

S2 24 84

URTEIL VOM 29. JANUAR 2025

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Michael Steiner, Präsident; Candido Prada und Dr. Thierry Schnyder, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

in Sachen

X _____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Nicolas Kuonen, Visp

gegen

SCHWEIZERISCHE UNFALLVERSICHERUNG (SUVA), Beschwerdegegnerin

(Berufskrankheit; Kausalzusammenhang)

Beschwerde gegen den Entscheid vom 7. August 2024

Verfahren

A. Der Beschwerdeführer, geboren 1963, ist bei der A _____ AG angestellt und dadurch bei der Beschwerdegegnerin gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 23. März 2009 anerkannte die Beschwerdegegnerin die beim Versicherten diagnostizierte chronisch lymphatische Leukämie (CLL) als Berufskrankheit, welche auf eine Benzol-Exposition zurückgeführt wurde. Am 22. Juni 2011 (Akten der Beschwerdegegnerin act. 91) sprach die Beschwerdegegnerin aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 25% dem Versicherten eine Invalidenrente zu und kam für die 2012/2013 erfolgte Chemotherapie sowie die Behandlungskosten mit Ibrutinib im Jahr 2020 auf.

Am 5. Oktober 2022 liess die Arbeitgeberin aufgrund einer seit 21. August 2022 anhaltenden vollen Arbeitsunfähigkeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Chronic Fatigue Syndrom; Psoriasis) melden (act. 318). Die Beschwerdegegnerin klärte in der Folge die medizinischen Verhältnisse ab und unterbreitete die Akten ihrem vertrauensärztlichen Dienst, der zum Schluss kam, die Fatigue sei weder sicher noch wahrscheinlich auf die Berufskrankheit zurückzuführen (act. 373 und 380). Mit Verfügung vom 14. März 2023 (act. 385 S. 2 f.) verneinte die Beschwerdegegnerin mangels natürlicher Kausalität eine Leistungspflicht für die gemeldete Fatigue, woran sie jedoch – nach erfolgter Einsprache vom 21. April 2023 (act. 412) und Stellungnahmen des vertrauensärztlichen Dienstes vom 1. Mai bzw. 4. August 2023 (act. 417 und 430) – mit Entscheid vom 9. Oktober 2023 in Gutheissung der Einsprache nicht festhielt und in der Folge die Versicherungsleistungen erbrachte (act. 433). Dieser Entscheid trat unangefochten in Rechtskraft. Es erfolgte eine Rückerstattung der Krankentaggelder an den Taggeldversicherer (act. 445).

B. Nachdem der vertrauensärztliche Dienst in einer weiteren Stellungnahme vom 4. Januar 2024 (act. 459) die Fatigue als lediglich mögliche Folge der CLL beschrieb und die Hautbeschwerden als postinfektiöse ansah, lehnte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 4. Januar 2024 Versicherungsleistungen erneut ab (act. 460). In ihrer Begründung führte sie aus, es fehle an einem sicheren bzw. überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen der Berufskrankheit und der Fatigue bzw. der Psoriasis. Dagegen erhob der Versicherte am 8. Februar 2024 Einsprache (act. 482), welche mit Entscheid vom 7. August 2024 von der Beschwerdegegnerin abgewiesen wurde (act. 490). Die Beschwerdegegnerin kam gestützt auf die Berichte ihrer Vertrauensärztin zum Schluss, auch wenn die Fatigue ein Symptom der CLL sein könne, sei es hier lediglich

möglich, dass die Fatigue auf die CLL zurückzuführen sei. Dies insbesondere in Anbetracht der durchgemachten Covid-19-Infektionen und des Verlaufs der CLL. Als Ursache für die Psoriasis komme sodann am ehesten eine infektiöse Triggerung durch Streptokokken in Frage.

C. Am 16. September 2024 reichte der Versicherte beim Kantonsgericht Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 7. August 2024 ein und beantragte dessen Aufhebung; eventualiter die Rückweisung der Sache zur Einholung eines externen hämatologisch-onkologischen Gutachtens. Mit Beschwerdeantwort vom 8. Oktober 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Nachdem auf die Einreichung einer Replik verzichtet wurde, schloss das Gericht am 18. November 2024 den Schriftenwechsel ab.

Erwägungen

1. Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG sind die Bestimmungen ATSG auf die Unfallversicherung anwendbar, soweit das UVG nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt. Das Kantonsgericht prüft die Prozessvoraussetzungen, namentlich die Partei- und Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtsweges, die Zuständigkeit der angerufenen Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen (BGE 131 V 202 E. 1, 130 V 514 E. 1 und 126 V 30). Der Beschwerdeführer wohnt im Oberwallis, weshalb die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts gestützt auf Art. 7 Abs. 2 RPfIG, Art. 58 Abs. 1 ATSG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 RVG und Art. 81a VVRG als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). Der Beschwerdeführer ist durch den Einspracheentscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb auf seine form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten ist (Art. 59, Art. 60 i.V.m. Art. 38 ATSG).

2.

2.1 Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich der angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz nur geprüft, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus

den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 E. 1a).

2.2 Streitig und zu prüfen ist materiell-rechtlich die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin und dementsprechend die Kausalität hinsichtlich der am 5. Oktober 2022 gemeldeten Beschwerden im Zusammenhang mit einer Fatigue und Psoriasis.

2.3 In formeller Hinsicht hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 14. März 2023 erstmals hinsichtlich der Fatigue dargelegt, die medizinischen Unterlagen würden keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zeigen, weshalb eine Leistungsverweigerung erfolge. Daran hielt sie jedoch mit Entscheid vom 9. Oktober 2023 nicht fest und hiess die Einsprache des Versicherten gut, weshalb es zur Leistungsausrichtung (Heilkosten und Taggelder) kam. Mit Verfügung vom 4. Januar 2024 zog die Beschwerdegegnerin diesen Entscheid in Wiedererwägung und hob die Leistungspflicht mangels Kausalzusammenhang wieder auf. Eine Begründung erfolgte weder in der Verfügung vom 4. Januar noch im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. August 2024.

Aus Art. 29 Abs. 2 BV folgt ein Mindestanspruch auf Begründung eines hoheitlichen Aktes. Der Sinn und Zweck der Begründungspflicht liegt darin, dass der Bürger wissen soll, warum eine Behörde entgegen seinem Antrag bzw. wieder anders entschieden hat. Die Begründung eines Entscheids muss deshalb so abgefasst sein, dass der Betroffene ihn gegebenenfalls sachgerecht anfechten kann. Dies ist nur möglich, wenn sowohl er wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Verfügungsinstanz leiten liess und auf welche sich ihr Entscheid stützt.

In casu hat die Beschwerdegegnerin trotz gleichlautender Schlussfolgerungen des vertrauensärztlichen Dienstes hinsichtlich der Kausalität zwischen CLL und Fatigue am 9. Oktober 2023 Versicherungsleistungen gewährt und diese nach drei Monaten wieder verweigert. Weder in der Wiedererwägungsverfügung vom 4. Januar noch im angefochtenen Entscheid vom 7. August 2024 legte die Beschwerdegegnerin die einschlägigen Rechtsgrundlagen und rechtlichen Überlegungen diesbezüglich dar. Folglich ist die Beschwerdegegnerin ihrer Begründungspflicht nicht hinreichend nachgekommen, weshalb schon aus diesem Grund in Wahrung des formellen Grundsatzes des rechtlichen Gehörsanspruchs eine Rückweisung der Angelegenheit an die Vorinstanz angezeigt ist.

3. In materieller Hinsicht ist in erster Linie der natürliche Kausalzusammenhang zwischen der CLL und der geltend gemachten Fatigue sowie Psoriasis zu diskutieren.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten (Art. 3 ATSG), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich 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). Als Berufskrankheiten gelten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind (Art. 9 Abs. 2 UVG). 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).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Bundesgerichtsurteil 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.1 f.).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

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. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 150 V 188 E. 4.2, 146 V 51 E. 5.1 mit Hinweisen). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Bundesgerichtsurteil 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a; Bundesgerichtsurteil 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.4). Bei einer Berufskrankheit ist die Adäquanz nach der allgemeinen Adäquanzformel zu prüfen (vgl. BGE 125 V 456 E. 5d und 115 V 133 E. 7).

3.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Bundesgerichtsurteil 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsin-
terner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvoll-
ziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zu-
verlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer ver-
sicherungsin-
ternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf
mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465
E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens
entschieden werden, so sind an die Beweismündigung strenge Anforderungen zu stellen.
Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versi-

cherungsinternen 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).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin begründet den angefochtenen Entscheid damit, die vom Beschwerdeführer beklagte Fatigue und Psoriasis seien nach den nachvollziehbaren Darlegungen der Vertrauensärztin in der Beurteilung vom 4. Januar 2024 lediglich möglicherweise auf die CLL zurückzuführen. Im Rahmen der Behandlung sei immer ein guter Allgemeinzustand ohne Müdigkeit dokumentiert worden. Am 31. Januar 2021 habe der Versicherte an einer SARS-CoV-2-Infektion gelitten, die zu einer Hospitalisation geführt habe. Ab Februar 2021 würden in verschiedenen Berichten eine Schwäche und danach eine Müdigkeit erwähnt. Zu diesem Zeitpunkt werde die CLL als stabil und asymptomatisch beschrieben. Selbst wenn die Fatigue ein Symptom der CLL sein könne, sei es in casu lediglich möglich, dass die Fatigue auf die CLL zurückzuführen sei. Dies insbesondere in Anbetracht der durchgemachten Covid-19-Infektion. Auch die behandelnde Onkologin habe in ihrem Bericht vom 31. März 2023 lediglich von einer möglichen Folge gesprochen. Es fehle ebenfalls an echtzeitlichen Berichten vor der Covid-Erkrankung mit Hinweisen auf eine Fatigue. Betreffend die Hautbeschwerden seien die Dermatologen des Inselspitals im Januar 2021 zum Schluss gekommen, es handle sich um eine post-infektiöse Psoriasis und der Nachweis, dass der Versicherte aufgrund der CLL ein erhöhtes Infektionsrisiko aufgewiesen habe, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erbracht.

4.2 Der Beschwerdeführer macht beschwerdeweise demgegenüber geltend, seit der Diagnosestellung im Jahr 2006 leide er unter intermittierender Müdigkeit, an einer Leistungsminderung und Infektneigung. Die Aktenbeurteilung der Vertrauensärztin der Beschwerdegegnerin weise Fehler auf. Bereits im Jahr 2009 habe er Symptome einer Fatigue geschildert und seither diese sowie eine Leistungsintoleranz regelmässig angegeben. Die Fatigue stelle daher kein neues Symptom im Krankheitsbild dar. Gestützt auf die Berichte der behandelnden Onkologin sowie des Hausarztes sei sodann erstellt, dass sowohl die Fatigue als auch die Psoriasis im Zusammenhang mit der Grunderkrankung stünden. Die Infektionsanfälligkeit sei des Weiteren durch die Chemotherapie und die Behandlung mit Ibrutinib noch mehr geschwächt worden, was ihn für eine Covid-Erkrankung besonders anfällig gemacht habe. Bezüglich der Psoriasis gelte es sodann festzuhalten, dass diese keineswegs klaren Ursprungs sei. Die Hauterkrankung könne

sowohl durch die Immuntherapie, welche aufgrund der Berufskrankheit notwendig gewesen sei, und / oder durch einen Streptokokken-Infekt ausgelöst worden sein, zu welchem es aufgrund der Infektionsanfälligkeit gekommen sei.

5. Die medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar:

5.1 Dr. B _____, Fachärztin FMH Innere Medizin/Onkologie/Hämatologie, diagnostizierte am 20. Januar 2009 eine CLL vom B-Zell-Typ Stadium Binet B (act. 26) und der Arbeitsmediziner der Beschwerdegegnerin kam am 9. Februar 2009 zum Schluss, die hämatologische Krankheit sei als Berufskrankheit anzuerkennen, wobei die Grippeimpfungen zulasten der Beschwerdegegnerin gingen (act. 32 f). Anlässlich der Erhebung vor Ort vom 10. März 2009 erklärte der Versicherte, er stelle eine vermehrte Müdigkeit und infolge seiner verminderten Immunität eine längere Erholungszeit fest (act. 27).

Am 1. Juli 2009 beschrieb die Onkologin eine Tumorprogredienz mit Zunahme der Lymphadenopathie und progredienter Splenomegalie. Auch sei der Patient symptomatisch mit zunehmender Müdigkeit und Leistungsintoleranz (act. 45). Der Hausarzt notierte am 10. Juli 2009, der Patient habe neben der Leukämie auch Begleitkrankheiten wie Sinusitiden und virale Infekte behandeln lassen (act. 47). Der Vertrauensarzt bestätigte in der Folge die Notwendigkeit einer Chemo-/Immuntherapie (act. 48) und ergänzte, es stehe ausser Frage, dass die genannten Begleiterkrankungen Folgen einer CLL sein könnten, was mit einer Verminderung der Abwehrfähigkeit (primär bereits durch den Tumor von Immunzellen) einhergehe, welche durch die notwendige Behandlung mit Chemotherapie und Mabthera noch weiter (deutlich) verstärkt werde. Auch die Müdigkeit und die verminderte Leistungsfähigkeit des Versicherten würden zum Krankheitsbild der CLL gehören (act. 51). Auf Wunsch des Patienten wurde mit der Behandlung mittels einer kombinierten Chemo-/Immuntherapie zugewartet (act. 55). Im Verlauf wurde ein stabiler Zustand mit gutem Allgemeinzustand beschrieben (act. 59, 61 und 69). Am 2. März 2011 (act. 77) bestätigte der Versicherte eine weiterhin anhaltende Müdigkeit und ab Juni 2011 erfolgte eine Reduktion der Erwerbstätigkeit auf 75% (act. 85; vgl. auch act. 90 und 91).

Die CT-Thorax-Untersuchung vom 27. August und die am 10. September 2012 erfolgte Knochenmark-Untersuchung zeigten eine Progredienz im Bereich der Lymphknoten, weshalb der Versicherte ab November 2012 mit der kombinierten Chemo-/Immuntherapie begann (act. 122). Anamnestisch wurde am 11. Juni 2013 ein guter Allgemeinzustand mit Regredienz der vermehrten Müdigkeit und Leistungsintoleranz, jedoch mit deutlichen Restbeschwerden beschrieben (act. 155).

Eine anhaltend leicht vermehrte Müdigkeit wurde im Herbst 2013 und 2014 sowie im Januar 2015 weiterhin dokumentiert (act. 161, 163 sowie act. 184, 191). Im Juni 2015 notierte die Onkologin eine vermehrte Infektanfälligkeit (act. 194). In den weiteren Verlaufskontrollen wurden in den Jahren 2015 bis 2017 keine klinischen Hinweise für eine Progredienz der CLL beschrieben. Im Frühling 2018 waren repetitiv leicht febrile Infekte aufgetreten (act. 244). Im September 2018 protokollierte die Onkologin, in den vergangenen Monaten seien repetitiv leichte Infekte aufgetreten. Da der Patient jedoch nicht unter schweren febrilen Infekten leide, sei auf eine Immunglobulin-Substitutionsbehandlung verzichtet worden (act. 244). Im Januar 2019 betonte die Onkologin, beim Patient liege aufgrund der CLL und der Hypogammaglobulinämie eine Infektneigung vor, weshalb febrile Infekte rasch antiviralisch/antibiotisch behandelt werden müssten (act. 257). Mit Bericht vom 18. Juli 2019 legte die Onkologin dar, der Patient habe in den vergangenen Monaten an zwei länger anhaltenden Erkältungen gelitten, die jedoch keine antibiotische Behandlung notwendig gemacht hätten (act. 266).

In der klinischen Untersuchung vom 13. Januar 2020 waren zervikal beidseits Lymphknoten palpabel, weshalb eine CT-Untersuchung für April anberaumt wurde. Der Patient sei in einem guten Allgemeinzustand, aktuell wieder regredienter Infekt im Bereich der oberen Luftwege. Nach Ansicht der Onkologin waren die häufigen Infekte auffällig, welche ihrer Ansicht nach sicher auf die Immunschwäche im Rahmen der Grunderkrankung zurückzuführen waren. Der Patient wolle jedoch keine Antikörper-Substitution (act. 272). Am 1. Mai 2020 berichtete die Ärztin über eine deutliche Progredienz der CLL. Der Patient sei symptomatisch. Sie beantragte daher eine Kostenübernahme für die leukämiespezifische Behandlung mit Imbruvica (act. 273). Im Verlaufsbericht vom 17. Juli 2020 diagnostizierte die Onkologin ein im Juni aufgetretenes, ausgedehntes und rumpforientiertes Exanthem, DD Allopurinol, Imbruvica (act. 281).

Der Kardiologe, der den Patienten am 8. Mai 2020 abklärte, hielt fest, der Patient habe im Winter 2019/2020 neben thorakalen Beschwerden eine vermehrte Müdigkeit und eine eingeschränkte Belastbarkeit verspürt (act. 291). Im Rahmen der onkologischen Verlaufskontrolle vom 21. September 2020 berichtete die behandelnde Ärztin, das vorgängig stärkere Exanthem sei regredient. Ebenso eine Rhinitis. In der klinischen Untersuchung zeigte sich ein fein makulopapulöses Exanthem am Rumpf und Oberarmen. Die Lymphadenopathie zervikal und axillär war klinisch ebenfalls regredient (act. 299).

Vom 14. bis zum 19. Januar 2021 war der Versicherte aufgrund einer unklaren therapieresistenten psoriasisformen Dermatitis hospitalisiert worden (act. 307). Die Dermatologen der Universitätsklinik folgerten am 3. Februar 2021, seit der Chemo-/Immuntherapie

im Jahr 2012/2013 bestehe ein IgG-Mangel mit vermehrten Infekten. Ein erster Hautauschlag sei nach 4 Wochen im Juni 2020 spontan abgeheilt. Im August 2020 sei die geplante Dosissteigerung von Ibrutinib auf 420mg/Tag erfolgt und Mitte September sei es zu einem Infekt der oberen Atemwege (Halsschmerzen, Lymphadenopathie, Fieber) gekommen. Ein Covid-19-Test sei nicht erfolgt. Die Symptomatik sei im Verlauf regredient gewesen, jedoch sei ca. 10-14 Tage nach Symptombeginn ein Hautausschlag am Körper aufgetreten. Es sei eine Spiricort-Therapie für 9 Tage durch den Hausarzt erfolgt. Durch den Dermatologen C _____ sei bei Verdacht auf eine infektiös getriggerte Psoriasis eine Behandlung mit Acitretin 25mg/d (gestoppt nach 2 Monaten bei Kopfschmerzen, ausgeprägter Lippentrockenheit mit Fissuren, Schlafstörungen) und Dermovate Salbe eingeleitet worden. Im Herbst seien zudem wechselnde Paronychien im Bereich der Finger aufgetreten. Es sei einmalig mit Penicillin bei einem Streptokokken A-Nachweis behandelt worden. Die Psoriasis könne sowohl Ibrutinib als auch parainfektiös getriggert sein. Eine klare Unterscheidung sei nicht möglich. Ibrutinib als Hemmer der Bruton-Tyrosinkinase (BTK) könne gemäss Literatur multiple Hautveränderungen verursachen (mit Hinweis auf SIBAUD V et al., Dermatological Toxicities of Bruton's Tyrosine Kinase Inhibitors, American Journal of Clinical Dermatology. 2020; 21:799–812). Die Paronychie mit Onychodystrophie (distale Onycholyse mit Onychomadesis) im Bereich vom rechten Zeigefinger und linken Mittelfinger passe klinisch gut zu einer Acrodermatitis suppurativa continua Hallopeau. Allerdings könne diese auch Ibrutinib getriggert sein. Vielleicht spiele der IgG Mangel mit einem aktuellen Wert von 2.3 g/l (n>7 g/l) eine zusätzliche favorisierende Rolle. Im Abstrich einer Pustel seien Gruppe A-Streptokokken nachgewiesen worden. Eine Psoriasis-Arthritis könne zum jetzigen Zeitpunkt bei vorwiegend osteoproliferativen Prozessen, aber fehlenden Erosionen und insbesondere Abwesenheit der entzündlichen Komponente der Gelenke, nicht ganz ausgeschlossen werden (act. 307).

Am 18. Februar 2021 informierte die Onkologin darüber, der Versicherte sei wegen einer komplizierten Corona-Virus-Infektion vom 31. Januar bis 9. Februar 2021 hospitalisiert gewesen. Klinisch fanden sich am gesamten Rumpf und den unteren Extremitäten deutliche makulöse Hautveränderungen. Im Dezember 2020 sei es zur Sistierung von Imbruvica wegen möglicher Triggerung einer exazerbierten Psoriasis gekommen. Als weitere Diagnosen führte sie auf: Psoriasis en plaque mit Guttata-Komponente, DD Ibrutinib oder infektiös getriggert (act. 332). Am 17. März 2021 schlussfolgerten die Dermatologen der Universitätsklinik, die Psoriasis en plaques mit Guttata-Komponente sei am ehesten infektiös getriggert, DD Ibrutinib. Es bestehe der Verdacht auf eine Acrodermatitis suppurativa continua Typ Hallopeau i.R. von Diagnose 1, DD Ibrutinib getriggert, chronisch

rezidivierende Paronychien bei IgG Mangel. Nach der Hospitalisation in der Universitätsklinik habe der Patient einen Geschmacksverlust und eine Infektion mit Covid-19 festgestellt. Aufgrund einer Pneumonie bei Corona-Virus SARS-CoV-2 Infektion sei es zu einer weiteren Hospitalisierung gekommen. Als Ursache der Psoriasis en plaques mit Guttata-Komponente (und Acrodermatitis suppurativa continua Typ Hallopeau) würden sie am ehesten von einer infektiösen Triggerung durch Gruppe A-Streptokokken ausgehen. Eine medikamentöse Triggerung (Ibrutinib) sei aufgrund des Timings nicht ausgeschlossen und möglich (act. 332).

Im April 2021 stellte die Onkologin beim Patienten eine Lymphknotenvergrößerung palpabel fest (act. 332). In der CT-Untersuchung zeigte sich die vorbekannte Lymphadenopathie mediastinal und abdominal, weshalb die Ärztin schlussfolgerte, die Fatigue und Leistungsintoleranz seien Folge der in den vergangenen Monaten erlittenen Erkrankungen (schwere Psoriasis und Covid-19-Infektion) bei gleichzeitig hämatologischer Erkrankung. Aufgrund der Gesamtsituation sei eine Teilarbeitsunfähigkeit gerechtfertigt (act. 332). Am 3. September 2021 berichtete sie über eine stabile Situation (act. 310) und legte im Januar 2022 dar, im Dezember 2021 habe der Patient einen grippalen Infekt gehabt; ein Covid-19-Abstrich sei wiederholt negativ gewesen. Die Manifestationen der Psoriasis seien regredient; es träten ca. monatlich leichte Schübe auf. In der klinischen Untersuchung sei bei dem Patienten zervikal, supraklavikulär und axillär keine Lymphknotenvergrößerung palpabel (act. 332).

Die Ärzte der Universitätsklinik für Hämatologie des Inselspitals waren am 7. April 2022 der Ansicht, aktuell bestehe keine Indikation für eine Therapie der CLL (act. 332). Die Fatigue sei multifaktoriell bei Status nach multiplen Covid-Infekten und aktiver Psoriasis. Die CLL sei wahrscheinlich auch eine Komponente der Fatigue, jedoch sehr wahrscheinlich nicht führend, sodass sich hieraus eine Therapieindikation ergebe.

Am 17. August 2022 legte die Onkologin dar, der Patient arbeite seit langem zu 75%. Bei trotzdem vermehrter Müdigkeit und Leistungsintoleranz beziehe er ausstehende Ferientage (act. 332).

Im November 2022 liess der Arbeitgeber aufgrund einer seit August 2022 anhaltenden Arbeitsunfähigkeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes melden (act. 322 und 327). Die Onkologin bestätigte am 5. Dezember 2022 die Verschlechterung des Allgemeinzustandes (act. 348). Die Ärzte der Universitätsklinik für Rheumatologie und Immunologie stellten am 13. Dezember 2022 fest, die Ursache der Fatigue bleibe unklar, differenzialdiagnostisch seien am ehesten die CLL oder ein Long-Covid-Syndrom nach

stattgehabter Covid-19-Infektion in Betracht zu ziehen (act. 352). Die CT-Untersuchung vom 1. Dezember 2022 zeigte multiple neu aufgetretene Lymphadenopathien (act. 356). Mit Verlaufsbericht vom 23. Dezember 2022 (act. 364) schrieb die Onkologin, der Patient wolle mit einer leukämiespezifischen Behandlung zuwarten. Die Ärzte der Universitätsklinik für Dermatologie empfahlen, falls erneut Ibrutinib gegeben werde, vorher eine ZytolTT durchzuführen (act. 369).

Mit Bericht vom 3. Februar 2023 schrieb die Fachärztin für Arbeitsmedizin, die Tumorprogredienz vom April 2020 bzw. Dezember 2022 und die Ibrutinib-Therapie bis Dezember 2020 seien sicherlich auf die anerkannte Berufskrankheit zurückzuführen. Hingegen könne nicht festgelegt werden, ob die Berufskrankheit für die Entwicklung der Psoriasis, der Arthralgien und der Fatigue eine wesentliche Rolle gespielt habe. Die Berufskrankheit spiele sicherlich eine Rolle in der Entwicklung der Fatigue, jedoch wahrscheinlich nicht führend, im Rahmen des Status nach multiplen Covid-Infekten und der aktiven Psoriasis. Daher seien die Konsultationen und Behandlungen durch die Onkologin und die Hämatologie des Inselspitals sicher auf die anerkannte Berufskrankheit zurückzuführen. Hingegen seien die Konsultationen in der Dermatologie des Inselspitals und der Rheumatologie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die anerkannte Berufskrankheit zurückzuführen. Die Ursache der Fatigue solle weiter erläutert werden, dies liege jedoch nicht im Rahmen der anerkannten Berufskrankheit (act. 373). In Ergänzung dieses Berichts notierte die Ärztin am 13. März 2023, die Müdigkeit/Fatigue könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Folgen der Berufskrankheit zurückgeführt werden. Der Versicherte habe im Jahr 2020 nie über Müdigkeit geklagt. Erst ab Juni 2021 sei dies der Fall gewesen. Die zu diesem Zeitpunkt durchgeführte Untersuchung habe eine stabile Situation der CLL gezeigt. Gemäss der hämatologischen Beurteilung vom 6. April 2022 sei auf eine multifaktorielle Ätiologie der Fatigue geschlossen worden, mit Status nach multiplen Covid-Infekten und der aktiven Psoriasis. Gemäss Hämatologen sei die CLL eine Komponente der Fatigue, jedoch sehr wahrscheinlich nicht führend (act. 380).

Die Onkologin hielt am 31. März 2023 am Zusammenhang der Symptomatik des Patienten mit seiner hämatologischen Neoplasie fest. Sowohl der Verlauf der Covid-Infektion (prolongiert mit Infekten) als auch die schwere Psoriasis seien möglicherweise im Zusammenhang mit der CLL zu werten (act. 408). Der behandelnde Hausarzt ergänzte am 20. April 2023 (act. 414), der Patient habe ihm vor der Covid-19-Erkrankung von einer Fatigue-Symptomatik sowie Polymyalgien und Arthralgien berichtet. Die Beschwerden

hätten alsdann persistiert. Seiner Ansicht nach war die Kausalität des Chronic Fatigue Syndroms und der Polymyalgien/Arthralgien mit der CLL klar gegeben.

Zu diesen Berichten nahm die Arbeitsmedizinerin am 1. Mai 2023 Stellung (act. 417). Objektive Befunde, die das Vorliegen einer Müdigkeit/Fatigue vor der Covid-19-Erkrankung bestätigten, würden fehlen. Es gebe auch keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlimmerung der CLL beim Erscheinen der Müdigkeit im Jahr 2021. Erst bei der Kontrolle vom 13. Dezember 2022 sei im CT eine leichte Lymphomprogredienz festgestellt worden. Die verschiedenen Berichte des Inselspitals würden auf eine multifaktorielle Ätiologie der Fatigue schliessen. Die CLL sei eine Komponente der Fatigue, jedoch wahrscheinlich nicht führend. Obwohl die CLL eine mögliche Rolle in der Entwicklung der Fatigue spiele, genüge dies nicht, um auf einen überwiegenden Kausalzusammenhang zwischen CLL und Fatigue zu schliessen.

Am 10. Juli 2023 berichtete die Onkologin, im Labor zeige sich weiterhin eine schwere Hypogammaglobulinämie mit Verminderung des IgA, IgG und IgM. Dies sei sicher Folge der zugrundeliegenden hämatologischen Erkrankung. Febrile Infekte seien daher rasch antibiotisch/antiviral zu behandeln (act. 428). Dem CT vom 25. September 2023 (act. 442) könne zudem eine leichte Zunahme der ubiquitär vergrösserten Lymphknoten entnommen werden.

Der RAD-Arzt bestätigte am 3. August 2023 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Jedoch lasse sich aufgrund der Akten nicht genau sagen, ab wann die erhöhte Ermüdbarkeit aufgetreten sei. Erfahrungsgemäss sei das auch eher ein schleichender Prozess von unterschiedlicher Dauer als ein plötzliches Ereignis. Die Onkologin habe am 15. Juni 2021 von der erhöhten Müdigkeit berichtet. Es habe sich alsdann keine Erholung eingestellt und es sei fraglich, ob sich eine solche einstelle (act. 479).

Die Arbeitsmedizinerin schlussfolgerte mit Bericht vom 4. Januar 2024 (act. 459), betreffend die CLL sei im April 2020 eine deutliche Tumorprogredienz festgestellt worden, für die zwischen Mai und Dezember 2020 eine lymphomspezifische Behandlung mit Ibrutinib (Imbruvica) eingesetzt worden sei. Die folgenden onkologischen Verlaufskontrollen hätten radiologisch eine stabile Situation bis zum CT vom 1. Dezember 2022 gezeigt, bei dem eine leichte Lymphomprogredienz festgestellt worden sei. Hinsichtlich Fatigue/Müdigkeit werde dieses Symptom in den Berichten von 2020, als die CLL-Behandlung durch Ibrutinib eingesetzt worden sei, nie erwähnt. Es werde immer ein guter Allgemeinzustand ohne Müdigkeit beschrieben. Am 31. Januar 2021 habe der Versicherte an einem SARS-CoV2-Infekt, der zu einer Hospitalisation geführt habe, gelitten. Ab Februar

2021 werde in den verschiedenen Berichten eine Schwäche und danach eine Müdigkeit/Fatigue erwähnt. Zu diesem Zeitpunkt sei die CLL als stabil und asymptomatisch beschrieben worden. Auch wenn die Fatigue ein Symptom der CLL sein könne, sei es im vorliegenden Fall lediglich möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Fatigue auf die CLL zurückzuführen sei. Dies insbesondere in Anbetracht der durchgemachten Covid-Infektion. Betreffend Hautbeschwerden sei im Juni 2020 die Diagnose einer Psoriasis en plaque gestellt worden. Im Bericht der Universitätsklinik vom Januar 2021 werde dargelegt, dass die Psoriasis durch eine infektiöse Komponente getriggert worden sei und es sich in diesem Fall um eine postinfektiöse Psoriasis handle. Daher bestehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang zwischen der Psoriasis und der CLL.

Am 25. Januar 2024 (act. 484) legte die Onkologin erneut dar, die Fatigue sei klar Folge der seit vielen Jahren bestehenden hämatologischen Neoplasie. Im Jahr 2020 sei der Patient mit Ibrutinib behandelt worden. Die in der Folge aufgetretene Psoriasis hänge möglicherweise mit der leukämiespezifischen Behandlung zusammen, im Sinne einer Triggerung. Differenzialdiagnostisch könne sie infektiös getriggert gewesen sein. Auch im letzten Fall sei ein Kausalzusammenhang mit der CLL gegeben (vermehrte Infektneigung bei Immunsuppression). Der Patient habe auch eine schwere Corona-Infektion erlitten. Der schwere Verlauf im Jahr 2021 müsse als Folge der Immunsuppression bei CLL interpretiert werden. Die Symptomatik, welche zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe, sei sicher Folge der hämatologischen Neoplasie. Dies, auch wenn ihrerseits das Symptom Fatigue nicht in jedem Bericht explizit erwähnt worden sei. Bei den Verlaufsberichten handle es sich um kurze Mitteilungen an den Hausarzt, der die Problematik kenne.

Die Onkologin Dr. D _____ schilderte am 15. August 2024 (act. 495) einen unauffälligen Verlauf, erwähnte aber auch, dass es immer wieder zu protrahierten Erkältungen käme. Abgesehen von einer leicht vermehrten Müdigkeit, sei der Patient im Alltag beschwerdefrei.

5.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich zur Beurteilung der Kausalität auf die diversen versicherungsmedizinischen Beurteilungen der Vertrauensärztin. Deren abschliessende Aktenbeurteilung ruht jedoch nicht auf einer vollständigen Aktenkenntnis. So nahm die Vertrauensärztin an, vor Juni 2021 habe sich der Versicherte nie über Müdigkeit beklagt. Dem ist jedoch nicht so. In den Akten wird die Problematik der Fatigue erstmals anlässlich der Erhebung vor Ort am 10. März 2009 erwähnt (act. 27). Am 1. Juli 2009 bestätigte die Onkologin weiter, der Patient sei symptomatisch mit zunehmender Müdigkeit und Leistungsintoleranz (act. 45). Der Hausarzt berichtete am 10. Juli 2009, er habe neben

der Leukämie auch Begleiterkrankungen wie Sinusitiden und virale Infekte behandelt (act. 47). Am 2. März 2011 beklagte der Versicherte eine weiterhin anhaltende Müdigkeit (act. 77). Eine Regredienz der vermehrten Müdigkeit und Leistungsintoleranz bei deutlichen Restbeschwerden befundete die Onkologin am 11. Juni 2013 (act. 155). Eine anhaltend leicht vermehrte Müdigkeit wurde im Herbst 2013 und 2014 sowie im Januar 2015 dokumentiert (act. 161, 163, 184 und 191). Im Juni 2015 notierte die Onkologin eine vermehrte Infektanfälligkeit (act. 194). Diese Infektneigung hielt 2018 und 2019 an (act. 244, 257, 266). Diese stuft die Onkologin schliesslich im Januar 2020 als auffällig ein und veranlasste sie, dem Patienten eine Antikörpersubstitutionsbehandlung vorzuschlagen, welche er jedoch ablehnte (act. 272). Nach dem Dargelegten ist offensichtlich, dass sich sowohl die Müdigkeit als auch die Infektneigung seit 2009 immer wieder manifestiert hatten. Die Müdigkeit sowie die verminderte Belastbarkeit waren auch der Anlass für die ab Juni 2011 erfolgte Reduktion der Arbeitszeit (act. 85, 90 und 91).

Auch die Folgerung der Vertrauensärztin, im Jahr 2020 sei die Problematik der Müdigkeit nicht dokumentiert, ist unzutreffend. Der Patient suchte nämlich am 8. Mai 2020 den Kardiologen auf, der anamnestisch aufführte, der Patient habe im Winter 2019/2020 neben thorakalen Beschwerden eine vermehrte Müdigkeit und eine eingeschränkte Belastbarkeit verspürt (act. 291).

Neben der im Jahr 2020 soeben beschriebenen Müdigkeit hatte sich auch der Zustand der CLL vor der Covid-Infektion verschlechtert. In der klinischen Untersuchung vom 13. Januar 2020 waren zervikal beidseits Lymphknoten tastbar (act. 272) und am 1. Mai 2020 diagnostizierte die Onkologin eine deutliche Progredienz der chronisch lymphatischen Leukämie. Der Patient war symptomatisch (act. 273). Schliesslich folgerten die Dermatologen am 3. Februar 2021, seit der Chemo/Immuntherapie im Jahr 2012/2013 bestehe ein IgG-Mangel. Die Schlussfolgerungen der Vertrauensärztin, es hätten keine objektiven Befunde vorgelegen, die das Vorliegen einer Müdigkeit/Fatigue vor der Covid-19-Erkrankung bestätigen, und es gebe keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlimmerung der CLL beim Erscheinen der Müdigkeit, vermögen unter diesen Umständen nicht zu überzeugen.

Schliesslich erscheint auch die Schlussfolgerung der Vertrauensärztin, es fehle sowohl hinsichtlich der Fatigue als auch in Bezug auf die Psoriasis an einem Kausalzusammenhang mit der Berufskrankheit, unter Berücksichtigung der Feststellungen der übrigen Fachärzte als zweifelhaft. Der RAD-Arzt führte beispielsweise am 3. August 2023 nachvollziehbar aus, die Ermüdbarkeit sei erfahrungsgemäss eher ein schleichender Prozess von unterschiedlicher Dauer als ein plötzliches Geschehen (act. 479). Diesen Umstand

liess die Vertrauensärztin gänzlich ausser Acht. Die Dermatologen der Universitätsklinik äusserten weiter widersprüchliche Darlegungen. Gemäss ihrem Erstbericht vom 3. Februar 2021 (act. 307) konnte nämlich die Psoriasis sowohl Ibrutinib als auch parainfektios getriggert sein. Eine klare Unterscheidung war ihrer Ansicht nach nicht möglich. Am 17. März 2021 führten sie jedoch ohne eine nachvollziehbare Begründung aus, die Psoriasis sei am ehesten infektiös getriggert, DD Ibrutinib bedingt. Eine Nachfrage bei diesen Fachärzten unterblieb seitens der Vertrauensärztin. Die Ärzte der Universitätsklinik für Rheumatologie und Immunologie stellten am 13. Dezember 2022 weiter fest, die Ursache der Fatigue bleibe unklar, differenzialdiagnostisch seien am ehesten die CLL oder ein Long-Covid-Syndrom in Betracht zu ziehen (act. 352). Diese Einschätzung widerspricht derjenigen der Vertrauensärztin und der Hämatologen des Inselspitals, die die CLL zwar als wahrscheinliche Komponente der Fatigue beurteilten, jedoch nicht als führend (act. 332).

Gänzlich ungeklärt blieb sodann, wie der Beschwerdeführer zu Recht ausführt, der Umstand, dass selbst wenn die Fatigue einzig eine überwiegende Folge der Covid-Infektion gewesen wäre, letztere ihren Ursprung bzw. schweren Verlauf überwiegend wahrscheinlich in der Leukämieerkrankung hätte haben können. Dies deshalb, weil der Beschwerdeführer bereits durch die CLL und die durch die Behandlungen erfolgte Schwächung des Immunsystems eine erhöhte Infektanfälligkeit aufwies. Auch hinsichtlich der Psoriasis, welche entweder durch die Immuntherapie und/oder einen Streptokokkeninfekt ausgelöst wurde, zu welchem es ebenfalls aufgrund der Infektanfälligkeit gekommen sein konnte, besteht Klärungsbedarf durch einen Fachspezialisten.

Im Lichte dieser hiervor aufgezeigten Vorbehalte gegenüber der Stellungnahmen der Vertrauensärztin kann die Frage der Kausalität der Fatigue und Psoriasis nicht beantwortet werden. Insgesamt lässt sich aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten diese Frage nicht zuverlässig klären. Unter diesen Umständen wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, ein unabhängiges hämatologisch-onkologisches und dermatologisches Gutachten einzuholen. Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen. Es ist in casu angezeigt, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach Einholung dieses externen polydisziplinären Gutachtens über die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen der anerkannten Berufskrankheit und der Fatigue sowie Psoriasis erneut entscheidet. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

6.

6.1 Das Verfahren ist, von hier nicht massgebenden Ausnahmen abgesehen, kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

6.2 Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1), weshalb der vertretenen Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung hat. Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Als weitere Bemessungskriterien gelten der notwendige Zeitaufwand und die Barauslagen (Art. 27 Abs. 1 und Art. 40 GTar). Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist die Parteientschädigung auf Fr. 1'800.00 (inkl. Barauslagen und MWST) festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Kantonsgericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Entscheid aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu entscheide.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'800.00 (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen.

Sitten, 29. Januar 2025