

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00137

vom 30. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00137

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00137 du 30 août 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00137 del 30 agosto 2023

Erwägungen

E. 1

Der 1943 geborene Y.____ war zuletzt als Elektromonteur/ Telematiker

bei der Z.____ AG angestellt und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 21. April 2021 liess er der Suva mitteilen, dass er an einer Asbest-Lunge leide (Urk. 9/1). Am 10. Mai 2021 verstarb der Versicherte (Urk. 9 /16). Mit Verfügung vom 19. Mai 2021 anerkannte die Suva das Vorliegen einer Berufskrankheit und sprach X.____ , der Witwe des Versicherten, eine Integritätsent schädigung aufgrund einer Integritätseinbusse von 80 % zu (Urk. 9 /18).

Mit Verfügung vom 3. März 2022 (Urk. 9 /36) verneinte die Suva eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Tod des Versicherten mit der Begrün dung, dass dieser nicht auf die von ihr anerkannte Berufskrankheit zurückzu führen sei. Die vo n der Witwe des Versicherten gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache vom

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversiche rung (UVV) in Kraft getreten.

Die hier zu beurteilende Berufskrankheit brach nach dem 1. Januar 2017 aus , weshalb die ab diesem Zeitpunkt gültigen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 28 UVG haben der überlebende Ehegatte und die Kinder Anspruch auf Hinterlassenenrenten , wenn der Versicherte an den Folgen des Unfalls - dem gemäss Art. 9 Abs. 3 UVG Berufskrankheiten von ihrem Ausbruch an grund sätzlich gleichgestellt sind - stirbt. Dies stellt einen vom Tod der versicherten Person abgeleiteten selbständigen Anspruch dar (BGE 135 V 153 E).

E. 1.3

Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit aus schliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen (Art. 9 Abs. 1 UVG). Die schädigenden Stoffe und arbeitsbedingten Erkrankungen sind im Anhang 1 zur UVV aufgeführt. In dieser Liste wird «Asbeststaub» als schädigender Stoff erwähnt. Nach der Rechtsprechung ist eine «vorwiegende»

Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur dann gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle anderen mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachen spektrum mehr als 50 % ausmachen (Urteil des Bundesgerichts 8C_22/2019 vom 24. September 2019 E. 8.2.2.1 mit Hinweis) .

E. 1.4

Liegt eine Berufskrankheit vor, so wird für ihre weiteren Folgen nur der gewöhnliche, adäquate Kausalzusammenhang gefordert. Für die grundsätzliche Haftung der Unfallversicherung genügt es somit, wenn die Berufskrankheit zu einem kleineren Teil den Tod des Versicherten verursacht hat; es ist nicht erforderlich, dass der Schaden vorwiegend durch die Berufskrankheit bedingt ist, sofern die Berufskrankheit ihrerseits ausschliesslich oder vorwiegend auf die im Gesetz genannten Ursachen zurückgeht (Urteil des Bundesgerichts 8C_474/2010 vom 29. Juli 2010 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

Die Invalidenrenten, Integritätsentschädigungen und die Hinterlassenenrenten werden in Anwendung von Art. 36 Abs. 2 UVG angemessen gekürzt, wenn die Gesundheitsschädigung oder der Tod nur teilweise die Folge eines Unfalles (bzw.

einer Berufskrankheit) ist. Das Mass der Kürzung von Renten und Integritätsentschädigungen beim Vorliegen unfallfremder Ursachen richtet sich gemäss Art. 47 UVV nach deren Bedeutung für die Gesundheitsschädigung oder den Tod, wobei den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen des Berechtigten eben falls Rechnung getragen werden kann .

1. 6

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungs interner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungs träger 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 versicherungs internen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (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 E. 4.7). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass es sich beim Pleuramesotheliom

des Versicherten unbestritten um eine Berufskrankheit gehandelt habe, welche von ihr auch als solche anerkannt worden sei. Das Pleuramesotheliom sei jedoch - aus näher dargelegten Gründen - nicht Ursache für den Tod des Versicherten gewesen. Vielmehr sei dieser an einem berufskrankheitsfremden Glioblastom WHO Grad IV

verstorben. Auf die Beurteilung von Dr. A. ___ sei abzustellen. Aus dem Todesfallbericht gehe hervor, dass letztlich das Glioblastom-Rezidiv prognoseführend gewesen sei und hierfür keine tumorgerichtete Therapieoption mehr bestanden habe. Ein Kausal

zusammenhang zwischen dem Tod des Versicherten und dem als Berufskrankheit anerkannten Pleuramesotheliom könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, weshalb sie - die Beschwerdegegnerin -

nicht weiter leistungspflichtig sei

(S. 5- 8).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) hielt sie ergänzend fest, für die Klärung der Frage nach der Todesursache sei der Entscheid des Tumorboards vom 29 . April 2021, bei prognoseführendem Glioblastomrezidiv keine tumorgerichtete Therapie des Glioblastoms mehr durchzuführen, ausschlaggebend. Aufgrund des fortgeschrittenen Glioblastoms sei eine multimodale Therapie des Mesothelioms , welche bei ansonsten gesunden Patienten noch eine Lebenserwartung von zwei bis drei Jahren ergeben könne, nicht mehr in Betracht gekommen. Der Versicherte habe bei seinem Ableben eine intakte linke Lunge gehabt, mit welcher eine ausreichende Atemfunktion gewährleistet gewesen sei. Das Ableben im Rahmen eines Glioblastoms könne durchaus mit einer pulmonaren Insuffizienz einhergehen. Auch der Zustand einer raschen Vigilanzminderung und erheblichen Schwäche könne eher dem länger vorbestandene Glioblastom als dem Mesotheliom zugeordnet werden. Der Tod des Versicherten sei nicht auf seine von der Beschwerdegegnerin als Berufskrankheit anerkannte Erkrankung Pleuramesotheliom zurückzuführen (S. 3 -5). 2.2

Die Beschwerdeführer in stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), der Versicherte sei an einem malignen Glioblastom (Hirntumor) sowie an einem malignen Pleuramesotheliom (bösartiger Brustfelltumor) erkrankt. Beim Pleuramesotheliom handle es sich um eine von der Beschwerdegegnerin anerkannte Berufskrankheit in Folge einer langjährigen Asbestexposition als Elektromonteur. Der Versicherte habe in den letzten 14 Tagen vor dem Tod primär mit den Komplikationen des Pleuramesothelioms zu kämpfen gehabt. Er sei an diesen verstorben und nicht primär am Glioblastom , auch wenn dieses möglicherweise zur Destabilisierung seines allgemeinen Gesundheitszustandes beigetragen habe. Welches Krankheitsbild als primäre Todesursache in Frage komme, könne letztlich aber nur von einem Sachverständigen im Rahmen eines medizinischen Gutachtens geklärt werden

(S. 3- 5). Auf die versicherungsinternen Berichte der Beschwerdegegnerin könne nicht abgestellt werden. Die Sache sei an diese zur Durchführung eines medizinischen Gutachtens zurückzuweisen (Urk. 13 S. 3-4). 3. 3. 1

Im Todesfall-Bericht des Zentrums für Palliative Care des Kantonsspitals B.____

vom 12. Mai 2021 (Urk. 9 /24/2-4) stellten Dr. med. C.____ , Leitende Ärztin, und Dr. med. univ. D.____ , Oberarzt, folgende Diagnosen (S. 1 2) : 1. Glioblastom WHO Grad IV, IDH wildtype , MGMT unmethyliert , Erstdiagnose

E. 4

April 2022 (Urk.

E. 4.1

Vorliegend ist unbestritten und ausgewiesen, dass der Versicherte in seinem letzten Lebensjahr an einem Glioblastom und an einem

Pleuramesotheliom litt. Die Beschwerdegegnerin hat das Pleuramesotheliom

als durch eine berufliche Asbestexposition verursacht und damit als Berufskrankheit anerkannt. Gemäss den unbestritten gebliebenen und nachvollziehbaren Ausführungen der Kreisärztin Dr. A.____ (Urk. 9/35/2) handelte es sich demgegenüber beim Glioblastom weder um eine Berufskrankheit noch um eine Folge einer Berufskrankheit. Hiervon ist auszugehen. Für die Folgen dieses Tumors ist die Beschwerdegegnerin entsprechend nicht leistungspflichtig.

Da jedoch der Kausalzusammenhang zwischen einer anerkannten Berufskrankheit und dem Tod einer versicherten Person nicht qualifiziert zu sein braucht (vgl.

vorstehend E. 1. 4), um eine grundsätzliche Leistungspflicht der Unfallversicherung auszulösen, ist für den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin nicht erforderlich, dass der Versicherte überwiegend wahrscheinlich an den Folgen des Pleuramesothelioms verstorben ist. Vielmehr genügt es für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin, wenn die ses

auch nur zu einem kleineren Teil dessen Tod (mit-) verursacht hat.

E. 4.2

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass Prof. Dr. E.____

in seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2022 (Urk. 14) aus einem Bericht des Tumorboards Neuroonkologie vom 29. April 2021 zitierte, welcher nicht bei den Akten ist. Im Todesfall-Bericht vom 12. Mai 2021 (Urk. 9/24/2-4) wird auf einen Verlegungsbericht der Medizin verwiesen (S. 2); auch dieser ist den Unterlagen nicht zu entnehmen. Weiter ist davon auszugehen, dass im B.____ eine Krankengeschichte des Versicherten erstellt wurde, auch diese hat die Beschwerdegegnerin nicht eingeholt. Die

entscheidungsrelevanten Akten erweisen sich damit als unvollständig und der medizinische Sachverhalt entsprechend als nicht ausreichend abgeklärt.

Die Sache ist bereits aus diesem Grund an die Beschwerdegegnerin zurück zu weisen.

E. 4.3

mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1).

Die Beschwerdegegnerin hat hierzu keinerlei Abklärungen getätigt und weder sie noch die Beschwerdeführerin haben sich dazu im Verfahren geäußert.

Die Sache ist auch aus diesem Grund an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie - nach Beizug der fehlenden Unterlagen - die erforderlichen Abklärungen

in Form einer externen Expertise

tätige und über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide.

E. 4.4

Sollte der Tod des Versicherten auch nur teilweise auf die Berufskrankheit zurückzuführen sein, besteht grundsätzlich ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Witwenrente.

Soweit

aber

das Ableben des Versicherten nur teilweise auf ein versichertes Risiko zurückzuführen ist, wird die Beschwerdegegnerin

diesfalls zusätzlich über eine Kürzung der Witwenrente im Sinne von Art. 36 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 47 UVV zu befinden haben (E. 1.5). In Betracht fällt gegebenenfalls auch eine vergleichsweise Festlegung des Rentenbetrages (Art. 50 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 5.

Die Beschwerdeführerin beantragte die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung (Urk. 1 S. 2 und Urk. 19). Das kantonale Gericht kann von einer solchen jedoch unter anderem dann absehen, wenn es auch ohne eine öffentliche Verhandlung aufgrund der Akten zum Schluss gelangt, dass dem materiellen Rechtsbegehren der bezüglich der Verhandlung Antrag stellenden Partei zu entsprechen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_495/2020 vom 6. Januar 2021 E.

2.2). Da dem Antrag der Beschwerdeführerin auf Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 13 S. 2) vollständig entsprochen wird, wird auf die Durchführung der beantragten öffentlichen Verhandlung verzichtet. 6.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb die vertretene Beschwerdeführerin in Anspruch auf eine Parteientschädigung hat. Diese wird vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens festgesetzt (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Die Beschwerdegegnerin ist deshalb zu verpflichten, der Beschwerdeführerin in eine Parteientschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und 7.7 % MWS T) auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Juni 2022 aufgehoben und die Sache an die Suva zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheide. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin in eine Parteientschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Kurt Pfau - Suva - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art.

46

BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Gräub Lanzicher

E. 9

/ 41) wies die Suva mit Entscheid vom 15.

Juni 2022 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob die Witwe des Versicherten am 17. August 2022 Beschwerde (Urk.

1) und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei die Vorinstanz zu verpflichten, ihr die gesetzlich zustehenden Leistungen als Folge der Berufskrankheit zu erbringen. Zudem sei die Vorinstanz anzuweisen, ein medizinisches Gutachten zur Klärung der Todesursache des Versicherten in Auftrag zu geben und es sei eine öffentliche Verhandlung durchzuführen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom

E. 11

Oktober 2022 beantragte die Suva, die Beschwerde sei abzuweisen (Urk. 8). Mit Replik vom 3. Januar 2023 (Urk. 13) beantragte die Beschwerdeführerin neu, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen mit der Verpflichtung, ein neutrales medizinisches Gutachten zur Frage der primären Todesursache des Versicherten in Auftrag zu geben. Mit Duplik vom 7.

Februar 2023 (Urk. 18) hielt die Suva an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest, was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 17. Februar 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 12

September 2020 - Klinik: Hemiparese links und fokale neurologische Krampfanfälle brachiofazial links -

E. 15

September 2020: parietale Minikraniotomie mit Tumorsektion und Duraplastik parietal rechts - MRI 16. September 2020: vollständige Entfernung der kontrastmittelaufnehmenden Tumorkomponente - postoperative Radiotherapie mit $15 \times 2.67 \text{ Gy} = 40.05 \text{ Gy}$ vom 20. Oktober bis 9. November 2020 - MRI 19. Februar 2021: kein Hinweis auf ein Rezidiv - aktuell (16. April 2021): Tumorzidiv, klinisch Absence-Epilepsie, MRI Schädel: Tumorzidiv

temporopolar, Gyrus frontalis inferior/medius links - 29. April 2021: Tumorboard Neuroonkologie: keine weiteren tumorgerichteten Therapieoptionen

(BSC) 2. Pleuramesotheliom rechts, Erstdiagnose 2020 - Status nach Asbestexposition vor 40 Jahren (Elektromonteur) - 12. September 2020 CT Thorax: ausgeprägte zirkuläre irreguläre pleurale Wandverdickungen, nahezu die

gesamte rechte Pleura betreffend -

E. 16

April 2021 CT Thorax: deutliche Progredienz der pleuralen Wandverdickungen mit Serothorax

und Totalatelektase rechts. Konsekutive Verlegung des Mediastinums nach links. Invasion der

hilären Strukturen rechts sowie der Trachea. Progrediente perihepatische Implantate und Pleura karzinose

im Oberbauch links mit konkomittierendem Aszites - 22. April 2021: transthorakale Stanzbiopsie mit diagnostischer/therapeutischer Pleurapunktion :

Drainage von 500 ml Erguss, histologischer Nachweis von Mesotheliomzellen - 27. April 2021 Bronchoskopie: vollständiger Verschluss aller Oberlappen segmente rechts und

hochgradige Stenosierung des proximalen Unterlappen bronchus rechts, am ehesten durch extrinsische

Tumorkompression - 28. April 2021: PleurX -Einlage - 29. April 2021 Tumorboard: bei prognoseführendem Glioblastomrezidiv keine tumorgerichtete

Therapie 3. strukturelle Epilepsie - Klinik: fokale Krampfanfälle linke Gesichtshälfte, linker Arm, EM 08/2020 - i.R. Narbengewebe nach Glioblastomoperation und Bestrahlung

4. thorakales viszerales Schmerzsyndrom - bei progredientem Mesotheliom , grossvolumigem Pleuraerguss und PleurX -Einlage 5. limitierende Fatigue, ECOG 4 - primär tumorbedingt mit Tagesmüdigkeit, Leistungsintoleranz, zunehmen der Immobilisierung und

Bettlägerigkeit 6. Anorexie-Kachexie-Syndrom, Grad 1 - Gewichtsverlust 3 kg (4,2

% des Körpergewichts) über 2 Monate, BMI aktuell 22.8 kg/m² - erhebliche Energie- und Eiweissmangelernährung (NRS > 5 / Verschlechterung Ernährungszustand

Grad 3) 7. perioperative ausgedehnte Ischämie medial und posterior der Resektionshöhle EM 09/2020 - Klinik: armbetonte Hemiparese links 8. Diskusprotrusion C3/4 und C5/6, Erstdiagnose vor 2004

Dazu führten sie aus, dass die Übernahme von der Klinik für Innere Medizin erfolgt sei zur Symptomkontrolle bei symptomatischem Rezidiv eines Glioblastoms sowie progredientem Pleuramesotheliom . Für den bisherigen Verlauf werde auf den Verlegungsbericht der Medizin verwiesen . Zusammengefasst sei es innert weniger Tage zu einer Entkräftigung mit Immobilisation, Fatigue und Vigilanzminderung gekommen . Gemäss Tumorboard-Entscheidung hätten beim prognoseführenden Glioblastom-Rezidiv keine tumorgerichteten Therapieoptionen bestanden. Für den Versicherten seien thorakale Schmerzen im Vordergrund gestanden , welche sie im Rahmen des progredienten Mesothelioms , des gross volumigen Pleuraergusses und der kürzlichen PleurX -Einlage interpretiert hätten. Unter angepasster Analgesie und regelmässiger Drainage sei eine gute Schmerzkontrolle gelungen . Die Vigilanzminderung und die Absenzen hätten am ehesten im Rahmen des Glioblastomprogresses mit perifokaler Ödembildung

bestanden und sich mit erhöhter Dexamethason- und Levetiracetamdosierung verbessert . Anhaltend hätten jedoch eine erhebliche Fatigue und auch psychische Belastung bestanden . Der Versicherte habe immer versucht, den Tumor zu besiegen und nun gespürt , dass die Kräfte abnehmen würden und er habe sich mit existentiellen Fragen konfrontiert gesehen .

Nach anfänglicher Überforderung des Versicherten und seiner Familie sei mit stützenden Gesprächen und optimierter Symptomkontrolle eine rasche Adaptation an die neue Situation gelungen. Wie erwartet habe sich der Zustand rasch mit erneuter Vigilanzminderung und klinischem Verdacht auf (Aspirations-)Pneumonie verschlechtert. Der Versicherte sei ruhig am 10. Mai 2021 um 21:03 Uhr verstorben. Eine Autopsie sei nicht durchgeführt worden (S. 2). 3. 2

Suva-Ärztin Dr. med. A.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 18. August 2021 (Urk. 9/28) fest, gemäss dem Todesfallbericht vom 12. Mai 2021 aus dem B.____ sei beim Versicherten bis zum Tod die führende, infauste Diagnose Glioblastom gewesen, an der er letztendlich überwiegend wahrscheinlich verstorben sei. Somit sei als Todesursache die Diagnose Glioblastom anzunehmen, nicht die anerkannte Berufskrankheit Mesotheliom. 3. 3

In ihrer Beurteilung vom 23. Februar 2022 (Urk. 9/35) ergänzte Dr. A.____, dem Todesfall-Bericht des B.____ vom 12. Mai 2021 sei zu entnehmen, dass nicht nur die Diagnose Glioblastom (Hauptdiagnose), sondern auch die Diagnose Pleuramesotheliom (anerkannte Berufskrankheit und Zweit-/Neben diagnose) bestanden hätten. Gemäss Einwand der Beschwerdeführerin hätten für den Versicherten die thorakalen Beschwerden im Vordergrund gestanden (korrekt gemäss Bericht B.____), welche hätten behandelt werden können, «wogegen der Hirntumor von der Symptomatik her ziemlich unauffällig blieb», was nicht dem Bericht des

B.____

entspreche, «Vigilanzminderung und Absenzen bestanden a.e. i.R. des Glioblastomprogresses mit perifokaler Ödembildung ...». Die Schlussfolgerung der Beschwerdeführerin, wonach der Versicherte gemäss dem Todesfall-Bericht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit primär am asbestbedingten Mesotheliom und den damit verbundenen schwerwiegenden Komplikationen verstorben sei, sei falsch.

Entweder sei der ausführliche Bericht aus dem B.____ nicht korrekt gelesen oder fehlinterpretiert worden (S. 1). Für die Klärung der Frage der Todesursache sei der Entscheid des Tumorboards vom 29. April 2021 «bei prognoseführendem Glioblastomrezidiv keine tumorgerichtete Therapie des Glioblastoms» ausschlaggebend. Aufgrund des fortgeschrittenen Glioblastoms sei eine multimodale Therapie des Mesothelioms, die bei sonst gesunden Patienten eine Lebenserwartung von zwei bis drei Jahren ergeben könne, nicht mehr in Betracht gekommen. Des Weiteren sei «die Übernahme von der Klinik für Innere Medizin ... zur Symptomkontrolle bei symptomatischem Rezidiv eines Glioblastoms, sowie progredientem Pleuramesotheliom» erfolgt. Für den Versicherten habe somit die palliative Therapie aufgrund des Glioblastoms im Vordergrund gestanden. Zusammenfassend gehe aus dem Todesfall-Bericht unmissverständlich als zum Tode führende Diagnose das berufskrankheitsfremde

Glioblastom hervor.

Dass die Todesursache primär auf die von der Beschwerdegegnerin anerkannte Berufskrankheit zurückzuführen sei, entspreche nicht der Richtigkeit (S.

2). 3. 4

Prof. Dr. med. E.____, Chefarzt und Klinikleiter des Instituts für Radio-Onkologie am B.____, hielt in seinem Bericht vom 12. August 2022 zu Händen der Beschwerdeführerin

folgende Diagnosen fest (Urk. 9/47): 1. rezidiv Glioblastom WHO Grad IV, Erstdiagnose 12. September 2020 - MGMT nicht methyliert, IDH1 wilde type - Lobulus parietalis inferior bis in den inferioren Anteil des Gyrus post centralis rechts reichend - Hemiparese links und fokale-neurologische Krampfanfälle brachiofazial links - CT 12. September 2020: Raumforderung rechtshemisphärisch, keine Hirn druckzeichen, keine Mittellinienverlagerung - MRI 12. September 2020: primär hirneigener Tumor von max. knapp 4 cm Durchmesser mit deutlichem perifokalem Ödem und mit geringer deszendierender Verlagerung des Mesenzephalons und geringer Mittellinienverlagerung, sowohl die morphologischen Charakteristika als auch die funktionellen Charakteristika sprechen für ein Glioblastom - Status nach parietaler Minikraniotomie mit navigationsgesteuerter 5-Alanin-assistierter Tumorsektion und Biopsieentnahme mit Duraplastik parietal rechts 15. September 2020 - MRI 16. September 2020: vollständige Entfernung der kontrastmittel aufnehmenden Tumorkomponente, stationäres perilesionales Ödem mit geringem raumforderndem Effekt ohne Dynamik zur Voruntersuchung, peripherie ausge dehnte Ischämie medial und posterior der Resektionshöhle - Status nach postoperativer Radiotherapie Teilhirn rechts mit 15 x 2.67 Gy = 40.05 Gy vom 20. Oktober bis 9. November 2020 - MRI Schädel 10. Dezember 2020: kein sicherer Hinweis auf Tumorrezidiv, kein Hinweis auf eine Leptomeningeosis

carcinomatosa, deutlich regredientes perifokales Ödem mit nun wieder gut entfaltetem Unterhorn rechts - Status nach epileptischem Anfall unter 1000 mg Levetiracetam 16. Februar 2021 - MR Schädel 18. Februar 2021: kein Hinweis auf ein Rezidiv bei Zustand nach Resektion eines rechts parietalen Tumors mit postoperativen Residuen - kontrollierte Tumorsituation, keine neuen epileptischen Episoden seit Erhöhung von Levetiracetam auf 2000 mg pro Tag - MR Schädel 16. April 2021: die kontrastmittelanreichenden Areale temporopolar links wie auch im Gyrus frontalis inferior und medius links zeigen sowohl erhöhten K_{trans}-Wert, erhöhten RCBV als auch erhöhten ADC und sind somit zusammen mit den morphologischen Charakteristika in erster Linie vereinbar mit Tumorgewebe im Sinne von Zweitumoren, das kleine oder leere kontrastmittelanreichernde Areal am posteroinferioren/medialen Rand des Resektionsbereiches parietal auf der rechten Seite hat keinen pathologisch erhöhten RCBV

und ist somit in erster Linie vereinbar mit Narbengewebe 2. Pleuramesotheliom mit progredienten pleuralen Wandverdickungen rechts, Erstdiagnose April 2022 (richtig: 2021) - Serothorax mit Totalatektase rechts - CT 12. September 2020: ausgeprägte zirkuläre irreguläre pleurale Wandverdickungen, nahezu die gesamte rechte Pleura betreffend, Differentialdiagnose

Pleuramesotheliom (wahrscheinlich T2-3, N0, M0) - CT Thorax 16. April 2021: deutliche Progredienz des Pleuramesothelioms mit Serothorax und totaler Atektase rechts, Verlegung des Mediastinums nach links, Inversion der hilären Strukturen rechts sowie der Trachea, progrediente perihepatische Implantate und Pleurakarzinose im Oberbauch links mit konkomitierendem Aszites - 22. April 2022 (richtig: 2021) : Histologie: Weichgewebsbiopsien und Anteile quergestreifter Muskelfasern mit Infiltraten durch ein Mesotheliom - Zytologie 3. Mai 2022 (richtig: 2021) : das Sediment (Aszites) enthält auf einem zellreichen gemischten reaktiven Hintergrund (Lymphozyten, Histiozyten, neutrophile Granulozyten und mesotheliale Reizformen) stellenweise auch schwer atypische Mesothelien mit Verlust der Desmin-Expression, das Gesamtzellbild spricht für eine Manifestation im Rahmen des vorbekannten Mesothelioms, Status nach

Asbest-Exposition (Elektromonteur) vor 40 bis 45 Jahren

Dazu führte er aus, hinsichtlich der Todesursache sei festzuhalten, dass der Versicherte an zwei malignen Erkrankungen gelitten habe. Einerseits an einem Glioblastom, andererseits an einem Pleuramesotheliom. Nach der Primärtherapie des Glioblastoms bis November 2020 sei es im April 2021 zu einem Rezidiv gekommen. Zudem habe sich der Versicherte mit einer raschen Tumorprogression des Pleuramesothelioms im gleichen Zeitraum präsentiert. Aufgrund der Verschlechterung des Allgemeinzustandes einschliesslich Atemnot habe er hospitalisiert werden müssen und sei dann auch am 10. Mai 2021 am B.____ verstorben. Hinsichtlich der Todesursache sei festzuhalten, dass beide Krankungsbilder eine hohe Mortalität aufweisen und für sich in der Regel in einer palliativen Situation enden und zum Tode führen würden. Beim Versicherten sei es nicht eindeutig klar, welches Krankungsbild den Tod am 10. Mai 2022 (richtig: 2021) herbeigeführt habe. Es sei nicht auszuschliessen, dass die respiratorischen Komplikationen seitens des Pleuramesothelioms die unmittelbare Todesursache dargestellt beziehungsweise den Sterbeprozess beschleunigt hätten. Ein medizinisches Gutachten könne zur Klärung beitragen. 3. 5

In ihrer ärztlichen Beurteilung vom 21. September 2022 (Urk. 9/49) ergänzte Dr. A.____, Histologie und MRI-Untersuchung würden die Unabhängigkeit des Pleuramesothelioms vom Glioblastom und umgekehrt dokumentieren. Prof. Dr. E.____

gebe an, «nach der Primärtherapie des Glioblastoms bis November 2020 kam es im April 2021 zu einem Rezidiv. Zudem präsentierte sich der Patient mit einer raschen Tumorprogression des Pleuramesothelioms im gleichen Zeitraum.» Die rasche Progression des Pleuramesothelioms

sei auf dessen fehlende Therapie gemäss Beschluss des Tumorboards bei infauster Prognose des führenden Glioblastoms zurückzuführen. Als Konklusion schreiben Prof.

Dr.

E.____, «aus meiner Sicht ist es nicht auszuschliessen, dass die respiratorischen Komplikationen seitens des Pleuramesothelioms die unmittelbare Todesursache darstellt, beziehungsweise den Sterbeprozess beschleunigt haben». Diese unklare Aussage könne so hingenommen werden, treffe jedoch allenfalls den Beweisgrad der Möglichkeit, aber nicht der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Auch widerspricht Prof. Dr. E.____, bei dem der Versicherte wahrscheinlich nur im Oktober/November 2020 kurz mit 15 Bestrahlungen behandelt worden sei, damit dem Bericht der Ärzte der Medizinischen Klinik des B.____ vom 12. Mai 2021, wo er wahrscheinlich über einen längeren Zeitraum und bis zum Ableben behandelt worden sei (S. 1).

Im MRI vom 19. Februar 2021 habe kein Hinweis auf ein Rezidiv des Glioblastoms bestanden, hingegen rund zwei Monate später, nämlich am 16. April 2021, sei ein Tumorrezidiv des Glioblastoms röntgendiagnostisch festgestellt worden. Das sei normal bei einem Glioblastom, das in der Regel nicht R0 (ohne Tumorspuren an den Resektionsrändern) reseziert werden könne und in der Folge trotz weiterer Therapien rezidiviere. Allerdings sei am 29. April 2021 durch das Tumorboard entschieden worden, dass keine weiteren tumorgerichteten (Glioblastom) Therapien mehr vorgenommen werden sollten. Gemäss dem Thorax-CT vom 16.

April 2021 hätten der Serothorax und die totale Atelektase nur rechts bestanden . Allerdings sei das Pleuramesotheliom bereits in Bronchien und Trachea eingewachsen gewesen . Das Pleuramesotheliom

sei wegen der infausten Erstdiagnose «Glioblastom» unbehandelt geblieben (S. 2) .

Die Beschwerdeführerin mache geltend , dass in den letzten rund 14 Tagen vor dem Tod die Beschwerden des Versicherten ausgehend vom Pleuramesotheliom rechts (pleurale Wandverdickung und Pleuraerguss rechts) im Vordergrund gestanden seien , zusätzlich eine Atelektase rechts. Zum Zeitpunkt des Ablebens habe der Versicherte eine intakte Lunge (links) gehabt , mit der eine ausreichende Atemfunktion gewährleistet gewesen sei . Eine einseitige pleurale Wandverdickung, Pleuraerguss sowie Atelektase seien für sich allein keine Todesursachen. Bei paarigen Organen könne mit nur einem Organ die Lebensfunktion aufrechterhalten und teilweise sogar ein normales Leben geführt werden. Die Bronchoskopie am 27. April 2021: «Vollständiger Verschluss aller Oberlappen segmente rechts und hochgradige Stenosierung des proximalen Unterlappen bronchus rechts, am ehesten durch extrinsische Tumorkompression» betraf nur die rechte Lunge, die linke werde nicht erwähnt. Gegen die beschriebenen Flüssigkeitsansammlungen in den Körperhöhlen sei am 28. April 2021 mit Einlage einer PleurX -Drainage Abhilfe geschaffen worden . Aus ärztlicher Erfahrung könne das Ableben im Rahmen eines Glioblastoms ebenso mit pulmonaler Insuffizienz einhergehen, da die Atmung unwillkürlich vom Gehirn gesteuert werde . Der beschriebene Zustand rascher Vigilanzminderung und erheblicher Schwäche könne eher dem länger vorbestehenden Glioblastom als dem erst neu gesicherten Mesotheliom zugeordnet werden . Die Auffassung der Beschwerdeführerin, wonach die fortgeschrittene Erkrankung des Pleuramesothelioms und die dadurch verursachten schwerwiegenden Komplikationen den Tod primär herbeigeführt hätten und das Glioblastom möglicherweise zur Destabilisierung des allgemeinen Gesundheitszustandes des Versicherten beigetragen habe, entspreche den Mutmassungen eines medizinischen Laien. Aufgrund der überwiegend klaren Datenlage, dass das Glioblastom zum Tod geführt habe , seien keine weiteren Abklärungen vorzunehmen, da das Pleuramesotheliom höchstens möglicherweise am Ableben des Versicherten ursächlich gewesen sei (S. 2-3) .

Zusammenfassend seien die früheren Beurteilungen des Ablebens im Zusammenhang mit den

einzelnen

Diagnosen aufgrund der oben dargelegten Zusammenhänge korrekt gewesen .

Ein Gutachten sei nicht nötig.

Eine Ursächlichkeit des als Berufskrankheit anerkannten

Mesothelioms am Ableben des Versicherten sei möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich

(S. 3-4) . 3. 6

Prof. Dr. E. ___ führte in seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2022 zu Händen der Beschwerdeführerin aus (Urk. 14), medizinische Ausgangslage bilde der Todesfallbericht des B. ___ vom 12. Mai 2021. Darin werde

sowohl die Diagnose eines Glioblastoms als auch eines Pleuramesothelioms gestellt. Im

Todesfallbericht werde unter dem Datum vom 16. April 2021 im Zusammenhang mit dem Glioblastom ein Tumorrezidiv festgehalten. Am 29. April 2021 sei am Tumorboard Neuroonkologie beschlossen worden, keine weiteren tumorgerichteten Therapien durchzuführen in

Anbetracht des progredienten Pleuramesothelioms: « Angesichts der beiden Tumore, der fehlenden guten Therapieoptionen beim Glioblastom (eine Rezidivbestrahlung wäre aufgrund

der grossflächigen Ausdehnung unmöglich bis schwierig) empfiehlt das Tumorboard eine rein

symptomorientierte Behandlung i. S. einer aktiven Symptomkontrolle mit Evaluation von PleurX und ev. analgetischer Bestrahlung thorakal (d.h. Verzicht auf antitumorale Therapie einer der beiden Tumore). » Daraus folgt allerdings keineswegs, dass das Glioblastom mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit den Tod des Versicherten herbeigeführt habe. Gemäss Todesfall-Bericht

hätten sich deutliche Komplikationen als Folge des Pleuramesothelioms ergeben (S. 1).

Nach Eintritt des Todes am 10. Mai 2021 sei auf eine Autopsie verzichtet worden, da zu jenem

Zeitpunkt nicht an die versicherungsrechtliche Thematik gedacht worden sei. Aus medizinischer

Sicht könne unter den gegebenen Umständen weder

das Glioblastom noch das

Pleuramesotheliom mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als primäre Todesursache

betrachtet werden. Allenfalls sei es denkbar, dass im Rahmen eines medizinischen

Gutachtens die primäre Todesursache unter dem Gesichtspunkt der höheren

Wahrscheinlichkeit näher geklärt werden könnte. Es spreche sehr viel dafür, dass beide

Krankheitsbilder (Glioblastom, Pleuramesotheliom) in beidseitigem Zusammenwirken den Tod

verursacht hätten (S. 2). 4.

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