

200 14 245 UV  
SCP/GET/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 26. Januar 2016**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Matti  
Gerichtsschreiber Germann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**SUVA**  
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern  
vertreten durch C. \_\_\_\_\_  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. Februar 2014 (E 1773/13)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der über seine damalige Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend SUVA bzw. Beschwerdegegnerin) versicherte D.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter) erlitt am ... 1971 als Beifahrer einen schweren Autounfall, bei dem er sich eine Schädelbasis- und Oberkieferfraktur, Gesichtsfrakturen und Schnittwunden im Gesicht, ein Brillenhämatom sowie eine nasale Liquorfistel zuzog, wobei sich in der weiteren Folge ein posttraumatisches organisches Psychosyndrom und namentlich (wiederholt operativ versorgte) Fistelbildungen im Verletzungsbereich entwickelten (vgl. Akten der SUVA [act. II] 1 f., 51, 81, 219, 328; [act. IIA] 606, 614; [act. IIB] 622 S. 53/7). Ab April 1977 richtete die SUVA dem Versicherten für die verbliebenen Unfallfolgen eine auf einem Invaliditätsgrad von 20% basierende Invalidenrente aus (act. II 100), welche im März 2001 auf 50% (act. IIA 487) und ab August 2010 auf 86% (act. IIB 682) angehoben wurde. Ferner gewährte sie dem Versicherten 1992 aufgrund einer posttraumatisch eingetretenen Hörverschlechterung (act. II 335 f.) sowie 2001 wegen einer kompletten Anosmie, mittelschwerer neuropsychologischer Defizite sowie einer seit 1985 vorliegenden Epilepsie eine Integritätsentschädigung (act. IIA 478; 487).

### **B.**

Im Mai 2010 wurde beim Versicherten ein Bronchuskarzinom entdeckt (act. IIB 684). Am ... 2011 verstarb er an den Folgen eines Krebsleidens (act. IIB 697). Nachdem die SUVA eine kreisärztliche Stellungnahme eingeholt hatte (act. IIB 698), verneinte sie mit Verfügung vom 11. November 2011 (act. IIB 699) gegenüber der Witwe des Versicherten, E.\_\_\_\_\_, einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen mit der Begründung, es bestehe kein Kausalzusammenhang zwischen dem Ableben ihres Ehegatten und dessen Unfall vom 3. Dezember 1971. Dagegen liess E.\_\_\_\_\_ Einsprache erheben (act. IIB 700; 707) und einen Bericht von Professor Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, einreichen (act.

IIB 714), woraufhin die SUVA bei Professor Dr. med. G.\_\_\_\_\_, (damals) Leitender Arzt des H.\_\_\_\_\_, ein Aktengutachten einholte (Expertise vom 7. Mai 2013 [act. IIB 727]). Nachdem E.\_\_\_\_\_ eine weitere Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zum Gutachten von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hatte einreichen lassen (act. IIB 732), wies die SUVA mit Entscheid vom 7. Februar 2014 (act. IIB 737) die Einsprache ab. In der Begründung hielt sie im Wesentlichen fest, gestützt auf das Aktengutachten von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ habe das Tumorleiden in der Lunge und nicht in der frontobasalen Gesichtsschädelverletzung seinen Anfang genommen, weshalb kein Kausalzusammenhang zum Unfall vom ... 1971 bestehe.

### C.

Dagegen liess E.\_\_\_\_\_, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 11. März 2014 Beschwerde erheben und die folgenden Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung vom 11. November 2011 respektive der Einspracheentscheid vom 7. Februar 2014 der SUVA seien aufzuheben und es seien Frau E.\_\_\_\_\_ die gesetzlichen Leistungen im Rahmen des UVG zuzusprechen.
2. Es sei in diesem Fall ein gerichtliches Obergutachten anzuordnen, da unterschiedliche Meinungen von Fachärzten vorliegen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

In der Begründung liess E.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen vorbringen, trotz gewisser Bedenken sei am Gutachter festgehalten worden. Im Unterschied zu Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ – welcher den Versicherten persönlich gekannt habe – habe Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ seine Einschätzung einzig aufgrund der Akten vornehmen können (S. 3 f., Ziffer 2). Ferner sei Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2013 (act. IIB 732) nicht unterbreitet worden, was den Beweiswert des Administrativgutachtens schmälere (S. 4, Ziffer 3). Der Einspracheentscheid sei Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vorgelegt worden und er habe wesentliche Gründe dafür aufgeführt, dass der Primärtumor im frontobasalen Verletzungsbereich (und nicht in der Lunge) entstanden und

damit auch der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Ableben des Versicherten zu bejahen sei (S. 5, Ziffer 5). In Anbetracht dieser divergierenden fachärztlichen Meinungen sei ein Obergutachten durch das Gericht anzuordnen (S. 4 f., Ziffer 3 ff.).

Mit Beschwerdeantwort vom 3. April 2014 beantragt die SUVA, vertreten durch Rechtsanwalt C.\_\_\_\_\_, Abweisung der Beschwerde.

Mit Schreiben vom 25. August 2015 teilte der Rechtsvertreter von E.\_\_\_\_\_ mit, dass diese Ende Juni 2015 verstorben sei.

Nachdem der Rechtsvertreter von E.\_\_\_\_\_ selig einen Erbenschein zu den Akten gereicht hatte, wonach ihr Sohn A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer) als einziger Erbe der E.\_\_\_\_\_ selig anerkannt sei (Akten des Beschwerdeführers [act. I] 4), setzte der Instruktionsrichter das am 27. August 2015 sistierte Verfahren mit prozessleitender Verfügung vom 8. Januar 2016 im Namen des Beschwerdeführers fort.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) in Verbindung mit Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. E.\_\_\_\_\_ selig war im vorinstanzlichen Verfahren nicht durchgedrungen. Mit dem Erwerb der Erbschaft ist der nunmehr beschwerdeführende Sohn, A.\_\_\_\_\_, an die Stelle seiner am 30. Juni 2015 verstorbenen Mutter E.\_\_\_\_\_ (act. I 4) getreten (Art. 560 Abs. 1 und 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [ZGB; SR 210]; vgl. BGE

136 V 7 E. 2.1.2 S. 10) und demzufolge durch den angefochtenen Entscheid berührt. Zudem hat er ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung des Entscheids, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der die Verfügung vom 11. November 2011 (act. IIB 699) bestätigende Einspracheentscheid vom 7. Februar 2014 (act. IIB 737). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob zwischen dem Ableben des Versicherten, dem Vater des Beschwerdeführers, und dem Unfall vom ... 1971 ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 entfiere ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.2** Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat.

Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2 und S. 328 E. 3b). Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge postulierten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. September 2008, 8C\_102/2008, E. 2.2).

**2.3** Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen

hinreichende Klarheit besteht (Entscheid des BGer vom 29. Mai 2013, 8C\_85/2013, E. 3.1).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Gerichts – und der verfügenden Behörde – ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Die Parteien tragen mithin in diesem Verfahrensbereich in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, durch die Beweismittel einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 222).

### **3.**

**3.1** Beim Autounfall im ... 1971 hatte sich der Versicherte multiple Verletzungen, insbesondere eine Schädelbasis- und Oberkieferfraktur sowie Gesichtsfrakturen, zugezogen, welche im Rahmen einer bifrontalen osteoplastischen Kraniotomie mit Verschluss von Liquorfisteln versorgt wurde (act. II 6). Aufgrund lokaler Heilungsprobleme traten in der weiteren Folge wiederholt (und mehrmals operativ behandelte) Fistelbildungen frontobasal im Bereich der verletzungs- und operationsbedingten Narben auf (vgl. act. II 51, 219, 328; act. IIB 622 S. 53/7), letztmals im Jahre 2009, als eine Behandlung mittels einer Resektion des osteomyelitischen Stirnbeins mit Duraplastik der frei liegenden Dura erfolgt war (act. IIA 614; IIB 636 S. 1).

**3.2** Am ... 2011 verstarb der seit 2010 an Krebs leidende Versicherte (act. IIB 684, 697). Unter den Verfahrensbeteiligten ist grundsätzlich unbestritten, dass sein Ableben auf die nämliche Erkrankung zurückzuführen ist. Uneinigkeit besteht demgegenüber hinsichtlich der Frage, ob das Krebsleiden in der Lunge oder aber im frontobasalen (unfallverletzten) Bereich seinen Anfang genommen hat respektive, ob das Krebsleiden und der Tod

des Versicherten im Sinne einer (mittelbaren) Spätfolge natürlich kausal mit dem Unfall vom ... 1971 in Zusammenhang steht.

Den medizinischen Akten lässt sich hierzu im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.2.1** Am 8. Mai 2010 wurde der Versicherte wegen akuter linksthorakaler klemmender Schmerzen ins ...spital eingewiesen. Im entsprechenden Bericht (act. IIB 684) wurde u.a. eine unklare Raumforderung im linken Hilus, DD ein Bronchuskarzinom diagnostiziert. Im CT sei eine tumorverdächtige Raumforderung festgestellt worden.

**3.2.2** Vom ... bis zum ... 2011 war der Versicherte im ...spital hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 15. Juni 2011 (act. IIB 717) wurden im Wesentlichen eine Mukozele Orbita links, DD Metastase und ein wenig differenziertes NSCLC (nicht-kleinzelliges Bronchialkarzinom) linker Oberlappen diagnostiziert. Weiter geht aus dem Bericht hervor, dass im Januar 2011 eine erweiterte Pneumonektomie links mit mediastinaler Lymphknotenentfernung erfolgte. Ferner wurde am ... 2011 eine Osteosynthesematerialentfernung am Sinus frontalis mit Wunddebridement bis zur linken Orbita durchgeführt, wobei differentialdiagnostisch eine Metastase eines wenig differenzierten Lungenkarzinoms diagnostiziert wurde. Supra-orbital seien mehrere Biopsien entnommen und zur infektiologischen und histologischen Untersuchung eingeschickt worden (vgl. act. IIB 716).

**3.2.3** Im Bericht vom 27. Juni 2011 (act. IIB 715) hielt Prof. (damals PD) Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zu Handen des Spitals I. \_\_\_\_\_ fest, das Karzinomgewebe zeige eine ähnliche Morphologie wie das diagnostizierte Lungenkarzinom.

**3.2.4** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt mit Bericht vom 18. Oktober 2011 (act. IIB 697) gegenüber der Beschwerdegegnerin fest, der Versicherte sei am ... 2011 im Pflegezentrum eingetreten und am ... 2011 verstorben. Das Grundleiden habe in einem metastasierenden, wenig differenzierten NSCLC im linken Oberlappen bestanden. Die unmittelbare Todesursache sei vermutlich eine Pneumonie gewesen. Eine Autopsie sei nicht durchgeführt worden.

**3.2.5** Mit Bericht vom 21. März 2012 (act. IIB 714) hielt Prof. Dr. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers im Wesentlichen fest, die bisherigen Argumente für die Annahme eines pulmonalen Primärtumors seien nicht sicher schlüssig. Die Erfassung des Lungentumors vier Monate vor demjenigen im frontalen Verletzungsbereich schliesse ein vorbestehendes kleines primäres Karzinom frontal nicht aus. Es gebe nicht wenige Fälle mit Lungen- und anderen Metastasen, bei denen der Primärtumor erst später oder gar nicht entdeckt werde. Zudem könne der regionale Lymphknotenbefall mediastinal auch von einer Lungenmetastase ausgehen. Es sei dies kein sicherer Beweis für einen primären Tumor (S. 3).

Der terminale Verlauf mit Tod am ... 2011 sei im Wesentlichen tumorbedingt. Es gebe aber Gründe für einen erst später fassbaren, vorerst kleineren Primärtumor frontobasal im Verletzungsbereich mit Metastasierung in die Lunge, nämlich: Die aussergewöhnliche und über Jahre sich hinziehende Traumatisierung des ausgedehnten bilateralen epiduralen Narbengewebes durch Infekte und wiederholte Reoperationen. Solche Traumatisierungen begünstigten die Entstehung eines „Narbenkarzinoms“. Dazu kämen Überlegungen über die Karzinogenese vonseiten der verwendeten plastischen Allosubstanz zum Verschluss der basalen Liquorfisteln, nachgewiesen in Tierversuchen und erwägenswert beim Menschen nach Latenzzeiten von 30 Jahren und mehr. Insgesamt sei der frontale Tumor im Bereich des Traumas mit Wahrscheinlichkeit der primäre Ausgangspunkt. Ein primärer Lungentumor bleibe möglich. Ein Kausalzusammenhang zwischen dem Schädelhirntrauma aus dem Jahre 1971 und dem terminalen Verlauf 2011 sei somit wahrscheinlich (S. 5).

**3.2.6** Im zu Händen der Beschwerdegegnerin verfassten Aktengutachten vom 7. Mai 2013 (act. IIB 727) führte Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im Wesentlichen aus, es liege ein metastatisches Tumorleiden vor, das histomorphologisch und in den immunhistochemischen Untersuchungen einem Plattenepithelkarzinom entspreche. Plattenepithelkarzinome verschiedener Herkunft unterschieden sich nicht in ihrer Morphologie oder ihrem immunhistochemischen Profil, beides helfe also nicht bei der Klärung der Herkunft eines solchen Karzinoms. Somit müssten Überlegungen zu seiner Herkunft

anders argumentieren. Seines Erachtens habe das Tumorleiden beim Versicherten mit hoher Wahrscheinlichkeit seinen Ausgangspunkt in der Lunge genommen. Die Gründe hierfür seien folgende: Der Versicherte sei Raucher mit 45 py und habe damit ein erhebliches Risiko gehabt (S. 2), ein Lungenkarzinom zu entwickeln. Es liege initial ein singulärer, hilusnaher Tumorherd vor, was die häufigste klinische Präsentation primärer Lungenkarzinome sei, sich hingegen eher selten bei einem metastatischen Lungenbefall finde. Die initial involvierten Pneumologen, denen normalerweise alle klinischen Befunde vorlägen, hätten den Tumor als „Bronchuskarzinom im linken Hilus“ beurteilt, was einem Primärtumor der Lunge entspreche. Auch in den Angaben zur zytologischen Untersuchung vom 9. Juli 2010 finde sich „Klinische Diagnose: NSCLC Oberlappen links“, was bedeute, dass der behandelnde Arzt von einem primären, nichtkleinzelligen Lungenkarzinom ausgehe. Dementsprechend sei der Versicherte im Januar 2011 pneumon- und lymphadenektomiert worden. Die auf diesen Operationspräparaten basierende Tumorklassifikation gehe weiterhin von einem Primärtumor in der Lunge aus, zu diesem Zeitpunkt seien offenbar keine anderen Tumormanifestationen bekannt. Von ersten Tumormanifestationen ausserhalb der Lunge werde fünf Monate später berichtet, auch diese Sequenz der Ereignisse spreche eher für eine Metastasierung eines primären Lungenkarzinoms als für einen unbekanntem Primarius mit initial solitärer Lungenmetastase. Allerdings müsse hier festgehalten werden, dass auch heute noch keine Möglichkeit bestehe, primäre Lungenkarzinome mit absoluter Sicherheit von Metastasen abzugrenzen. Zwei histologische Merkmale bei Lungenkarzinomen könnten Hinweise auf einen Primärtumor sein (S. 3): der Nachweis von „Vorläuferläsionen“ und ein infiltratives Wachstum des Tumors in der Peripherie. Deshalb seien die Schnittpräparate für dieses Gutachten erneut beurteilt worden und weiterhin seien keine „Vorläuferläsionen“ nachweisbar, was jedoch nicht gegen die Diagnose eines Primärtumors spreche. Hingegen lasse sich ein infiltratives Wachstum in der Tumorperipherie beobachten, was eher bei Primärtumoren als bei Metastasen mit einem verdrängenden Wachstum beobachtet werde.

Die von Professor Dr. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten favorisierte Alternative, wonach ein primäres Plattenepithelkarzinom im Bereich der

Unfallverletzungen mit Metastasierung in die Lunge erfolgt sei, scheinere weniger wahrscheinlich. Mit Bezug auf das Szenario einer Entstehung des Tumors auf dem Boden der Biobondeinlage habe eine PubMed Suche nur einen berichteten Fall eines mit Biobond assoziierten Malignoms bei Menschen ergeben. Im Weiteren sei eine Entstehung des Karzinoms auf dem Boden der chronischen Entzündung grundsätzlich gut bekannt. Beim Versicherten müsste bei einer solchen vermuteten Ätiologie wohl am ehesten von einem von einem Fistelgang-assoziierten Karzinom ausgegangen werden; die Hautoberfläche selber habe ja offenbar keinen tumorsuspekten Befund geboten. Hierbei wäre allerdings verwunderlich, dass im Rahmen der Revision der Verletzungszone im Januar 2009 lediglich eine „chronisch granulierende, herdförmig auch akute Osteomyelitis mit Fremdkörperreaktion“, aber kein Malignom diagnostiziert worden sei, ein solches von hier aber bereits 16 Monate später zu einer substantiellen Lungenmetastase hätte geführt haben sollte (S. 4).

Zur Frage, ob das Ableben des Versicherten im Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom ... 1971 stehe, hielt Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ fest, die Überlegungen hierzu seien rein spekulativ, da nur eine Meinung zur Todesursache vorliege und keine Autopsie durchgeführt worden sei. Sofern der Versicherte an einer Pneumonie gestorben sei, so würde diese mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zusammenhang mit seinem metastasierenden Tumorleiden stehen. Dieses habe sehr wahrscheinlich keinen Zusammenhang mit dem Unfall vom ... 1971 (S. 5).

**3.2.7** In der zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfassten Stellungnahme vom 18. Juni 2013 (act. IIB 732) bestätigte Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ seine im Bericht vom 21. März 2012 (act. IIB 714) gezogenen Schlussfolgerungen (S. 4). Im Wesentlichen hielt er fest, die von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zitierten Prädilektions-Lokalisationen von primären und metastatischen Lungentumoren seien statistische Hinweise, im Einzelfall aber nicht entscheidend. Die eher für pulmonale Primärtumoren sprechenden histologischen Merkmale seien im vorliegenden Fall nur vereinzelt vorhanden. Und manche Schlussfolgerungen, basierend auf der zeitlich-diagnostischen Abfolge der Karzinommanifestationen pulmonal/extrapulmonal seien unsicher. Insgesamt sei es mit Prof. Dr. med.

G.\_\_\_\_\_ „auch heute nicht möglich, primäre Lungenkarzinome mit absoluter Sicherheit von Metastasen abzugrenzen“.

Die Bezeichnung „Bronchuskarzinom“ im Sinne eines Primärtumors der Lunge sei u.a. durch initial involvierte Pneumologen erfolgt, die keine Kenntnis von möglichen Zusammenhängen mit der frontobasalen Verletzung hätten haben können. Sie habe deshalb kein Gewicht.

Für die höhere Wahrscheinlichkeit eines Primärtumors im Verletzungsbereich frontobasal müsse auf die mögliche Verursachung durch Gewebekleber hingewiesen werden, weil beim Versicherten das alloplastische Biobond im ausgedehnten Verletzungsbereich besonders reichlich habe verwendet werden müssen (S. 2).

Ein wesentliches Argument für die Annahme, dass der Primärtumor im frontobasalen Verletzungsbereich entstanden sei, liege im Umstand, dass der Versicherte schwerste, sich über Jahrzehnte hinziehende lokale Heilungsprobleme gehabt habe. Die Liquorzysten seien zwar solid verschlossen worden, das Problem aber seien chronische, intermittierend akute, infektiös-entzündliche Prozesse extradural in den basalen Narben- und ossären Trümmerzonen der Nasennebenhöhlen gewesen, verbunden mit einer persistierenden frontalen Hautfistel. Soweit Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ am ehesten ein Pflasterzellkarzinom im Bereich der frontalen Hautfistel erwartet habe, die Haut aber tumorfrei gewesen sei, so ergebe sich – nach Rücksprache mit Pathologen – auch die Möglichkeit eines Pflasterzellkarzinoms in der narbigen basalen Trümmerzone. Wenn nun bei der operativen Revision der Verletzungszone 2009 kein Tumorgewebe, sondern lediglich eine Osteomyelitis gefunden worden sei (S. 3), spreche dieser örtlich partielle Befund vom Januar 2009 keineswegs gegen ein ausserhalb der Biopsie-Zone liegendes örtlich umschriebenes Primärkarzinom, das dann erst 2011 nach weiterer Ausdehnung diagnostisch manifest geworden sei (S. 4).

**3.2.8** Mit zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erstellter „Stellungnahme zum Einsprache-Entscheid“ vom 4. März 2014 (act. I 3) bestätigte Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Wesentlichen seine in den Berichten vom 21. März 2012 (act. IIB 714) und 18. Juni 2013 (act. IIB 732)

getroffenen Feststellungen. Im Übrigen gelte die überwiegende Wahrscheinlichkeit für den frontalen Primärtumor und auch für den Kausalzusammenhang zwischen dem Tod des Versicherten und dem Unfall.

### **3.3**

**3.3.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

**3.3.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener

Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

**3.4** Das Aktengutachten von Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ (act. IIB 727) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.3.2 vorne) und erbringt vollen Beweis. Es basiert auf den vollständigen Akten und aktuellen histologischen Untersuchungen. Seine Schlussfolgerung, wonach primär von einem Lungenkarzinom mit nachfolgender Metastasierung in den Bereich der frontobasalen Gesichtsschädelverletzung auszugehen sei und – soweit ein pneumoniebedingter Todesfall vorgelegen habe – das Ableben des Versicherten keinen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom ... 1971 habe, ist im Lichte des vom Experten dargelegten Argumentariums sowie der vorhandenen Akten nachvollziehbar und überzeugt.

**3.5** Was der Beschwerdeführer gegen den Beweiswert des Aktengutachtens geltend macht, dringt nicht durch:

**3.5.1** Soweit er zunächst mit seinem Vorbringen, hinsichtlich des Gutachters gewisse Bedenken gehabt zu haben (S. 3, Ziffer 2), insinuiert, das Gutachten hätte nicht angeordnet werden dürfen, weshalb bereits aus formellen Gründen nicht darauf abgestellt werden könne, geht er fehl: Die Beschwerdegegnerin hat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vorgängig der Beauftragung zur Aktenbegutachtung über die Person des Gutachters sowie die vorgesehenen Fragen orientiert (act. IIB 723). Der Beschwerdeführer hat hierauf zwar die Frage nach der fachlichen Qualifikation des Experten als nicht abschliessend beurteilbar bezeichnet, indes keine konkreten Einwendungen im Sinne der Rechtsprechung erhoben (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.), geschweige denn den Gutachter explizit abgelehnt (act. IIB 725). Ebenso wenig opponierte der Beschwerdeführer gegen den hernach erfolgten Gutachtensauftrag (act. IIB 726). Mithin wurde das Aktengutachten des Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ im gesetzlich vorgesehenen Verfahren für die Einholung versicherungsexterner Gutachten eingeholt und es kann auch als solches gewertet werden.

**3.5.2** In der Sache ist sodann unbestritten, dass es sich bei den beiden operativ angegangenen Karzinomherden frontobasal links im Verletzungs-

bereich und pulmonal im linken Oberlappen um ein metastatisches Tumorerleiden handelte, welches histomorphologisch und in den immunhistochemischen Untersuchungen einem Plattenepithelkarzinom entsprach und sich Plattenepithelkarzinome verschiedener Herkunft in ihrer Morphologie oder ihrem immunhistochemischen Profil nicht unterscheiden (act. IIB 727 S. 2). Demnach vermag die Histologie keinen hinreichenden Aufschluss über die hier interessierende Frage nach dem Primärtumor und damit der Kausalität zu liefern. Da nach dem Ableben des Versicherten zudem keine Obduktion erfolgt ist, ist es entgegen der Auffassung von Prof. Dr. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (vgl. act. IIB 732 S. 1 f.) nachvollziehbar, wenn Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ seine Schlussfolgerungen u.a. gestützt auf die zeitlich-diagnostische Abfolge der Karzinommanifestationen traf.

In dieser Hinsicht geht aus dem Bericht des Spitals I. \_\_\_\_\_ hervor, dass bereits am 8. Mai 2010 (act. IIB 684) bei klinisch vorliegenden Thoraxschmerzen sowie computertomographisch erstellter Raumforderung im linken Hilus mit Ausläufern in das linke Lungenparenchym differentialdiagnostisch ein Bronchuskarzinom festgestellt wurde. Dies liess Prof. Dr. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ im ersten Bericht vom 21. März 2012 unerwähnt (act. IIB 714), um in der Stellungnahme vom 18. Juni 2013 (act. IIB 732 S. 2) hierzu lediglich festzuhalten, dass diese Feststellung „kein Gewicht“ habe, weil die involvierten Pneumologen keine Kenntnis von möglichen Zusammenhängen mit der frontobasalen Verletzung gehabt haben könnten. Diese Auffassung mutet indes apodiktisch an und überzeugt nicht, gilt es doch zu beachten, dass die Resektion des osteomyelitischen Stirnbeins im Januar 2009 ebenfalls im ...spital erfolgt war (act. IIA 614) und den behandelnden Ärzten die Krankengeschichte somit grundsätzlich bekannt gewesen sein dürfte. Soweit Prof. Dr. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ deshalb annimmt, zwischen der Erfassung des Lungentumors und jener der Diagnose eines Plattenepithelkarzinoms im Bereich der frontobasalen Gesichtsschädelverletzung seien lediglich vier Monate vergangen (act. IIB 714 S. 3), womit er einen nahen zeitlichen Zusammenhang der beiden Tumormanifestationen impliziert, kann ihm nicht gefolgt werden. Gegenteilig ist erstellt, dass zwischen der Entdeckung des Lungentumors im Mai 2010 und jener im Bereich der unfallbedingten Gesichtsschädelverletzungen im Juni 2011 (act. IIB 716 f.) über ein Jahr verstrich. Demnach spricht der chronologische Verlauf und

die dokumentierte diagnostische Abfolge für die von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vertretene Auffassung eines pneumonalen Primärtumors.

**3.5.3** Für seine Einschätzung eines primären Plattenepithelkarzinoms im Bereich der unfallbedingten Gesichtsschädelverletzungen mit Metastasierung in die Lunge führt Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ sodann im Wesentlichen zwei Argumente ins Feld: Zum einen eine mögliche Entstehung des Tumors auf dem Boden der (im Rahmen der Versorgung der unfallbedingten Schädelverletzungen verwendeten) Biobondeinlagen und zum andern eine Entwicklung aufgrund chronischer Entzündungen.

Dem ersten Argument hielt Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ entgegen, dass eine entsprechende Krebsätiologie statistisch äussert selten sei (act. IIB 727 S. 4), welche Auffassung Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ einzig mit einem Verweis auf die Ergebnisse von Tierversuchen in Frage stellte, anderweitig jedoch nicht falsifizierte. Entsprechend hielt er denn auch selber fest, dass die Verwendung des alloplastischen Biobonds lediglich eine „ursächliche Möglichkeit“ darstelle (act. IIB 732 S. 3).

Mit Bezug auf das zweite Argument anerkennt Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zwar grundsätzlich die Karzinogese von chronischen Entzündungen (act. IIB 727 S. 4), macht jedoch unter Bezugnahme auf den vorliegenden Fall geltend, beim Versicherten müsste bei einer solch vermuteten Ätiologie wohl am ehesten von einem von einem Fistelgang-assoziierten Karzinom ausgegangen werden, wobei die Hautoberfläche selber offenbar keinen tumorsuspekten Befund geboten habe. Weiter hielt der Gutachter fest, hierbei wäre es allerdings verwunderlich, dass im Rahmen der Revision der Verletzungszone im Januar 2009 lediglich eine „chronisch granulierende, herdförmig auch akute Osteomyelitis mit Fremdkörperreaktion“ (vgl. auch act. IIA 614), aber kein Malignom diagnostiziert worden sei, ein solches von hier aber bereits 16 Monate später zu einer substantiellen Lungenmetastase hätte geführt haben sollen. Dieser Einschätzung stellte Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ einzig die von anderen Pathologen gesprächsweise in Erfahrung gebrachte Möglichkeit gegenüber, dass in der narbigen basalen Trümmerzone ein Pflasterzellkarzinom hätte lokalisiert sein können und der „örtlich partielle Befund“ der Osteomyelitis nicht gegen ein ausserhalb der Biopsie-Zone liegendes örtlich umschriebenes Primärkarzinom spreche

(act. IIB 732 S. 4). Dies überzeugt in beweismässiger Hinsicht indes nicht: Den Akten und namentlich dem Operationsbericht vom 29. Januar 2009 (act. IIA 614) lassen sich keine Hinweise für das Vorliegen eines Malignoms entnehmen. Indem Prof. Dr. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ eine anderweitige, jedoch damals nicht entdeckte Lokalisierung in Erwägung zieht, so handelt es sich hierbei um eine – wie er selber festhält (act. IIB 732 S. 3) – blosser Möglichkeit und damit theoretische Einschätzung, welche die schlüssige, sich auf die aktenmässig tatsächlich ausgewiesenen medizinischen Gegebenheiten abstützende Beurteilung des Administrativgutachters nicht in Frage zu stellen vermag.

**3.5.4** Zur Begründung seiner Einschätzung eines primären Lungentumors verweist Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ sodann auf die Raucheranamnese des Versicherten, welches Argument sich ebenso aktenmässig nachvollziehen lässt: So wurde ihm bereits anlässlich des Aufenthaltes in der Höhenklinik Montana im August 1992 – wohl nicht zuletzt aufgrund der im Thoraxröntgenbild festgestellten vermehrten bronchovaskulären Strukturen – zu einer Reduktion des damaligen Nikotinkonsums von 1-2 Päckli täglich geraten, wozu sich der Versicherte jedoch nicht motivieren liess (act. IIA 358). Auch in den folgenden Jahren ist der regelmässige Nikotinkonsum dokumentiert (vgl. act. IIA 570; IIB 684). Dass die Raucheranamnese des Versicherten vorliegend einen prädisponierenden Faktor für das Entstehen des Lungenkrebs darstellte, anerkennt auch Prof. Dr. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ausdrücklich (act. IIB 714 S. 3).

**3.5.5** Schliesslich ist entgegen dem Beschwerdeführer nicht von rechtllichem Belang, dass Prof. Dr. med. G. \_\_\_\_\_ den Versicherten im Unterschied zu Prof. Dr. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nicht persönlich kannte, geht es doch vorliegend um die Beurteilung des seit Mai 2010 dokumentierten Krebsleidens und war der Versicherte, soweit aus den Akten ersichtlich und wie auch der Beschwerdeführer implizit einräumt (vgl. Beschwerde, S. 4, Ziffer 2), diesbezüglich beim letztgenannten Arzt nie in Behandlung, so dass dieser keine über die Aktenlage hinausgehenden Kenntnisse hinsichtlich der Krankheitsentwicklung hatte erlangen können. Ebenso wenig schmälert es den Beweiswert des Administrativgutachtens, dass die Stellungnahme von Prof. Dr. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2013 Prof. Dr.

med. G.\_\_\_\_\_ nicht unterbreitet wurde: Die aus dem Untersuchungsgrundsatz fliessende Abklärungspflicht dauert nur – aber immerhin – so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. E. 2.3 vorne). Mit Vorliegen des Aktengutachtens vom 7. Mai 2013 (act. IIB 727) war der massgebliche Sachverhalt rechtsgenügend erstellt und es bedurfte nicht noch einmal einer weiteren Stellungnahme seitens Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_, umso weniger, als die von Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ am 18. Juni 2013 (act. IIB 732) vorgebrachten Argumente sich im Wesentlichen mit den Vorbringen im Bericht vom 21. März 2012 deckten und Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ in seinem Aktengutachten hierzu ausdrücklich Stellung genommen hatte.

**3.6** Demnach ergeben sich weder aus den Berichten von Prof. Dr. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ noch aus den übrigen medizinischen Akten konkrete Indizien, welche den Beweiswert des Administrativgutachtens von Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zu schmälern vermöchten, weshalb es des vom Beschwerdeführer beantragten gerichtlichen Obergutachtens nicht bedarf. Somit ist rechtsgenügend erstellt, dass es sich beim Lungenkarzinom um den Primärtumor handelte, weshalb es dem Beschwerdeführer nicht gelingt, der ihm obliegende Nachweis für das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den beim Unfall vom ... 1971 erlittenen Schädel- und Gesichtsfrakturen und dem Krebsleiden (im Sinne einer postulierten Spätfolge) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erbringen (vgl. E. 2.2 vorne).

An diesem Ergebnis änderte auch dann nichts, wenn die Beantwortung der Kausalitätsfrage im Lichte des Umstands, dass der Versicherte nicht obduziert wurde, als weiterhin offen bzw. „spekulativ“ (vgl. act. IIB 727 S. 5; Beschwerde S. 5 f., Ziffer 5) betrachtet würde, fiele doch die Annahme einer Beweislosigkeit zu Lasten des leistungsansprechenden Beschwerdeführers aus (vgl. E. 2.3 vorne), zumal weitere Abklärungen keine neuen Erkenntnisse in tatsächlicher Hinsicht zu erbringen vermöchten respektive gar nicht mehr möglich wären.

**3.7** Zusammenfassend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtens und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

**4.**

**4.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für den unterliegenden Beschwerdeführer noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - C. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdegegnerin
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.