bei bekanntem Prostatakarzinom. Schliesslich bestehe eine kleine Hiatushernie (A.S. 112).

Die Knochen-Szintigraphie vom 4. Dezember 2013 ergebe multiple Knochenmetastasen vorwiegend im Bereich der Rippen und der Wirbelsäule sowie am Os Ileum links (A.S. 112).

Zur CT des Thorax vom 24. Dezember 2013 erklärt Dr. med. L. \_\_\_\_, eine Verlaufsbeurteilung sei wegen der geringen Auflösung nur mit Vorbehalt möglich. Neu sei eine hochgradig malignom-suspekte Raumforderung im Oberlappen rechts dorsal mit beginnender Invasion des Hilus rechts; eine Rundatelektase als Differentialdiagnose sei extrem unwahrscheinlich. Dort sei im Bild vom 7. Oktober 2011 eine Mukusobliteration der dorsalen Oberlappenbronchien erkennbar. Weiterhin zeige sich die etwa konstante teils kalzifizierende Pleurafibrose beidseits, deutlich rechtsbetont, neben interstitiellen bzw. retikulonodulären fibrotischen Veränderungen. Neu bestünden multiple osteoblastische Knochenmetastasen. Ansonsten zeigten sich keine neuen Aspekte bei teilverkalkten mediastinalen paratrachealen Lymphknoten. Koronarsklerose (A.S. 112).

In der Beurteilung der Ergebnisse einer weiteren CT des Thorax vom 16. April 2014 erklärt Dr. med. L. \_\_\_\_, es zeigten sich ein grössenprogredienter malignomtypischer Tumor im dorsalen Oberlappen rechts mit Invasion des Hilus, Obliteration der Oberlappenarterie und Bronchien und progrediente Lymphknotenmetastasen. Zeichen einer Lymphangiosis carcinomatosa rechts. Keine sichere Lungenembolie im Unterlappen rechts. Progrediente Knochenmetastasen. Eine pathologische Fraktur im Processus spinosus von BWK 2. Es bestehe ein Verdacht auf Lebermetastase (A.S. 113).

Als topographische (lokale) radiologische Diagnosen nennt der radiologische Gutachter im Bereich Thorax/Lungen eine rechtsbetonte kalzifizierende operierte Pleurafibrose, gut vereinbar mit einem Zustand nach Asbestexposition; ein Bronchialkarzinom der rechten Lunge mit Lymphangiosis carcinomatosa; eine Koronarsklerose. Im Bereich Wirbelsäule/Rippen schildert er langsam progrediente osteoblastische Metastasen eines Prostatakarzinoms mit pathologischer Fraktur eines Brustwirbels sowie eine operativ bedingte Fraktur einer rechtsseitigen Rippe. Im Bereich Bauch/Leber/Niere/Becken/Prostata nennt Dr. med. L. \_\_\_\_ progrediente Leberläsionen im Sinne von Metastasen, eher als von Abszessen; eine rechtsseitige Nierenarteriosklerose mit Stenose; rechtsseitige Niereninfarkte (A.S. 113).

4.2 Der pneumologische Gutachter Dr. med. J. \_\_\_\_ führt in seiner Beurteilung aus, der Versicherte sei von 1969 bis 1982 Asbestexposition ausgesetzt gewesen. Die spätere Quantifizierung durch die Beschwerdegegnerin habe 14,4 Faserjahre ergeben. An dieser grössenordnungsmässigen Angabe der Faserjahre gebe es ■ auch unter Berücksichtigung der durch die Beschwerdeführerin erhobenen Einwände ■ keinen Zweifel. Der Versicherte habe jahrzehntelang intensiv geraucht (70 bis 100 packyears). Dies reiche aus, um die Entwicklung einer chronischen obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) zu fördern und

auch eine Carcinomentstehung deutlich zu unterstützen. Etwa seit 1993 hätten sich lungenfunktionell erste Anzeichen der COPD feststellen lassen. Zu dieser Zeit sei eine Auswirkung der Asbestfasern auf die Lungenfunktion höchst unwahrscheinlich. Anlässlich der Diagnose eines Prostata-Carcinoms 2009 seien im Abdomen-CT ein Pleuraerguss rechts und pleurale Verkalkungen sowie Verdickungen aufgefallen. Es sei der Verdacht auf eine Pleura-Asbestose geäußert worden. Es seien Untersuchungen gefolgt, die schliesslich zu einem Nachweis von Ferruginous bodies in den bronchoskopisch gewonnenen Proben geführt hätten. Eine Ursache des Pleuraergusses sei nicht gefunden worden. Daher sei auch hier eine Asbestose als Ursache angenommen worden. Die drei Befunde (Ferruginous bodies; unklarer Pleuraerguss; verkalkte Pleuraplaques) hätten schliesslich zur Anerkennung der Pleura-Asbestose als Berufserkrankung durch die Suva geführt. Leider hätten die Diagnostik und Talkumpleurodese eine schwere pleurale Infektion rechts verursacht, die mehrere weitere Interventionen mit Decortikation nach sich gezogen hätten. Schliesslich sei die Erkrankung der rechten Lunge mit breiten pleuralen Narben als Defektzustand ausgeheilt. Die verletzte Rippe habe zu starken Schmerzen geführt. Die Schmerzen seien chronisch geworden. Diese Schmerzen hätten die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit des Versicherten in den Jahren 2011 bis 2014 deutlich herabgesetzt (A.S. 118).

Bereits 2011 habe sich im Thorax-CT im rechten Oberlappen ein Befund gezeigt, der verdächtig gewesen sei auf die Entwicklung eines Bronchialkarzinoms. Dies sei aber während längerer Zeit nicht erkannt worden. Der Tumor habe sich ausgebreitet und den rechten Hilus und Lymphknoten infiltriert. Erst gut sechs Wochen vor dem Tod des Versicherten, im April 2014, sei ein Tumorverdacht in der rechten Lunge erkannt und als sehr wahrscheinlich beschrieben worden. Zu diesem Zeitpunkt sei aber bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht gewesen. Es hätten sich neue Herde in der Leber gezeigt, sehr wahrscheinlich eine Metastasierung in die Leber. Anfang Mai 2014 sei lungenfunktionell eine rapide Zunahme der bronchialen Obstruktion gemessen worden. Die entzündlichen Prozesse um den Tumor seien eine leichte Erklärung für diesen Umstand. Hohe Infektzeichen hätten in den letzten Lebenswochen praktisch therapieresistent bestanden. Allerdings kämen hier, so tatsächlich vorhanden, auch Leberabszesse infrage. Der Tumor selbst komme auch infrage (A.S. 118 f.).

Dr. med. J. \_\_\_ setzt sich weiter mit der Frage auseinander, auf welche Ursache die pulmonale Hypertonie in den letzten Wochen vor dem Tod zurückzuführen sei. Er gelangt zum Ergebnis, die Pleuraasbestose sei unmittelbar für die Todesursache irrelevant. Sie komme aber als Ursache oder Mitursache der Entwicklung des Bronchialkarzinoms infrage (A.S. 119 f.).

In der Beantwortung der Fragen führt Dr. med. J. \_\_\_ aus, als Ursache für den Tod des Versicherten komme in erster Linie und mit der höchsten Wirksamkeit das Bronchial-Karzinom infrage (Wahrscheinlichkeit 60 %). Ein kleinzelliges Bronchial-Karzinom würde typischerweise einen solchen Verlauf bedingen. Dazu bedürfe es auch keiner weiteren Erkrankung. Nachrangig komme eine Koagulopathie als Todesursache infrage (Wahrscheinlichkeit 20 %). Nachrangig könne die pulmonale Hypertonie Einfluss gehabt haben (Wahrscheinlichkeit 10 %). Weniger wahrscheinlich kämen entzündlich-infektiöse Prozesse als Todesursache in Betracht (pulmonale Infiltrate, Leberabszesse; Wahrscheinlichkeit 10 %). Die drei letzten Pathomechanismen seien aber wesentlich durch den Tumor bedingt und schieden somit als eigenständige Todesursachen

eigentlich aus. Ohne die Krebserkrankung wäre der Tod mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht am 5. Juni 2014 eingetreten, sehr wahrscheinlich nicht einmal in absehbarer Zeit danach (A.S. 120).

4.3 Der onkologische Teilgutachter Dr. med. K. \_\_\_ legt dar, die 2009 festgestellte Prostatakarzinom-Erkrankung, wie sie beim Versicherten vorgelegen habe, sei eine Hochrisiko-Situation bezüglich Rezidivierung und Metastasierung. Hierbei komme es statistisch in 10 - 20 % der Fälle trotz initialer, kurativer Therapie zu Knochenmetastasen. Dies sei beim Versicherten knapp vier Jahr nach der Erstdiagnose auch eingetreten. Er habe sich seit Dezember 2013 in einer palliativen (nicht mehr heilbaren) onkologischen Erkrankungssituation befunden. Es könne jedoch davon ausgegangen werden, dass die Prostatakarzinom-Erkrankung bis zuletzt unter der antihormonellen Therapie mit Zoladex beherrscht gewesen sei. In der CT von Dezember 2013 werde durch den radiologischen Teilgutachter Dr. med. L. \_\_\_ erstmalig ein dringend malignomsuspekter Herd im rechten Oberlappen beschrieben. Dieser sei im Verlauf der nächsten CTs deutlich progredient und dürfte mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit einem primären Bronchialkarzinom entsprechen. Die progredienten Knochenmetastasen im April 2014 könnten sehr gut zu neuen bzw. zusätzlichen Knochenmetastasen des Bronchuskarzinoms passen. Das Skelettsystem sei demnach sowohl vom Prostatakarzinom als auch vom mutmasslichen Bronchuskarzinom betroffen gewesen (A.S. 124). Auffällig sei die Häufung unterschiedlicher arterieller wie venöser, thrombo-embolischer Komplikationen in den beiden letzten Lebensmonaten des Patienten. Dies lasse sich sehr gut als paraneoplastische Koagulopathie interpretieren, wie sie z.B. bei rasch progredienten Bronchuskarzinomen, trotz Antikoagulation, vorkommen könne. Die im gleichen Zeitraum aufgefallenen zwei Leberherde würden in der CT eher als Abszesse gewertet, in der kontrastmittelgestützten Sonographie jedoch eher als Lebermetastasen. Da sowohl Prostatakarzinome als auch Bronchuskarzinome in die Leber metastasieren könnten, sei eine Zuordnung zu einer der beiden Tumorentitäten hier nicht möglich. Histologisch sowie bildmorphologisch könne das Vorliegen einer Pleura-Asbestose als gesichert angesehen werden. Eine lebenslimitierende Erkrankung und insbesondere eine maligne Erkrankung wie das Pleuramesotheliom hätten histologisch oder zytologisch nicht nachgewiesen werden können. Die Raumforderung im rechten Oberlappen entspreche mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit einem primären Bronchialkarzinom und habe daher keinen Zusammenhang mit der Pleuraasbestose, wohl aber mit einem exzessiven Nikotinabusus. Zusammenfassend dürfte der 65-jährige Versicherte an einem multifaktoriellen Geschehen verstorben sein. Am wenigsten dürfte jedoch die palliative Prostatakarzinom-Erkrankung zu seinem Versterben beigetragen haben. Auch die Pleuraasbestose dürfte nur wenig direkten, kausalen Einfluss auf das Versterben gehabt haben. Die Folgen der mehrfachen thoraxchirurgischen Eingriffe, die initial wegen der Pleuraasbestose durchgeführt worden seien, hätten jedoch sicherlich auch einen grossen Einfluss auf das zu frühe Versterben des Versicherten gehabt. Ganz vordergründig dürfte jedoch ein rasch progredientes Bronchialkarzinom auch mit entsprechenden paraneoplastischen Komplikationen zum Tod des Versicherten geführt haben (A.S. 125).

4.4 Ihre Diagnosestellung (A.S. 125 f.) unterteilen die Gutachter in strukturelle Diagnosen (Ergebnisse von Eingriffen, Gewebeuntersuchungen und radiologischen Befunden) sowie klinische Diagnosen (Ergebnisse der medizinischen Berichterstattung, einschliesslich der Vorbegutachtung aus dem Jahr 2012).

Als gesicherte strukturelle Diagnosen werden genannt:

Als klinische Diagnosen nennen die Gutachter:

4.5 In ihrer interdisziplinären Beurteilung halten die Gutachter fest, sie könnten die Diagnose der beidseitigen, rechtsbetonten asbest-assoziierten Pleuraerkrankung bestätigen. Nach der durch sie vorgenommenen erneuten Prüfung der radiologischen Befunde seien einerseits fibrotische Veränderungen des Brustfells festzustellen im Sinne der pleuralen Plaques und der pleuralen Fibrose und ■ reaktiv ■ auch des pleuralen Ergusses. Ein wichtiger zusätzlicher Diskussionspunkt habe sich aber durch eine auf der radiologischen Untersuchung von 2011 bereits sichtbare Veränderung im Oberlappen der rechten Lunge ergeben. Hier hätten sich an für eine chronische Bronchitis untypischer Stelle horizontal und nach oben laufende Bronchien gefunden, welche mit Schleim ausgefüllt gewesen seien und von einem Punkt ausgegangen seien, wo auch eine minimale Verkalkung und Einengung des Bronchus zu sehen gewesen sei. Es stelle sich die Frage, ob diese Veränderung den Ausgangspunkt dessen darstelle, was sich dann 2013 und 2014 auf den Röntgenbildern als schnell wachsender Tumor mit Befall der Lungengefässe dargestellt habe. Eine definitive Antwort darauf könne nicht gegeben werden. Einerseits deute das in den letzten Lebensmonaten schnelle Wachstum auf ein kleinzelliges Bronchuskarzinom hin, wo aber als unwahrscheinlich gelte, dass dieses bereits 2011 radiologisch nachzuweisen gewesen wäre (A.S. 126). Letztlich sei eine pathologisch-anatomische Diagnose dieses Lungentumors nicht mehr zu stellen. Es sei aber ebenso schlüssig, dass diese Veränderung sich weder auf den Prostatakrebs noch die im Gefolge der Asbest-Exposition aufgetretenen Veränderungen zurückführen lasse. Als eigenständiges Karzinom respektive Krebs sei beim Zusammenfallen von Rauchen und Asbest-Exposition jedoch in erhöhtem Masse von einem bösartigen Lungentumor auszugehen. Dies könne als mit der höchsten Wahrscheinlichkeit unter anderen diagnostischen Alternativen angesehen werden. Die Gutachter könnten eigentlich auch keine anderweitige plausible Differentialdiagnose stellen (A.S. 127).

4.6 In der Beantwortung der ihnen unterbreiteten Fragen führen die Gutachter aus, der Tod des Versicherten B. \_\_\_ sei in erster Linie auf den rasch fortschreitenden Lungentumor zurückzuführen. Die weiteren bekannten Erkrankungen (Hauptdiagnosen) seien bei dieser Frage zum Todeszeitpunkt als zweitrangig anzusehen (A.S. 130). Es sei davon auszugehen, dass der schnell wachsende Tumor, sehr wahrscheinlich ein Bronchuskarzinom in der rechten Lunge, die mittelbare Todesursache darstelle, und dessen sekundäre Auswirkungen die unmittelbare. Eine Verbindung zu einer Berufskrankheit als formaler Definition gemäss Suva-Factsheet könne insofern festgestellt werden, als beidseitige, allerdings rechtsbetonte asbestinduzierte Pleuraveränderungen zu bejahen seien. Leider sei nicht rechtzeitig eine ausreichende Beurteilung der Exposition (Faserjahre) vorgenommen worden (A.S. 131).

Die Diagnose einer Asbestose, d.h. asbestose-spezifischer Veränderungen des Lungengewebes selber, könne gemäss radiologischer Aufarbeitung nicht gestellt werden. Die Pleuraveränderungen zeigten sich überwiegend auf der rechten Seite. Aus diesen Definitionen heraus könne der wahrscheinliche bösartige Lungentumor formal nicht eindeutig als asbestbedingte Expositionsfolge gewertet werden. Die Pleuraverdickungen seien zwar nachweislich bilateral, aber es sei für die Gutachter nicht eindeutig definiert, ob damit (gemeint ist wohl die Umschreibung im Suva-Factsheet [E. II.

5.1 Das durch das Gericht eingeholte Gutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 24. August 2017 beruht auf den Vorakten. Es enthält Stellungnahmen von Fachärzten aus den relevanten Disziplinen Innere Medizin, Pneumologie und Onkologie. Zusätzlich wurde ein Facharzt der Radiologie beigezogen. Da die vorhandenen bildgebenden Aufnahmen in den früheren ärztlichen Stellungnahmen, welche nicht durch radiologische Spezialärzte vorgenommen worden waren, sehr unterschiedlich interpretiert werden, war der Beizug dieser zusätzlichen Fachperson angezeigt. Der Radiologe nahm eine Befundung der Aufnahmen vor, welche in mehreren Punkten von den früheren Interpretationen abweicht. Auf dieser Basis und gestützt auf die Vorbeurteilungen nahmen die übrigen Gutachter Beurteilungen aus der Sicht ihrer jeweiligen Disziplin vor. Anschliessend an die Beurteilungen in den einzelnen Fachrichtungen wurde eine interdisziplinäre medizinische Beurteilung vorgenommen, in der die Einschätzungen der einzelnen Teilgutachter diskutiert und teilweise modifiziert wurden. Gestützt auf die Ergebnisse dieser interdisziplinären Beurteilung wurden die gestellten Frage beantwortet. Das Gutachten basiert demnach auf den vollständigen Vorakten, auf Stellungnahmen durch qualifizierte Fachärzte aus den relevanten Disziplinen und auf einer interdisziplinären Diskussion. Es wird damit in Bezug auf seine Grundlagen den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme vollumfänglich gerecht.

5.2 Inhaltlich gelangen die Gutachter zum Ergebnis, mit deutlich überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten ein Bronchuskarzinom und die durch dieses ausgelösten Abläufe den Tod des Versicherten B.\_\_\_\_ verursacht. Der Beschwerdeführer habe zwar an weiteren Krankheiten gelitten, welche mit einem Todesrisiko verbunden seien, so namentlich an einem Prostatakarzinom; diese Krankheiten hätten jedoch nicht zum Tod geführt. Dieses Ergebnis wird ausführlich und nachvollziehbar hergeleitet und begründet. Vor diesem Hintergrund hatten die Gutachter aus Sicht der Rechtsanwendung namentlich Festzustellungen zu treffen, ob und inwiefern Umstände vorliegen, welche für die Beurteilung der sogenannten «Helsinki-Kriterien» respektive für die Anwendung der daraus abgeleiteten, publizierten Praxis der Beschwerdegegnerin relevant sind. Auch dazu enthält das Gutachten schlüssige Antworten, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Auf die Vorakten wird Bezug genommen und abweichende Einschätzungen werden begründet. Die Gutachter weisen auch auf verbleibende Unsicherheiten hin und legen dar, welche Frage sich mit welcher Zuverlässigkeit beantworten lässt. Das Gutachten wird damit auch in Bezug auf seinen Inhalt den höchstrichterlichen Vorgaben gerecht. Die Parteien haben den Beweiswert des Gutachtens denn auch nicht bestritten.

## **E. 6**

Abs. 3 UVG eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen. Dasselbe gilt für die Frage, ob die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen wäre, zusätzliche Abklärungen zu tätigen (z.B. bezüglich Obduktion, wie es die Beschwerdeführerin vorbringen lässt, oder bezüglich der Asbestexposition), sowie ob und wie sich dies bejahendenfalls auf die Anspruchsbeurteilung auswirken müsste.

7. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen. Der Einspracheentscheid vom 2. November 2015 ist aufzuheben. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Ansprüche auf Todesfalleistungen (Hinterlassenenleistungen, Bestattungskosten, allfällige weitere Ansprüche) prüfe und darüber neu entscheide.

## E. 8

8.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]).

8.2 Der Vertreter der Beschwerdeführerin macht in seiner Eingabe vom 9. Juni 2016 einen Aufwand von 28,9 Stunden (13,5 Stunden Instruktion/Aktenstudium/Verfassen Beschwerdeschrift; 9,5 Stunden Aktenstudium Beschwerdeantwort/Verfassen Replik, 2,1 Stunden Stellungnahme zu Duplik, 3,8 Stunden div. Telefonate, Besprechungen und Korrespondenz mit Klientin) sowie Spesen von CHF 260.10 geltend (A.S. 70). Mit Schreiben vom 24. Oktober 2017 wird zusätzlich ein Aufwand von 13,2 Stunden (3,5 Stunden Stellungnahme bezüglich Begutachtung inkl. Abklärung; 8,2 Stunden Aktenstudium Gutachten, Abklärungen; 1,5 Stunden Besprechung mit Klientin, diverse Korrespondenz, Telefonate, Mails) geltend gemacht, zuzüglich Auslagen von CHF 118.80. Der Aufwand von insgesamt 42,1 Stunden ist verglichen mit anderen Fällen ausserordentlich hoch. Dies erklärt sich teilweise durch die verfahrensmässigen Weiterungen, insbesondere die Einholung des Gerichtsgutachtens. Zu berücksichtigen ist auch, dass die Beschwerdegegnerin die Verneinung eines Anspruchs auf Todesfall- und Hinterlassenenleistungen im Einspracheentscheid auf eine andere Weise begründete als in der Beschwerdeantwort (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Trotzdem übersteigt der Aufwand von 28,9 Stunden, der für den ordentlichen Schriftenwechsel geltend gemacht wird, den Rahmen dessen, was für eine für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlich ist (vgl. § 160 Abs. 1 in Verbindung mit § 161 kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Dies gilt insbesondere auch mit Blick darauf, dass der Vertreter der Beschwerdeführerin bereits im Verwaltungsverfahren tätig war und somit auf damalige Vorarbeiten zurückgreifen konnte. Vor diesem Hintergrund sind ein Aufwand von 12 Stunden für die Beschwerdeschrift und damit verbundene Arbeiten sowie ■ auch mit Blick darauf, dass die Beschwerdegegnerin ihre Argumentation in der Beschwerdeantwort geändert hatte, was den Aufwand für die Replik erhöht haben dürfte ■ 8 Stunden für die Replik nachvollziehbar. Warum die Beschwerdeführerin nach der kurz gehaltenen Duplik vom 9. Mai 2016 (A.S. 62), welche keine neuen Argumente enthielt, nochmals eine weit umfangreichere Rechtsschrift einreichte (A.S. 67 ff.), bleibt unklar. Der Aufwand für die Eingabe vom 9. Juni 2016 ist daher auf eine Stunde zu reduzieren. Zusammen mit den «Klientenkontakten», die für dieses Verfahrensstadium im Umfang von 3 Stunden nachvollzogen werden können, resultiert ein zu entschädigender Aufwand von 24 Stunden. Der spätere Aufwand (Stellungnahme zur Begutachtung, Stellungnahme zum Gutachten, damit verbundene Klientenkontakte) von 13,5 Stunden ist als angemessen zu bezeichnen, da die Begutachtung und die damit zusammenhängenden Fragestellungen vergleichsweise komplex waren. Gesamthaft resultiert damit ein zu entschädigender Aufwand von 37,5 Stunden. Bei einem Stundenansatz von CHF 230.00 (§ 160 Abs. 2 in Verbindung mit § 161 GT) resultiert ein für die Parteientschädigung massgebendes Honorar von CHF 8'625.00. Mit den Auslagen von CHF 378.90 und der Mehrwertsteuer von 8 % beläuft sich die Parteientschädigung auf CHF 9'724.20.

8.3 Holt das Gericht im Beschwerdeverfahren ein Gutachten ein, sind dessen Kosten dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn zwischen dem Untersuchungsmangel seitens

der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, ein Zusammenhang besteht. Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75; BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Hier ist diese Konstellation gegeben, denn das Gerichtsgutachten wurde notwendig, weil die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt nicht abschliessend geklärt hatte. Der Abklärungsmangel ergibt sich bereits daraus, dass die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid ausführte, zwei der gemäss den «Helsinki-Kriterien» relevanten Konstellationen seien erfüllt, dies reiche aber nicht aus, um die Kausalität bzw. eine Berufskrankheit zu bejahen, um später in der Beschwerdeantwort zu erklären, entgegen den Ausführungen im Einspracheentscheid genüge es, wenn eine der relevanten Bedingungen erfüllt sei, aber dies treffe nicht zu. Selbst wenn man aber davon ausgehen wollte, die zitierten Ausführungen im Einspracheentscheid beruhten auf einem Versehen und «eigentlich» habe die Beschwerdegegnerin schon damals das Erfülltsein sämtlicher Kriterien verneint, wären ergänzende Abklärungen notwendig gewesen. Die in der Beschwerdeantwort vertretene These beruht auf der Stellungnahme von Dr. med. E. \_\_\_ vom 7. Juli 2014 (Suva-Nr 352). Der Arzt führt aus, er habe die vorhandenen CT-Bilder zusammen mit Dr. med. M. \_\_\_ angesehen und keine Hinweise auf eine Asbestose oder auf beidseitige Pleurafibrosen gefunden. Diese Interpretation widerspricht aber den Ergebnissen des von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachtens der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ vom 28. November 2012 (Suva-Nr. 204), jedenfalls insofern, als dort eine Asbestose mit Asbest-assoziiertes Pleuraerkrankung diagnostiziert wurde (Suva-Nr. 204 S. 18). Zwar hatten die damaligen Gutachter der asbestbedingten Erkrankung ■ im Gegensatz zu den Folgen der operativen Eingriffe, welche zu deren Behandlung vorgenommen wurden ■ keinen erheblichen Einfluss auf die Beschwerden des Versicherten beigemessen (vgl. Suva-Nr. 204 S. 10). Für die Beurteilung der Asbestexposition und der «Helsinki-Kriterien» ist die Diagnose einer Asbestose aber von entscheidender Bedeutung. Die versicherungsinternen Ärzte hätten daher ihre abweichende Einschätzung näher begründen müssen. Da dies unterblieb und die als entscheidend angesehene Beurteilung der CT-Bilder auch nicht durch einen Radiologen oder eine Radiologin erfolgt war, liessen sich zumindest leichte Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung nicht verneinen, so dass ergänzende Abklärungen notwendig gewesen wären (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Indem die Beschwerdegegnerin dies bei der gegebenen Aktenlage unterliess, hat sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Dieser Mangel führte dazu, dass das Gerichtsgutachten eingeholt werden musste. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb dessen Kosten von CHF 19'189.00 zu bezahlen.

8.4 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen. Der Einspracheentscheid der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) vom 2. November 2015 wird aufgehoben. Die Sache wird an die Suva zurückgewiesen, damit sie den Anspruch der Beschwerdeführerin auf die mit der Beschwerde geltend gemachten Leistungen im Sinne der Erwägungen neu beurteile

und festsetze.

2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 9'724.20 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Gerichtskasse die Kosten des gerichtlich eingeholten Gutachtens der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 24. August 2017, in der Höhe von CHF 19'189.00 zu bezahlen.

4. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

#### Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

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