

VS_GERICHTE S2 22 15 vom 31. August 2022

VS Kantonsgericht, 2022-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 22 15](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_15)

FR: VS_GERICHTE S2 22 15 du 31 août 2022

IT: VS_GERICHTE S2 22 15 del 31 agosto 2022

Regeste

S2 22 15 URTEIL VOM 31. AUGUST 2022 Kantonsgericht Wallis

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung Besetzung: Dr. Thierry Schnyder, Präsident; Candido Prada und Thomas Brunner, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin in Sachen X _____, Beschwerdeführerin gegen Y _____ AG, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Martin Bürkle, 8024 Zürich (COVID-19-Erkrankung / KZH) Beschwerde gegen den Entscheid vom 3. Januar 2022

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerdeführerin hat ihren Wohnsitz im Wallis, weshalb die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts gestützt auf Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 (RPflG), Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) i.V.m. Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements vom 2. Oktober 2001 (RVG) und Art. 81a des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 (VVRG) als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (BGE 127 V 176 E. 2). Die Beschwerdeführerin ist durch den Einspracheentscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb auf ihre form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten ist (Art. 59, Art. 60 i.V.m. Art. 38 ATSG).

- 4 -

E. 2.1

Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich der angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz nur geprüft, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 E. 1a).

E. 2.2

Streitig ist, ob die vorinstanzlich bestätigte Einstellung der Leistungen durch die Beschwerdegegnerin per 26. März 2021 bundesrechtskonform ist.

E. 3.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Krankheiten

geltend dann als Berufskrankheiten, sofern sie bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht werden (Art. 9 Abs. 1 UVG). Ausschliessliche oder vorwiegende Verursachung bedeutet, dass die Krankheit einen Verursachungsanteil von über 50% durch die berufliche Tätigkeit aufweisen muss (Bundesgerichtsurteil 8C_758/2018 vom 7. Januar 2019 E. 3.1). Die schädigenden Stoffe und Arbeiten sowie die arbeitsbedingten Erkrankungen sind in der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) auf einer Liste als sog. Listenkrankheiten veröffentlicht (UVV Anhang 1). Infektionskrankheiten (wie Coronavirus/COVID-19) gelten gemäss Anhang 1 Ziffer 2 lit. b UVV als arbeitsbedingte Erkrankungen i.S.v. Art. 9 Abs. 1 UVG (UVG Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG, Empfehlungen, Berufskrankheiten-Listenerkrankungen, www.koordination.ch). Die vorwiegende Verursachung (> 50 %) entspricht einer zweimal häufigeren Wahrscheinlichkeit von COVID-19 betroffen zu sein als die übrige Bevölkerung. Dies betrifft Personen, die in Spitälern oder Laboratorien einem spezifischen Ansteckungsrisiko durch Pflege infizierter Patienten oder Arbeiten in der COVID-19-Intensivstation ausgesetzt sind. Laut den Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG soll das alleinige Arbeiten in einem Spital ohne bewussten Kontakt mit infizierten Patienten nicht genügen für eine vorwiegende Verursachung sein (vgl. UVG Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG, rev. Empfehlung 1/2003 zu Erkrankungen im Sinne von Anhang 1 Ziff. 2 UVV vom 23. Dezember 2020, www.koordination.ch; A. Traub, BSK UVG, Art. 9; Jahrbuch

- 5 - zum Sozialversicherungsrecht 2022, N. Lang, Long Covid, S. 122 ff.). Eine an Covid erkrankte Person, die in einem Spital arbeitet, muss mithin nachweisen können, dass die Erkrankung mit mehr als 50% bei der Arbeit erfolgte. Dieser Beweis dürfte Personen, die nachgewiesenermassen am Coronavirus erkrankte Patienten pflegten, leichter fallen. In diesen Fällen ist die vom Bundesgericht geforderte Exposition einer gewissen Dauer ohne weiteres erfüllt (N. Lang, a.a.O, S. 123 mit Hinweisen; Ph. Egli, Long Covid, iusNet Arbeitsrecht und Sozialversicherungsrecht, III).

E. 3.2.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1; 134 V 109 E. 2.1; 129 V 177 E. 3.1 f.). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V

335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 3.2.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 142 V 435 E. 1; 134 V 109 E. 2.1; 129 V 177 E. 3.1 f.).

- 6 - Sind bei der Prüfung der Adäquanz die organisch nicht nachweisbaren Beschwerden Folgen einer Berufskrankheit, gilt die allgemeine Adäquanzformel (BGE 125 V 456 E. 3). Die Infektion mit dem Coronavirus müsste somit nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sein, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen hervorzurufen.

E. 3.2.3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante; BGE 146 V 51 E. 5.1), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so bezeichnet die Rechtsprechung dies als richtunggebende Verschlimmerung (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C_331/2015 E. 2.1.1). Dabei gilt es den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beachten (vgl. BGE 147 V 161 E. 3.2 und E. 5.2.5). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Bundesgerichtsurteil 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Bundesgerichtsurteil 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

- 7 -

E. 3.3

Nach der Rechtsprechung kommt den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Beweiswert im Allgemeinen BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, von Berichten versicherungsinterner Ärzte BGE 145 V 97 E. 8.5; 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und behandelnder Ärzte BGE 135 V 465 E. 4.5 im Besonderen). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 3.4

Schliesslich ist anzuführen, dass nach der Rechtsprechung zu den im Sinn von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände gehören, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungs begründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *Conditio sine qua non* war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Dagegen entspricht die unfallbedingte Einwirkung - bei erstelltem Auslösezusammenhang - einer (anspruchshindernden) Gelegenheits- oder Zufallsursache, wenn sie auf einen derart labilen, prekären Vorzustand trifft, dass jederzeit mit einem Eintritt der (organischen) Schädigung zu rechnen gewesen wäre, sei es aus eigener Dynamik der pathogenen Schadensanlage oder wegen Anspruchs auf einen beliebigen anderen Zufallsanlass. Wenn ein alltäglicher alternativer Belastungsfaktor zu annähernd gleicher Zeit dieselbe Gesundheitsschädigung hätte bewirken können, erscheint der Unfall nicht als kausal signifikantes Ereignis, sondern als

- 8 - austauschbarer Anlass; es entsteht daher keine Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Bundesgerichtsurteile 8C_549/2021 vom 7. Januar 2022 E. 4.2; 8C_287/2020 vom 27. April 2021 E. 3.1, je mit Hinweisen; A. Traub, Natürlicher Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung bei konkurrierender pathogener Einwirkung: Abgrenzung der wesentlichen Teilursache von einer anspruchshindernden Gelegenheits- oder Zufallsursache, in: SZS 2009 S. 479).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin begründet ihre Leistungseinstellung damit, dass der Nachweis eines über den 26. März 2021 hinausdauernden kausalen Zusammenhangs zwischen dem

bestehenden Gesundheitsschaden und dem versicherten Ereignis nicht mehr erbracht werden könne; eine Teilursächlichkeit entfalle ab diesem Zeitpunkt. Die danach erfolgte Behandlung habe im Zusammenhang mit dem Asthma bronchiale gestanden. Dabei beruft sie sich auf die versicherungsinternen Berichte des Kreisarztes. Die Beschwerdeführerin stellt sich dagegen zusammengefasst auf den Standpunkt, der Beweis für den Wegfall der Kausalität sei nicht erbracht. Die involvierten Ärzte würden sich diesbezüglich widersprechen. So erachte der Pneumologe den Status quo sine per März 2021 als nicht erreicht. Seine differenzierten Einwände würden zumindest Zweifel an der Beurteilung des beratenden Arztes wecken, weshalb auf die Einschätzung des letzteren nicht ohne Weiterungen abgestellt werden könne.

E. 4.2

Nicht Gegenstand des angefochtenen Entscheides ist die ursprünglich Kausalität bzw. das Vorliegen einer Berufskrankheit gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG i.V.m. Anhang 1 zur UVV, weshalb sich die folgenden Darlegungen und Würdigungen, soweit möglich, auf die Frage beschränken, wie lange die Heilbehandlung zu erbringen war. Gemäss Art. 19 UVG dauerte diese solange, wie die Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwarten lässt. Sobald keine namhafte Verbesserung mehr zu erwarten ist, muss die Adäquanz geprüft werden.

E. 4.3.1

Der erstbehandelnde Hausarzt bestätigte die Covid-19-Infektion per

E. 4.3.2

Gemäss Anamnese des Untersuchungsberichtes Pneumologie vom 27. Januar 2021 (M 7) bemerkte die Patientin am 6. Januar 2021 eine vermehrte Müdigkeit sowie Hustensymptome. Die Patientin wurde krankgeschrieben, wobei keine Hospitalisation erfolgte. Am 27. Januar 2021 klagte die Versicherte über eine persistierende Müdigkeit, Anstrengungsdyspnoe und deutliche Leistungsintoleranz. Sie könne nur wenige Meter gehen ohne deutliche Dyspnoe. Thorakale Schmerzen und Fieber wurden verneint. Sie habe auch früher intermittierend Probleme mit der Lunge gehabt, vor allem in der Jugend mit rezidivierenden bronchopulmonalen Infekten mit unter anderem Nachweis von Aspergillen sowie auch Chlamydien sowie Legionellen. Es seien Bronchoskopien veranlasst worden. Antibiotische und antiasthmatische Behandlungen mittels inhalativen Strays seien erfolgt und bei gutem Verlauf im Alter von 20 Jahren gestoppt worden. Die klinische Untersuchung am 27. Januar 2021 zeigte in der Lungenfunktion eine schwere, nach Bronchospasmolyse nicht reversible obstruktive Ventilationsstörung mit einem FEV1 von 0.99 l (45% Soll). Keine Restriktion oder Überblähung; leichtgradig eingeschränkte Hb – korrigierte Diffusionskapazität von 65 % Soll. Die Sauerstoffsättigung war gut und die D-Dimere waren nicht erhöht. Das Thoraxröntgenbild vom 22. Januar 2021 (M 6) lieferte keine Hinweise auf das Vorliegen eines Pneumothoraxes. Die Inspirationstiefe war gut. Eine leichte Lungenüberblähung blieb ohne Infiltrationsnachweis. Therapeutisch verordnete der Facharzt «bei fixiertem Asthma bronchiale, DD Broncholithis im Rahmen der vorausgegangenen COVID-19-Infektion» eine Stosstherapie mit Prednison und eine inhalative Basistherapie (M 7.1).

E. 4.3.3

Am 1. Februar 2021 berichtete die Versicherte klinisch über eine deutliche Besserung der Anstrengungsdyspnoe (M 8). Am meisten störend war noch ein trockener Husten und ein

pleuritischen Schmerz beim Ausatmen, wobei aufgrund der CRP-Verlaufskontrolle eine Pneumonie ausgeschlossen werden konnte. In der Lungenauskultation fand sich nun ein Vesikuläres Atmen über allen Lungensfeldern. In der durchgeführten Spirometrie erreichte die Patientin einen FEV1 Wert nach Bronchodilatation von 2.89 l (87% Soll) ohne Vorliegen einer Obstruktion. Der Facharzt hielt daher schlussfolgernd fest: «Somit kann nun die Diagnose eines schweren Asthmas bronchiale bestätigt werden». Er empfahl die Fortführung der Inhalation und eine allergologische Standortbestimmung mit der Frage nach möglichen Atopieneigung. Schliesslich verschrieb er Husten- und Kalobatropfen. Aufgrund des trockenen Hustens riet er zu einer Arbeitsunfähigkeit während 1 Woche.

- 10 -

E. 4.3.4

Nach den Untersuchungen der Lungenfunktion vom 10. und 17. März 2021 (Bericht vom 17. März 2021, M 12) hielt der Facharzt eine «mittelschwere, nach Bronchospasmus partiell reversible obstruktive Ventilationsstörung, einem FEV1 von 50% Soll, keine Restriktion oder Überblähung, leichtgradig eingeschränkte Hb – korrigierte Diffusionskapazität» (Befund 10. März) sowie «weitere Verschlechterung der Lungenfunktion FEV1 nun deutlich eingeschränkt bei 30% Soll. Sauerstoffsättigung peripher gemessen bei 96%» (Befund 17. März) fest. Es bestehe ein starker Hustenreiz. Das CT-Thorax vom 11. März 2021 habe ein normales Bild ergeben, dasjenige der Nasennebenhöhlen eine chronische Sinusitis ethmoidalis und sphenoidalis, weswegen eine antibiotische Therapie begonnen worden sei. Die übrigen Abklärungen seien negativ ausgefallen. Bei anhaltenden Symptomen plane er nächstens eine Bronchoskopie mit bronchoalveolärem Lavage und schrieb die Versicherte für weitere 11 Tage voll arbeitsunfähig (M 11). Anamnestisch gab die Versicherte zu diesem Zeitpunkt an, nach deutlicher Besserung der Dyspnoe habe der Husten angehalten. Eine antibiotische Therapie im Anschluss an eine zahnärztliche Behandlung habe Mitte Februar auch diesbezüglich eine Besserung ergeben. Mittlerweile habe sie nun nach einem Infekt der oberen Atemwege ihres Kindes selber wieder vermehrt Husten und Dyspnoe.

E. 4.3.5

Gemäss fachärztlichen Überweisungsbericht vom 29. März 2021 (M 23) war die Patientin aufgrund einer erneuten Exazerbation bei bekanntem schwerem Asthma bronchiale am Wochenende (27./28. März) notfallmässig aufgenommen worden. Bei der Patientin bestehe seit langem einerseits ein Asthma bronchiale, erstdiagnostiziert in der Jugendzeit in der Slowakei sowie ein Status nach Covid-19 Infektion im Januar 2021. Seitdem berichte sie über eine deutliche Verschlechterung der Dyspnoe sowie über einen Reizhusten. Trotz ausgebauter antiobstruktiver inhalativer Therapie und zwischenzeitlich peroralen Steroidstössen habe keine Stabilisierung der asthmatischen Beschwerden erreicht werden können. In der erweiterten Phänotypisierung hätten sich die Gesamt IgE nicht erhöht gezeigt und eine periphere Eosinophilie habe nie nachgewiesen werden können. Die ANCA seien mehrmalig nicht erhöht gewesen, so dass eine zugrundeliegende Vaskulitis eher unwahrscheinlich scheine. Im Rahmen der letzten Exazerbation sei ergänzend ein CT des Thorax veranlasst worden, in welchem sich zentrale Bronchiektasen, Fremdkörper oder auch Infiltrate nicht hätten nachweisen lassen. Im CT der Nasennebenhöhle habe sich eine chronische Pansinusitis gezeigt. Die Sauerstoffsättigung auf dem Notfall habe bei massiver Dyspnoe 99% betragen. Auffallend sei auch eine massive Hyperventilation

(chronisch) gewesen, welche sich im Verlauf der ABGA (Blutgasanalyse) bestätigt habe. Dies passe somit nicht zu einem Status asthmaticus, bei welchem die Patienten eher hypoxisch sei. Es müsse somit differenzialdiagnostisch

- 11 - neben dem Asthma bronchiale auch an eine Bronchiolitis im Rahmen der stattgehabten Covid-19 Infektion oder eine vocal cord dysfunction gedacht werden. Eine stationäre pulmonale Rehabilitation sei angezeigt.

E. 4.3.6

Zuhanden der Krankenkasse ergänzte derselbe Facharzt am 14. April 2021 (M 18), im Anschluss an eine Covid-19-Infektion hätten bei der Patientin eine Müdigkeit, Energielosigkeit sowie deutliche Dyspnoe persistiert. Es sei zudem ein Asthma bronchiale bekannt, welches langjährig gut eingestellt gewesen sei, sich jedoch mit schwerer obstruktiver Ventilationsstörung deutlich verschlechtert habe. Es müsse von einem GINA Asthma Grad IV ausgegangen werden. Es werde um Übernahme der ausserkantonalen Behandlung bei letztendlich Long-Covid-Syndrom, erschwerend auf dem Boden eines bekannten Asthmas bronchiale ersucht. Eine frühzeitige interdisziplinäre Rehabilitation sei dringlich indiziert, um einen chronischen invalidisierenden Verlauf zu vermeiden. Gemäss Chefarzt des REHA-Zentrums bestehe ein spezifisches Angebot für Patienten mit Long-Covid-Syndrom.

E. 4.3.7

Der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. A _____, Allgemeine Innere Medizin, hielt am 19. April 2021 (M 17) fest, ein persistierender Corona-Infekt resp. Corona-Folgen könne nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit bewiesen werden. Es sei per 26. März 2021 ein Status quo sine festzusetzen. Die Exazerbation eines klinisch nicht kontrollierten Asthmas bronchiale sei nur noch eine mögliche Folge der Coronavirus-Infektion. Eine bloss zeitliche Korrelation genüge nicht. Folglich sei der Status quo sine festzusetzen, wobei die Hospitalisation und die Reha als unfallfremd zu qualifizieren seien. Die Berufskrankheit habe zu keinem Dauerschaden geführt. Es könne maximal nur eine vorübergehende Verschlimmerung akzeptiert werden.

E. 4.3.8

Mit Verlaufsberichten vom 12. Mai 2021 (M 19) und 22. Juni 2021 (M 22) ergänzte der Facharzt für Pneumologie, die Patientin habe von der stattgehabten pneumologischen Rehabilitation gut profitiert. Zwischenzeitlich habe ihr Kind einen Schnupfen gehabt, der bei ihr erneut einen respiratorischen Infekt ausgelöst habe, wobei sie keine Dyspnoe erlitten habe. Es sei ein isolierter IgG-3 Mangel festgestellt worden, welcher zusätzlich zur erhöhten Infektneigung beitragen könne. Mittlerweile sei das Asthma besser eingestellt. Begleitend dazu und nicht typisch für ein Asthma habe die Patientin eine persistierende Müdigkeit, Energielosigkeit und eine Leistungseinbusse entwickelt. Diese Symptome seien typisch für ein Long-COVID-Syndrom und hätten länger als 3 Monate angehalten, sodass eine Reha notwendig geworden sei.

- 12 -

E. 4.3.9

Am 5. Juli 2021 (M 21) ergänzte der Vertrauensarzt, es sei lediglich ein Asthma bronchiale durch den Coronainfekt vorübergehend verschlimmert worden. Es sei zwar korrekt, dass die Versicherte aufgrund persistierender Müdigkeit, Energielosigkeit und Dyspnoe Zeichen

eines Long-COVID aufweise, jedoch könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bewiesen werden, dass das nicht eosinophile Asthma bronchiale eine Folge des COVID-19-Infekt sei. Jenes sei ein eigenständiges Leiden, welches zur Reha geführt habe.

E. 4.3.10

Gemäss Austrittsbericht des Reha zentrums vom 28. April 2021 (M 25) waren Ziele der Rehabilitation die Verbesserung der Belastbarkeit, Leistungsfähigkeit, Mobilität und Selbstständigkeit sowie der respiratorischen Situation. Klinisch liessen sich ubiquitär vesikuläre (leicht abgeschwächte) Atemgeräusche auskultieren. Die Patientin habe über eine deutlich eingeschränkte körperliche Belastbarkeit und schwere Hustenattacken berichtet. Subjektiv war das Asthma ungenügend kontrolliert. In der Lungenfunktionsprüfung vor Austritt konnte eine Regredienz des Air trappings (RV/TLC 117%) bei weiterhin normalen Atemvolumina ohne vorliegende Obstruktion oder Akutreversibilität nachgewiesen werden.

E. 4.3.11

In seiner abschliessenden Stellungnahme vom 11. Oktober 2021 (M 26) kam der Vertrauensarzt zum Schluss, die Verschlechterung der Lungensituation am 17. März 2021 sei nicht Long-COVID bedingt gewesen. Überwiegend wahrscheinlich sei die initiale Verschlechterung des Asthmas bronchiale COVID-19 bedingt gewesen. Dass die Versicherte aber eine rezidivierende Verschlechterung aufweise, spreche gegen einen COVID-19-Infekt. Dafür spreche auch, dass die Versicherte nach erfolgter Rehabilitation erneut einen respiratorischen Infekt erlitten habe. Es bestehe seit Jugendalter rezidivierende bronchopulmonale Infekte und weise die Versicherte eine chronische Sinusitis sowie einen isolierten IgG 3-Mangel auf. Die stationäre Hospitalisation sei durch das nicht eosinophile Asthma und der daraus entstandenen Lungensituation bedingt gewesen. Es hätten zwar noch Restsymptome des Long-COVID bestanden, diese allein hätten jedoch keine stationäre Rehabilitation bedingt. Auch die Kollegen der pulmonalen Rehabilitation hätten ein nicht eosinophiles Asthma bronchiale mit Erstdiagnose Februar 2021 als eigenständige Diagnose beurteilt. Er halte daher an seinem Entscheid fest.

E. 4.3.12

Schliesslich finden sich in den Akten die Berichte früherer Krankenhausaufenthalte und Behandlungen in der Slowakei, die u.a. die Diagnosen einer Asthma bronchiale, einer Tracheobronchitis oder einer Rhinitis enthalten. Seit 2008 liegt jedoch diesbezüglich keine Krankheitsschübe mehr vor.

- 13 -

E. 4.4

Die Ärzte stimmen darin überein, dass die Versicherte im Januar 2021 eine COVID-19-Symptomatik erlitten hat und sie - bei vorbestehenden bronchialen Infekten letztmals im Jahr 2008 - unmittelbar vor dem Ereignis beschwerdefrei war. Übereinstimmung herrscht auch darin, dass die im März 2021 persistierenden Beschwerden, wie Müdigkeit, Hustenreiz und Apnoe, durch die COVID-19-Symptomatik ausgelöst wurden. Diesbezüglich sind die ärztlichen Berichte schlüssig und nachvollziehbar. Bei der entscheidenden Frage des darüber hinaus bestehenden natürlichen Kausalzusammenhangs geht der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin im Unterschied zum Facharzt für Pneumologie davon aus, dass die Berufskrankheit, wie sie die Versicherten erlitten hat,

zwar einen Beschwerdeschub auslösen konnte, dass jedoch der Zustand per 26. März 2021 soweit wieder hergestellt war, wie wenn er sich nach schicksalsmäsigem Verlauf des krankhaften Vorzustandes auch ohne die Berufskrankheit früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine). Die Beschwerdeführerin will diesen Zeitpunkt jedoch erst per 2. Mai 2021 erstellt haben. Während der Vertrauensarzt sich nicht damit auseinandersetzt, beruft sich die Beschwerdeführerin auf den gesundheitlichen Zustand, wie er sich notfallmässig Ende März 2021 darstellte und vom Facharzt für Pneumologie festgehalten wurde. Die befundmässig ausgewiesene massive chronische Hyperventilation passe nicht zu einem Status asthmaticus. Auch eine persistierende Müdigkeit und Energielosigkeit genauso wie der Umstand, dass bei der Notfallvorstellung im Spitalzentrum Ende März 2021 sich in der Lungenfunktion keine Obstruktion gezeigt habe, seien nicht typisch für ein Asthma bronchiale. Der pneumologische Facharzt bestätigt dies in seinen Berichten vom 22. Juni 2021 (M 22) und 29. März 2021 (M 23), wobei er differenzialdiagnostisch neben dem Asthma bronchiale auch an eine Bronchiolitis im Rahmen der stattgehabten COVID-19-Infektion dachte, wobei diese vorerst in der Diagnoseliste keinen Eingang fand und ein Long-COVID-Syndrom erst mit Bericht vom 22. Juni 2021 (M 24) erfasst wurde. Dem Austrittsbericht der Reha kann diesbezüglich auch keine Hinweise entnommen werden. Was sodann die Beurteilung des Vertrauensarztes anbelangt, sind auch seine Darlegungen unvollständig und hinsichtlich der Kausalitätsfrage nicht nachvollziehbar. So legte er dar, die Berufskrankheit habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt (M 17.3), hält aber weiter fest, ein persistierender Corona-Infekt könne nicht mit der notwendigen Wahrscheinlichkeit bewiesen werden (M 17.2). Die Exazerbation eines klinisch nicht kontrollierten Asthmas bronchiale sei (nur, aber immerhin) eine mögliche Folge des COVID-19-Infekt. Schliesslich schlussfolgert er, es hätten Ende März 2021 noch Restsymptome des Long-COVID bestanden. Wie unter E. 3.2.3 dargelegt, entfällt

- 14 - die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst wieder, wenn der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Ob der Nicht-Pneumologe und beurteilende Vertrauensarzt bei seinen Formulierungen davon ausging, kann nicht schlüssig nachvollzogen werden. In seiner Argumentation scheint er ausserdem ausser Acht zu lassen, dass gemäss den Berichten der Pneumologie (M 7.1 und M 23.1) bereits am 27. Januar 2021 neben dem Asthma auch eine Bronchiolitis in die Diagnoseliste aufgenommen wurde, wobei diese gemäss Facharzt zweifelsfrei im Zusammenhang mit dem COVID-19-Infekt stand. Dazu äussert sich der Vertrauensarzt nicht. Ebenso fehlt es an einer schlüssigen Begründung zu der massiven Hyperventilation und der fehlenden Obstruktion in der Lungenfunktion bei Wiedervorstellung auf dem Notfall Ende März 2021. Dass bei Vorliegen derartiger Befunde eine notfallmässige Behandlung und Betreuung nicht angezeigt schien, bestreitet der Vertrauensarzt zu Recht nicht. Er will diese jedoch einzig im Zusammenhang mit einer Asthmaerkrankung – die im Übrigen über 13 Jahre bland war – und mit einer chronischen Sinusitis sehen. Das überzeugt nicht. Schliesslich war trotz ausgebauter antiobstruktiver inhalativer Therapie und zwischenzeitlich peroralen Steroidstössen bis Mai 2021 keine Stabilisierung der Beschwerden erreicht worden.

E. 4.5

Bei dieser unklaren Aktenlage lässt sich der genaue Zeitpunkt des Dahinfallens des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen der Berufskrankheit und den vom 26. März 2021 bis Mai 2021 anhaltenden Beschwerden und damit die Leistungspflicht des

Unfallversicherers für die Zeit ab dem 26. März 2021 nicht zuverlässig beurteilen. Die Einholung eines unabhängigen fachärztlichen Berichtes dazu ist mithin angezeigt. Dabei wird dieser Bericht aufzuzeigen haben, inwiefern Ende März 2021 noch eine Long-COVID-Symptomatik vorlag, ob diesbezüglich die notfallmässige stationäre Behandlung und ob der Rehaaufenthalt angezeigt waren oder ob zu diesem Zeitpunkt der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhte. Aufgrund des Gesagten ist festzustellen, dass der Unfallversicherer der ihm obliegenden Untersuchungspflicht in ungenügender Weise nachgekommen ist. Jedenfalls ist es keinesfalls gerechtfertigt, die fachärztlichen Bedenken ohne nachvollziehbare Begründung – und eine solche kann in der Schlussfolgerung des Vertrauensarztes nicht erkannt werden – ohne Nachfrage und ohne fachärztliche Abklärung, zu ignorieren. Die Beschwerde ist daher in dem Sinne gutzuheissen, als der Einspracheentscheid aufzuheben und die Sache zur Vornahme der notwendigen Abklärungen und zur Neuurteilung an den Unfallversicherer zurückzuweisen ist, da es in erster Linie Sache des Unfallversicherers ist, zusätzliche Abklärungen zu treffen, um den gesamten massgeblichen Sachverhalt von Amtes wegen zu ermitteln, und gegebenenfalls die notwendigen Beweise zu erheben,

- 15 - bevor er seinen Entscheid fällt (Art. 43 Abs. 1 ATSG, Bundesgerichtsurteil 8C_5807/2021 vom 20. April 2022 E. 6 mit Hinweisen). 5. 5.1 Das Verfahren ist, von hier nicht massgebenden Ausnahmen abgesehen, kostenlos (Art. 61 lit. fbis ATSG; Das Spezialgesetz, in casu UVG, sieht keine Kostenerhebung vor). 5.2 Die nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin hat auch mangels Antrag keinen Anspruch auf Parteientschädigungen.

Das Kantonsgericht erkennt

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen gutgeheissen und die Sache zur Vornahme der notwendigen Abklärungen und gestützt darauf zu einem neuen Entscheid an die Y _____ AG zurückgewiesen. 2. Es werden weder Kosten erhoben noch Parteientschädigungen ausgerichtet.

Sitten, 31. August 2022

E. 9

Januar 2021 mit Bericht vom 5. Februar 2021 (M 3). Anamnestisch wies er auf Atembeschwerden, eine zunehmende Müdigkeit und des Verlustes des Geschmackssinns hin. Das am 22. Januar 2021 (M 6) erstellte Thoraxröntgen war normgerecht. Er attestierte am 22. Januar 2021 (M 2) eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit, die er in der Folge verlängerte (M 5; M 10).

- 9 -

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