

200 23 164 UV
FUE/SVE/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. Juni 2023

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schütz, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch B. _____, Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 3. Februar 2023



Sachverhalt:

A.

Der 1963 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Anstellung als ... der D. _____ AG bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als er vom 13. bis zum 19. Januar 2021 aufgrund von Atembeschwerden notfallmässig in der medizinischen Klinik, Spital E. _____, hospitalisiert wurde. Mit Schreiben vom 18. Februar 2021 stellte das Spital E. _____ der Suva i.S. einer Schadenmeldung und mit Blick auf eine allenfalls erforderliche Arbeitsplatzabklärung die Behandlungsunterlagen des Versicherten zu (vgl. Akten der Suva, Antwortbeilage [AB] 1 f.). In der Folge tätigte die Suva medizinische Abklärungen und veranlasste insbesondere eine Arbeitsplatzabklärung durch Dr. med. F. _____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Abteilung Arbeitsmedizin Suva (Rapport über den Besuch vom 15. April 2021 samt arbeitsmedizinischer Bewertung [AB 27]), sowie G. _____, Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz Suva (technische Expositionsbeurteilung über den Betriebsbesuch vom 15. April 2021 [AB 37]). Basierend darauf lehnte die Suva mit formlosem Schreiben vom 22. April 2021 (AB 34) ihre Leistungspflicht ab. Nachdem der Versicherte vom 14. bis 18. Oktober 2021 abermals wegen Atembeschwerden im Spital E. _____ hospitalisiert worden war (vgl. AB 41), nahm die Suva erneut Abklärungen vor. Gestützt auf eine Stellungnahme von Dr. med. F. _____ vom 2. November 2021 (AB 50) zog sie ihr Ablehnungsschreiben vom 22. April 2021 (AB 34) in Wiederwägung und erkannte die erstmalig sowie auch die im Oktober 2021 erneut aufgetretene Erkrankung als Berufskrankheit in Folge einer akuten spezifischen Schädigung durch einen Arbeitsstoff und damit ihre diesbezügliche gesetzliche Leistungspflicht an (AB 58). Im weiteren Verlauf liess die Suva den Versicherten durch Dr. med. F. _____ untersuchen (Bericht über die Untersuchung vom 20. Mai 2022 [AB 141]), woraufhin sie den Fall mit Verfügung vom 16. Juni 2022 (AB 156) per selben Datum abschloss und ihre Leistungen auf diesen Zeitpunkt hin einstellte. Zur Begründung führte sie aus, die noch bestehenden Atembeschwerden seien nicht mehr berufs-

krankheitsbedingt und der Zustand, wie er sich auch ohne die Berufskrankheit eingestellt hätte, sei wieder erreicht. Die dagegen erhobene Einsprache (AB 179, 190, 193, 195) wies die Suva mit Entscheid vom 3. Februar 2023 (AB 199) ab und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt C._____, mit Eingabe vom 9. März 2023 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid vom 3. Februar 2023 sei aufzuheben.
2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen auch über den 16. Juni 2022 zu erbringen.
3. Eventualiter sei die Sache zwecks Vornahme eines verwaltungsexternen Gutachtens im Sinne von Art. 44 ATSG in der Fachrichtung Pneumologie an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zzgl. MWST) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 5. April 2023 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträ-

gen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, 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 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 3. Februar 2023 (AB 199). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung unter dem Titel Berufskrankheit über den 16. Juni 2022 hinaus und dabei insbesondere, ob die weiterhin geklagten Beschwerden noch Berufskrankheitsfolgen darstellen.

Nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 17) sind die Frage einer allfälligen Nichteignung sowie der Erlass einer entsprechenden Nichteignungsverfügung (vgl. hierzu Art. 84 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] i.V.m. Art. 78 ff. der Verordnung vom 19. Dezember 1983 über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten [VUV; SR 832.30]); hierüber hat die Beschwerdegegnerin bis anhin nicht verfügungsweise befunden (vgl. auch AB 169, 175).

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 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG).

2.2

2.2.1 Als Berufskrankheiten gelten gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG Krankheiten (vgl. Art. 3 ATSG), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt eine Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen. Gestützt auf diese Delegationsnorm und Art. 14 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) hat der Bundesrat in Anhang 1 zur UVV eine Liste der schädigenden Stoffe und der arbeitsbedingten Erkrankungen erstellt. Nach der Rechtsprechung ist eine „vorwiegende“ Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle anderen mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen (BGE 133 V 421 E. 4.1 S. 425, 119 V 200 E. 2a S. 200; SVR 2011 UV Nr. 5 S. 17 E. 2.2; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. November 2014, 8C_429/2013, E. 5.1 f.).

2.2.2 Gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG gelten als Berufskrankheiten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Diese Generalklausel bezweckt, allfällige Lücken zu schliessen, die dadurch entstehen können, dass die bundesrätliche Liste gemäss Anhang 1 zur UVV entweder einen schädlichen Stoff, der eine Krankheit verursachte, oder eine Krankheit nicht aufführt, die durch die Arbeit verursacht wurde. Nach der Rechtsprechung ist die Voraussetzung des „ausschliesslichen oder stark überwiegenden“ Zusammenhangs erfüllt, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist. Dabei ist grundsätzlich in jedem Einzelfall Beweis darüber zu führen, ob die geforderte stark überwiegende (mehr als 75%ige) bis ausschliessliche berufliche Verursachung vorliegt. An die Annahme einer Berufskrankheit sind relativ strenge Anforderungen zu stellen. Verlangt wird, dass die versicherte Person für eine gewisse Dauer einem typischen Berufsrisiko ausgesetzt ist. Die einmalige gesundheitliche Schädigung, die gleichzeitig mit der Berufsausübung eintritt, genügt nicht. Für die Beurteilung der Exposition (oder Arbeitsdauer) ist die gesamte ausgeübte Berufstätigkeit zu berücksichtigen.

sichtigen (BGE 126 V 183 E. 2b S. 186 und E. 4b S. 189, 119 V 200 E. 2b S. 201; SVR 2018 UV Nr. 26 S. 91 E. 2.2).

2.2.3 Soweit nichts anderes bestimmt ist, sind Berufskrankheiten von ihrem Ausbruch an einem Berufsunfall gleichgestellt. Sie gelten als ausgebrochen, sobald der Betroffene erstmals ärztlicher Behandlung bedarf oder arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) ist (Art. 9 Abs. 3 UVG). Ein Unfallversicherer wird nur leistungspflichtig, wenn der Betroffene im Zeitpunkt, als sich ein Berufsunfall ereignete, versichert war. Bei Berufskrankheiten ist die Einwirkung des gefährlichen Stoffes oder die Verrichtung der krankmachenden Arbeit, kurzum die Exposition (Gefährdung), nicht weniger wichtig als der Ausbruch der Krankheit. Die Leistungspflicht hängt somit vom Umstand ab, ob die von der Krankheit betroffene Person während der vorwiegenden Exposition versichert war. Die Versicherung wirkt somit beim Erkrankten über das Ende seines Versichertseins hinaus, wenn die Krankheit erst später ausbricht. Sie entfaltet eine Nachwirkung (SVR 2020 UV Nr. 11 S. 40 E. 4.1.2).

2.3 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall bzw. der Berufskrankheit und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

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 bzw. 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 („*conditio sine qua non*“; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

2.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163).

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 blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.5 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2022, 8C_410/2022, E. 4.2).

3.

3.1 Aufgrund der Akten erstellt und insoweit zwischen den Parteien unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer aufgrund eines über längere Zeit nicht identifizierten technischen Defekts am Arbeitsplatz über die Umgebungsluft den Spuren eines Stoffgemisches exponiert war, darunter ein Molekül, das zur Stoffklasse der TDFA ([Tridecafluorooctyl]silantriol und

seine Mono-, Di- oder Tri-O-[Alkyl]-Derivate) und zu den halogenierten Kohlen-säuren und damit zur Liste der schädigenden Stoffe i.S.v. Art. 9 Abs. 1 UVG i.V.m. Ziff. 1 des Anhangs 1 UVV zu zählen ist (vgl. AB 50). Aufgrund dieser Expositionen musste sich der Beschwerdeführer zweimal (vom 13. bis 19. Januar [vgl. AB 2] und vom 14. bis 18. Oktober 2021 [vgl. AB 41]) wegen akuter Atemnot in Spitalbehandlung begeben. Mithin ist zu Recht unbestritten, dass die Anspruchsvoraussetzungen der Berufskrankheit gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG erfüllt sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern bis zum 16. Juni 2022 erbracht (vgl. AB 54, 58, 67). Umstritten ist indessen, ob über diesen Zeitpunkt hinaus noch Berufskrankheitsfolgen vorlagen, aufgrund welcher der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen hat.

3.2 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten das Folgende entnehmen:

3.2.1 Im Austrittsbericht des Spitals E._____ über die Hospitalisation vom 13. bis 19. Januar 2021 (AB 2) wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen aufgeführt:

1. Akut toxisch-irritative Pneumopathie bei wahrscheinlicher inhalativer Exposition gegenüber Chemikalien;
2. normochrome normozytäre Anämie;
3. rezidivierende rechtsthorakale muskuloskelettale Schmerzen.

Die Befunde aus Sputum und broncho-alveolärer Lavage seien nicht richtungsweisend gewesen, insbesondere bestehe kein Anhalt für eine infektiöse Genese. Bei sehr rascher deutlicher Besserung und entsprechender Anamnese (Exposition am Arbeitsplatz [Glasbesprühung mit Silanen], gemäss Beschwerdeführer seien weitere Mitarbeiter bei akuten Atemwegsbeschwerden krankgeschrieben) werde von einer toxisch-irritativen Genese ausgegangen.

3.2.2 Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, diagnostizierte im Bericht über die Untersuchung vom 17. Februar 2021 (AB 11 S. 2) namentlich rechtsthorakale Schmerzen unklarer Aetiologie sowie einen Status nach am ehesten akut toxisch-irritativer Pneumopathie bei wahrscheinlicher inhalativer Exposition ge-

genüber Chemikalien (Januar 2021). Der Beschwerdeführer habe bereits früher an rechtsthorakalen Schmerzen gelitten. Er sei nun vor kurzem hospitalisiert gewesen mit unklaren Infektzeichen mit Husten, Fieber und atembabhängigen Schmerzen, Dyspnoe und auch schon dort eher rechtsthorakalen Schmerzen. Es habe sich eine unklare interstitielle Pneumopathie ohne Nachweis eines Erregers gefunden, in der Zwischenzeit habe er sich davon einigermaßen erholt. Vermutet worden sei eine Inhalation von Chemikalien am Arbeitsplatz als mögliche Ursache. Die Atemsituation habe sich normalisiert. Die Sättigung habe bereits Ende Januar wieder 98 % betragen. Die Lungenfunktionsprüfung zeige allerdings immer noch eine leichte Restriktion mit ventilatorischen Reserven von 74 %. Der klinische Lungenbefund sei normal gewesen, es hätten auch keine ganz eindeutigen lokalen Druckschmerzen nachgewiesen werden können. Vorsichtshalber sei noch ein Thoraxröntgenbild gemacht worden, dieses zeige einen normalen Befund allerdings mit vergrössertem Herzen. Daher sei eine kardiologische Standortbestimmung sinnvoll.

3.2.3 Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, diagnostizierte im Bericht über die Untersuchung vom 17. Februar 2021 (AB 103) im Wesentlichen unklare, fast dauerhaft vorhandene rechtsthorakale Schmerzen sowie einen Status nach am ehesten akut toxisch-irritativer Pneumopathie. Der Kardiologe legte dar, die radiologische Kardiomegalie scheine nur vorgetäuscht zu sein, echokardiographisch lägen beide Ventrikel von den Dimensionen her im Bereich des Normalen und auch sonst hätten keine Auffälligkeiten im Herzultraschall entdeckt werden können. Die dumpfen, augenfällig einschränkenden rechtsthorakalen Schmerzen blieben leider weiterhin unklar. Ein Argument für eine muskuläre Ursache sei, dass die Schmerzen bei Rotationsbewegungen im Oberkörper an Stärke zunehmen. Nicht zugenommen habe das Schmerzgefühl in der ergometrischen Belastung, welche trotz der Limitation aussagekräftig ohne Hinweise für eine ischämische Herzkrankheit ausgefallen sei.

3.2.4 In der arbeitsmedizinischen Bewertung vom 21. April 2021 (AB 27 S. 3) führte Dr. med. F. _____ aus, die Stoffklasse der Silane sei in der Arbeitsmedizin nicht bekannt als Auslöser für exogen allergische Alveo-

litiden. Auch im Sicherheitsdatenblatt zu diesem Gemisch sei weder eine inhalative Gefährdung beschrieben noch sei ein Atemschutz empfohlen. Die Arbeitsplatzsituation des Beschwerdeführers sei zudem wenig suggestiv auf eine überschwellige inhalatorische Belastung mit den dampfförmigen Elementen des Produkts Grizzly: Das Produkt werde selten verwendet, da der Auftragseingang für gebogene Glasscheiben nur noch minimal sei. Die Anwendung des Produktes erfolge gemäss dem Stand der Technik mit einer suffizienten Absaugung. Zusammen mit dem Arbeitshygieniker der Suva werde es als äusserst unwahrscheinlich bis unmöglich beurteilt, dass der Grund der Hospitalisation vom 13. Januar 2021 durch eine inhalative Belastung am Arbeitsplatz verursacht worden sei.

3.2.5 Im Austrittsbericht über die Hospitalisation vom 14. bis 18. Oktober 2021 im Spital E. _____ (AB 41) wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen gestellt:

1. Verdacht auf erneute akut toxisch-irritative Pneumopathie bei inhalativer Exposition gegenüber Chemikalien;
2. normochrome normozytäre Anämie;
3. klinisch gastrooesophagealer Reflux.

Als Nebendiagnosen wurden rezidivierende rechtsthorakale muskuloskeletale Schmerzen und ein Status nach Intercostalneuralgie Höhe sechste Rippe rechts aufgeführt. Der Beschwerdeführer habe im letzten Januar eine Pneumonitis erlitten, bei fehlenden anderweitigen Ursachen am ehesten ausgelöst durch die Inhalation von Silanen am Arbeitsplatz. Eine anschliessende Abklärung durch die Suva habe entgegen des medizinischen Verdachts Entwarnung gegeben. Der Beschwerdeführer habe im Verlauf die Arbeit wieder schrittweise aufnehmen können (seit Juli 100 %). Bis am 8. Oktober 2021 habe er aufgrund der Corona-Schutzmassnahmen am Arbeitsplatz mit Maske gearbeitet. Seither arbeite er wieder ohne Schutzmaske. Er berichte nun über eine seit ca. drei Tagen bestehende, rasch progrediente Belastungsdyspnoe und ein – vor allem am Arbeitsplatz verstärkter – trockener Reizhusten. Bei deutlich respiratorischer Partialinsuffizienz in der arteriellen Blutgasanalyse, computertomographisch bilateralen Milchglasalterationen sowie Korrelation der Beschwerden mit der beruflichen Silan-Exposition sei erneut an eine inhalativ-toxische Pneumonitis zu denken. Bei rein symptomatischer Therapie und Expositions-karenz habe sich die Symptomatik rasch und komplett regredient gezeigt.

3.2.6 Dr. med. F. _____ hielt in der Stellungnahme vom 2. November 2021 (AB 50) fest, im Arbeitsbereich, wo sich der Beschwerdeführer die meiste Zeit aufhalte, würden ... zumeist maschinell und gelegentlich auch manuell mit einer wasserabweisenden Imprägnierung versehen. Das Produkt, welches dazu verwendet werde, trage den Handelsnamen Grizzly. Dies sei sein Gemisch aus Ethanol und Isopropylalkohol als Lösemittel und Tetraethoxysilane sowie Perfluorooctyltriethoxysilane als Wirksubstanzen. Letzteres Molekül gehöre zur Stoffklasse der sogenannten TDFA und zu den halogenierten Karbonsäuren. Bestimmte Verbindungen dieser Stoffklasse hätten in den 90er-Jahren zu einer Reihe von toxischen Zwischenfällen mit Lungenödem geführt, wobei entweder eine toxische Alveolitis oder eine Hypersensitivitäts-Pneumonitis die Ursache gewesen sei. Es habe sich herausgestellt, dass die Ursache dieser Zwischenfälle bestimmte langkettige fluorierte Karbonsäuren gewesen seien, die bei Inhalation bis in die Lunge gelangten und dort die Funktion des sogenannten Surfactants beeinträchtigten bis aufhoben. Es sei nun anzunehmen, dass auch das in Grizzly verwendete TDFA vorliegend diese unerwünschte Wirkung verursacht habe. Damit müsse die Beurteilung vom 20. April 2021 rückblickend revidiert werden, so dass auch der Vorfall des Beschwerdeführers um den Jahreswechsel 2021 ausschliesslich beruflich bedingt gewesen sei. Daher seien die Heilbehandlung und Hospitalisation zum Jahreswechsel 2020/2021 und die erneute Erkrankung mit Hospitalisation vom Oktober 2021 als Folge einer akuten spezifischen Schädigung durch einen Arbeitsstoff zu beurteilen. Die Beschwerden seien inzwischen folgenlos abgeheilt, weshalb der Fallabschluss getätigt werden könne.

3.2.7 Dr. med. H. _____ führte im Bericht vom 22. November 2021 (AB 68) unter anderem aus, die Spiroergometrie zeige eine erheblich eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei noch normaler Sättigung, ein zusätzliches Trainingsdefizit sei ebenfalls möglich.

3.2.8 In der Stellungnahme vom 4. Februar 2022 (AB 98) zum Bericht des Dr. med. H. _____ hielt Dr. med. F. _____ fest, der Beschwerdeführer habe gemäss dem Pneumologen weiterhin eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit, die der Beschwerdeführer selbst auf die Atemwege zurückführe. Aus den Befunden der Spiroergometrie könne aber abgelesen wer-

den, dass die Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht primär pulmonal bedingt sei. Der Gasaustausch („Diffusion“) sei bei der Untersuchung von Dr. med. H. _____ zwar am unteren Rand des Normalbereichs gewesen, aber nicht eingeschränkt. Die Spiroergometrie habe zusammenfassend gezeigt, dass die Limitierung der Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung vor allem kardiovaskulär bedingt gewesen sei und belege auch einen mangelhaften Trainingszustand. Obwohl Dr. med. H. _____ kein CT des Thorax habe anfertigen lassen, sei aus der noch normalen Diffusion der Rückschluss zulässig, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung kein interstitielles Lungenödem vorhanden gewesen sei, wie es am 13. Januar 2021 durch die ausgeprägten zentralbetonten Milchglasinfiltrate habe belegt werden können. Insofern seien die Beschwerden zwar persistent, aber eher nicht bedingt durch Einschränkungen der Atemwege. Dies sei aber noch definitiv abzuklären.

3.2.9 Im Bericht vom 27. Mai 2022 über die Untersuchung vom 20. Mai 2022 (AB 141) legte Dr. med. F. _____ dar, der Beschwerdeführer sei aufgrund eines über längere Zeit nicht identifizierten technischen Defektes am Arbeitsplatz den Spuren eines Stoffgemisches in seiner Umgebungsluft exponiert gewesen. Dabei sei es zweimal zu Hospitalisationen aufgrund akuter Atemnot gekommen. Als Grund dieser Atemnot habe jeweils eine Alveolitis/Pneumonitis (Milchglasinfiltrate im CT Thorax) identifiziert und behandelt werden können. Die Symptomatik sei jeweils rasch und komplett regredient gewesen, wie dies bei allergisch/toxischen Alveolitiden typisch sei. Entgegen der Erwartung habe beim Beschwerdeführer aber eine Leistungseinschränkung persistiert. Zudem präsentiere er in verstärktem Ausmass Gefühle von Einengungen im Thoraxbereich und im Halsbereich, teilweise seien diese Symptome auch bereits vor den beiden Ereignissen vorhanden und seit längerer Zeit bekannt gewesen. Trotz umfangreicher pneumologischer und kardiologischer Abklärungen habe die Ursache für diese Engegefühle bisher nicht identifiziert werden können. Gegen die Annahme, dass die Beschwerden und die Leistungseinschränkung Folge der Arbeitsmittelexposition und der zweimaligen Alveolitis-Episoden seien, spreche als wichtigstes objektives Indiz der ungestörte pulmonale Gasaustausch. Hinweise auf Diffusionsstörungen lägen keine vor. Leider habe das Blutdruckverhalten in der Spiroergometrie aufgrund eines technischen De-

fekts nicht ausgewertet werden können, jedoch zeige die Analyse der sonstigen erhaltenen Befunde eine erhöhte Todraumventilation und einen gewissen Trainingsmangel bei mittelgradiger Adipositas. Diese Adipositas dürfte auch der Hauptgrund für die gestörte Atemmechanik und die nicht ausgenutzten Atemreserven sein, die beim Beschwerdeführer auch noch bei maximaler Belastung feststellbar seien. Hinweise auf persistierende Veränderungen aufgrund der Inhalation der Imprägnierungsmitteldämpfe lägen keine vor. Solche seien erfahrungsgemäss arbeitsmedizinisch auch nicht zu erwarten. Aus ähnlichen Vorfällen aus den 90er-Jahren sei bekannt, dass sich die akuten, aufgrund des Ödems durchaus dramatisch darstellenden Veränderungen rasch wieder zurückbildeten. Dies sei beim Beschwerdeführer bei beiden Hospitalisationen jeweils auch der Fall gewesen. Die Leistungseinschränkung und die chronisch unklaren, teilweise auch funktionell anmutenden Beschwerden seien nicht berufsbedingt.

3.3 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt 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 S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2).

3.4 Die Beurteilungen von Dr. med. F. _____ vom 2. November 2021, 4. Februar und 27. Mai 2022 (AB 50, 98, 141) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung gestellten Anforderungen an medizinische Berichte (vgl. E. 3.3 hiavor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, namentlich der fachärztlichen Untersuchung vom 20. Mai 2022, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Der Arbeitsmediziner legte gestützt auf die Akten, den Befund der Spiroergometrie vom 20. Mai 2022 (AB 139) sowie die gleichentags durchgeführte Untersuchung einleuchtend und schlüssig dar, dass es beim Beschwerdeführer aufgrund der am Arbeitsplatz ereigneten Exposition mit Spuren eines Imprägnierungsmittels zweimal zu akuter Atemnot mit folgenden Hospitalisationen kam, wobei eine Alveolitis/Pneumonitis diagnostiziert wurde, die Symptomatik indes – wie dies bei allergischen/toxischen Alveolitiden (Entzündungen der Lungenalveolen) typisch ist – jeweils rasch und komplett regredient war (AB 141 S. 2). Diese Einschätzung steht denn auch im Einklang mit den Austrittsberichten des Spitals E. _____ (AB 2, AB 41), in denen eine rasche Erholung (AB 2 S. 2) resp. eine rasche und komplette Regredienz der Symptomatik rapportiert wurde und sich auch die Blutgasanalyse beim Austritt normal präsentierte (AB 41 S. 3). Ferner zeigte Dr. med. F. _____ auf, dass für das vom Beschwerdeführer geklagte Gefühl der Einengung im Thorax- und Halsbereich trotz umfangreichen pneumologischen und kardiologischen Abklärungen keine Ursache gefunden werden konnte sowie dass diese Symptome teilweise bereits vor den beiden Ereignissen vorhanden waren. Bei der Spiroergometrie stellte er – wie bereits der behandelnde Pneumologe Dr. med. H. _____ (vgl. AB 68 S. 2) – eine verminderte Leistungsfähigkeit fest (AB 139 S. 1). Da er keine

Hinweise auf persistierende Veränderungen in Folge Inhalation der Imprägnierungsmitteldämpfe erkennen konnte, überzeugt, dass er die verminderte Leistungsfähigkeit nicht auf die erlittene Berufskrankheit zurückführte. Als wichtigstes Indiz für diese Schlussfolgerung erachtete er den ungestörten pulmonalen Gasaustausch, welcher keine Hinweise auf Diffusionsstörungen zeigte. Diese Einschätzung deckt sich sowohl mit den Austrittsberichten des Spitals E. _____ (AB 2, 41) als auch mit dem Bericht von Dr. med. H. _____ vom 22. November 2021 (AB 68). Die bei der Spiroergometrie festgestellte erhöhte Totraumventilation führte er nachvollziehbar auf die mittelgradige Adipositas des Beschwerdeführers zurück. Zudem legte er bezugnehmend auf ähnliche Fälle aus den 90er-Jahren einleuchtend dar, dass sich die Beschwerden jeweils rasch und ohne bleibende strukturelle Veränderung wieder zurückbildeten, wie es auch beim Beschwerdeführer nach beiden Hospitalisationen der Fall war. Diese Beurteilung überzeugt, ergaben sich durch die durchgeführten spezialärztlichen (pneumologischen und kardiologischen) Abklärungen sowie die bildgebenden Befunde doch keinerlei Anzeichen namentlich für ein Lungenödem – ein solches wurde durch Dr. med. F. _____ nachvollziehbar bereits gestützt auf die Ergebnisse der von Dr. med. H. _____ durchgeführten Spiroergometrie aufgrund der normalen Diffusion ausgeschlossen (vgl. AB 98 S. 1) –, eine Herzpathologie (vgl. AB 103) oder Pleuraergüsse bzw. -veränderungen (AB 101). Mit anderen Worten konnten typische Folgeschäden einer respiratorischen Schädigung ausgeschlossen werden (vgl. dazu W. KÖSTERS, Das Surfactant-System der Lunge, Notfallmedizin 2003; 29: 412-415, S. 413 f. [abrufbar unter <www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2003-43300.pdf>]). Ärztliche Berichte, welche die Einschätzung von Dr. med. F. _____ in Zweifel zu ziehen vermöchten, liegen keine vor, insbesondere vertrat der behandelnde Pneumologe keine zur Beurteilung von Dr. med. F. _____ konträre Einschätzung. Ferner bringt auch der Beschwerdeführer nichts vor, was an der Beurteilung von Dr. med. F. _____ auch nur geringe Zweifel wecken würde. Es ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 9 Ziff. 18) – nicht erkennbar, weshalb es Dr. med. F. _____ an der notwendigen Qualifikation zur Beurteilung des vorliegenden Sachverhaltes fehlen sollte. Dies umso weniger als – wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festhielt (AB 199 S. 5 Ziff. 3) – insbesondere die Spezialisten

der Suva im Sinne von medizinischen Erfahrungstatsachen auf eine umfangreiche Dokumentation von Vergleichsfällen zurückgreifen können und über besonders ausgeprägte Kenntnisse im Bereich von Berufskrankheiten verfügen (vgl. hierzu Entscheide des BGer vom 24. Oktober 2019, 8C_316/2019, E. 5.4, und vom 14. April 2020, 8C_59/2020, E. 5.2). Ebenso wenig spricht auch der Umstand, dass Dr. med. F. _____ in seiner ersten Beurteilung – im Einklang mit der Einschätzung des Suva-Spezialisten Arbeitssicherheit (vgl. AB 37; noch ohne durchgeführte Gefahrenstoffmessung im Arbeitsbereich, der dem Stand der Technik entsprechend ausgestattet war [inkl. Quellenabsaugung]) – eine Berufskrankheit verneinte, nicht gegen seine Fachkompetenz, traf er doch seine erste Beurteilung noch in Unkenntnis der genauen Zusammensetzung der verwendeten Glasbeschichtungssubstanz (vgl. hierzu AB 46).

Von weiteren medizinische Sachverhaltserhebungen – insbesondere im Sinne der eventualiter beantragten Einholung eines verwaltungsexternen pneumologischen Gutachtens (vgl. Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren Ziff. 3) – sind keine rechtsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten (vgl. zur antizipierten Beweiswürdigung BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Denn nach dem Dargelegten bestehen insbesondere auch mit Blick auf die Berichte der behandelnden Ärzte keine auch nur geringen Zweifel (vgl. E. 3.3 hiervor) an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzungen von Dr. med. F. _____. Vielmehr ist gestützt auf seine nachvollziehbar begründeten und damit überzeugenden Beurteilungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass zwischen der eingetretenen Berufskrankheit und der nach wie vor bestehenden Leistungsminderung keine (natürliche) Kausalität mehr besteht und die weiterhin persistierende Leistungsminderung am ehesten auf einen ungenügenden Trainingszustand und die Adipositas zurückzuführen ist. Damit sowie in Anbetracht des Umstands, dass die Datierung des Status quo sine von der Natur der Sache her eine (im ärztlichen Ermessen liegende) Schätzung darstellt (vgl. Entscheid des BGer vom 28. Februar 2019, 8C_167/2018, E. 6.5), ist die mit Verfügung vom 16. Juni 2022 (AB 156) per selben Datum erfolgte und mit Einspracheentscheid vom 3. Februar 2023 (AB 199) bestätigte Leistungseinstellung nicht zu beanstanden.

4.

Zusammenfassend ist die gegen den Einspracheentscheid vom 3. Februar 2023 (AB 199) erhobene Beschwerde unbegründet und abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 ^{fbis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG). Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.