

200 15 1019 UV
SCP/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. April 2016

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Loosli
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdegegnerin

in Sachen

C. _____

betreffend Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2015



Sachverhalt:

A.

Der 1953 geborene C. _____ (nachfolgend: Versicherter) zog sich am 24. November 1991 bei einem Sturz (ohne Commotio) eine stark dislozierte Radiusfraktur links zu, welche gleichentags operativ in Kurznarkose versorgt wurde. Nach Erwachen aus der Kurznarkose trat zeitnah ein akutes, voll ausgeprägtes Hemisyndrom links (verursacht durch einen ischämischen Insult im Stromgebiet der Arteria cerebri media rechts) auf. Von früher war eine nicht-sphärozytäre, korpuskuläre, hämolytische Anämie bekannt. Ein Zusammenhang des Schlaganfalls mit der vorbestehenden Hämolyse konnte nicht nachgewiesen werden (Akten der Schweizerische Unfallversicherungsanstalt [nachfolgend: SUVA bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 1 ff., 13 f., 20, 26). In der Folge nahm der Versicherte die Arbeit – zunächst im bisherigen Bereich und aufgrund der Beeinträchtigungen alsdann in einem anderen Bereich – mit einer Präsenzzeit von 50 - 70% und ungefähr hälftiger Leistungsfähigkeit wieder auf (AB 23 f., 40 Ziff. 2; vgl. auch AB 42 ff., 60 ff.). Die SUVA, bei welcher der Versicherte über seine berufliche Tätigkeit obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert war, anerkannte ihre Leistungspflicht für die Radiusfraktur links und die in der Folge dazu aufgetretene Hemiplegie und gewährte die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Taggeld (AB 31, 39) sowie Heilbehandlung (AB 17, 22, 25, 92). Nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 3. Dezember 1993 (AB 55) ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 85% und sprach dem Versicherten mit Verfügungen vom 15. März und 27. Juni 1994 ab 1. Januar 1994 eine entsprechende Invalidenrente (Komplementärrente zur Rente der AHV/IV) sowie eine auf einem Integritätschaden von 80% basierende Integritätsentschädigung zu (AB 73 f., 76 f.; vgl. auch AB 95, 102 ff.).

Im Jahr 2005 kam es zu einem stationären Aufenthalt aufgrund einer anhaltenden depressiven Episode (AB 98; vgl. auch AB 99 f.) und in den Jahren 2010 und 2014 zu Hospitalisationen wegen (erneuten) rezidivierenden ischämischen cerebrovaskulären Insulten (AB 132).

Im Jahr 2012 wurde die Ehe des Versicherten geschieden, wobei er sich lebenslänglich zu monatlichen Unterhaltszahlungen an seine Ehefrau A. _____ (nachfolgend: Ex-Frau bzw. Beschwerdeführerin) in der Höhe von Fr. 2'250.-- verpflichtete (AB 129).

B.

Am 21. Mai 2014 beging der Versicherte Freitod (AB 123, 127). Nach Einholung einer neurologischen und psychiatrischen Beurteilung beim Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin (AB 134) lehnte die SUVA mit Verfügung vom 10. August 2015 (AB 135) die Ausrichtung von Versicherungsleistungen – mit Ausnahme eines Beitrages an die Bestattungskosten – ab. Sie begründete dies damit, dass der Versicherte freiwillig aus dem Leben geschieden sei, ohne dass er zur Zeit der Tat unverschuldet gänzlich unfähig gewesen wäre, vernunftgemäss zu handeln. Ebenso sei die Selbsttötung keine eindeutige Folge eines versicherten Unfalles gewesen.

Gegen diese Verfügung erhob die Ex-Frau des Versicherten am 3. September 2015 Einsprache (AB 138), welche mit Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2015 aus den bereits in der Verfügung genannten Gründen abgewiesen wurde (AB 140).

C.

Hiergegen erhob die Ex-Frau des Versicherten mit Eingabe vom 18. November 2015 Beschwerde. Sie beantragt die Ausrichtung von ihr zustehenden Versicherungsleistungen, namentlich eine angemessene Hinterlassenenrente, rückwirkend ab dem Todestag. Zur Begründung bringt sie im Wesentlichen vor, (1.) depressive Episoden hätten schon vor 2005 bestanden, doch habe sich der Versicherte bis dahin strikt geweigert, sich einer diesbezüglichen Untersuchung zu unterziehen, (2.) Selbstmordabsichten habe er bereits nach dem Unfall bzw. Hirnschlag 1991 immer wieder geäussert und (3.) der Freitod stehe in einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall von 1991.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2016 beantragt die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____, die 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 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. 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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie 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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 20. Oktober 2015 (AB 140). Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführerin aufgrund des Ereignisses vom 26. November 1991 ein Anspruch auf Ausrichtung einer Hinterlassenenrente der obligatorischen Unfallversicherung zusteht.

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 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Hat die versicherte Person den Gesundheitsschaden oder den Tod absichtlich herbeigeführt, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, mit Ausnahme der Bestattungskosten (Art. 37 Abs. 1 UVG). Wollte sich die versicherte Person nachweislich das Leben nehmen oder sich selbst verstümmeln, so findet Art. 37 Abs. 1 UVG keine Anwendung, wenn die versicherte Person zur Zeit der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln, oder wenn die Selbsttötung, der Selbsttötungsversuch oder die Selbstverstümmelung die eindeutige Folge eines versicherten Unfalles war (Art. 48 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV; SR 832.202]). Der Tatbestand von Art. 48 UVV setzt einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Suizid, Suizidversuch oder Artefakt voraus, wobei für die Adäquanzprüfung die für psychische Unfallfolgen geltenden Kriterien (BGE 115 V 133 ff.) heranzuziehen sind (BGE 120 V 352 E. 5b S. 355). Danach ist von der Schwere des Unfallereignisses auszugehen und auf Grund der von der Rechtsprechung als massgebend bezeichneten Kriterien zu entscheiden, ob die Adäquanz des Kausalzusammenhangs bejaht werden kann (BGE 120 V 352 E. 4b S. 354; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. August 2008, 8C_789/2007, E. 2.2).

2.2.1 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 entfielen ("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).

Zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören sodann Umstände, ohne die die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung ist also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts "conditio sine qua non" war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 29 E. 4.2.1).

2.2.2 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 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Unfall und Suizid stehen dann in einem adäquat kausalen Zusammenhang, wenn das versicherte Ereignis an sich geeignet ist, die psychische Widerstandskraft des Versicherten derart zu schwächen (durch Erschöpfung,

psychische Depression oder Nervenzusammenbruch), dass er der in ihm aufsteigenden Selbsttötungsidee zwangsläufig verfällt. Je weniger die Urteilsfähigkeit im Zeitpunkt der Selbsttötung getrübt war, desto zwingender muss sich der adäquate Kausalzusammenhang anderswie ergeben (BGE 100 V 72 E. 1c S. 80; diese Rechtsprechung ist auch unter dem UVG massgebend [vgl. RKUV 1990 Nr. U 96 S. 188 E. 4a). Die Adäquanz darf nicht allein wegen einer konstitutionellen Prädisposition verneint werden, dann die Frage nach der generellen Eignung bezieht sich nicht nur auf psychisch und physisch Gesunde, sondern auch auf Versicherte mit krankhaften Vorzuständen (BGE 115 V 133 E. 4b S. 135, 112 V 30 E. 3c S. 36 f.). Die Rechtsprechung, wonach zur Beurteilung der Adäquanz die Unfälle in die Gruppen der banalen, mittelschweren und schweren Unfälle einzuteilen sind, ist mit den notwendigen Änderungen auch anwendbar, wenn psychische Gesundheitsschäden zu einem Suizid führen (RKUV 1990 Nr. U 96 S. 190).

3.

3.1 Aufgrund der Aktenalge ist zu Recht unbestritten, dass der Versicherte im Rahmen einer Freitodbegleitung absichtlich und in urteilsfähigem Zustand Suizid begangen hat (vgl. dazu ausdrücklich das hausärztliche Zeugnis i.S. Freitodbegleitung von Prof. Dr. med. D. _____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom TT.MMMM 2014; AB 127). Damit ist der erste (Ausnahme-)Tatbestand von Art. 48 UVV (Selbsttötung im Zustand gänzlicher Urteilsunfähigkeit; vgl. E. 2.2 hiervor) nicht erfüllt. Ein Anspruch auf über Art. 37 Abs. 1 UVG hinausgehende Versicherungsleistungen bestünde damit lediglich noch, wenn der Freitod des Versicherten als eindeutige Folge eines versicherten Unfalles – vorliegend des Ereignisses vom 24. November 1991 – zu betrachten wäre (zweiter [Ausnahme-]Tatbestand von Art. 48 UVV; vgl. E. 2.2 hiervor). Das gilt es nachfolgend zu prüfen.

3.2 Zum Unfall und dessen Folgen ist den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

3.2.1 Gemäss Bericht der Klinik E. _____ des Spitals F. _____ vom 27. Dezember 1991 (AB 4; vgl. auch AB 26) wurde in der Klinik M. _____ eine am 26. (richtig: 24.) November 1991 bei einem Sturz ohne Commotio zugezogene Radiusfraktur versorgt, wobei einige Minuten nach Ende der Kurznarkose akut eine Hemiplegie links aufgetreten ist. Ob ein Zusammenhang mit der vorbestandene hämolytischen Anämie bestand, konnte nicht schlüssig beantwortet werden. Unter Antikoagulation und Physiotherapie verbesserte sich der Zustand stetig.

3.2.2 Im Rahmen der neuropsychologischen Therapie zur Reduzierung des Neglects und zur Steigerung der Aufmerksamkeit und Verarbeitungsgeschwindigkeit in der Abteilung für neuropsychologische Rehabilitation des Spitals F. _____ (Bericht vom 28. Januar 1992; AB 27) wurde von der Erzielung guter Fortschritte berichtet, sodass bei der Abschlussdiagnostik ein Neglect bzw. ein Auslöschphänomen nach links nicht mehr nachweisbar gewesen war. Neuropsychologisch bestanden noch leichte visuell-räumliche Störungen sowie Defizite der Reaktionsfähigkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit und Konzentration. Aufgrund einer depressiven Verstimmung und starker Affektlabilität sei in der Zeit nach dem Unfall eine vollständige neuropsychologische Untersuchung nicht möglich gewesen. In Einzelgesprächen sei auf gesprächstherapeutischer Basis an der Krankheitsverarbeitung gearbeitet worden. Insgesamt seien vom klinischen Eindruck deutliche und kontinuierliche Verbesserung zu erzielen gewesen. Psychisch habe der Versicherte stabiler gewirkt.

3.2.3 Auch Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Hämatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Spital F. _____ wies im Schreiben vom 10. Juli 1992 (AB 14) auf eine offenbar seit dem Jugendalter bestehende nicht-sphärozytäre korpuskuläre Anämie hin, weswegen 1966 die Splenektomie (und Cholezystektomie) erfolgt sei. Nach der Einschätzung des Arztes bestand offensichtlich eine chronische, aktive Hämolyse, vorwiegend extravasaler Natur. Einen Zusammenhang des Schlaganfalles mit der vorbestehenden Hämolyse konnte weder nachgewiesen noch mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Dass der am 24. November 1991 erlittene Sturz pathologisch am Auftreten des Insultes beteiligt gewesen sei, er-

scheine Prof. Dr. med. G. _____ eher fraglich, wenn auch das zeitliche Auftreten dafür gesprochen hat und andere Risikofaktoren mit Ausnahme eines Zigarettenkonsums nicht vorgelegen haben.

3.2.4 Im neurologischen Bericht vom 3. August 1992 des PD Dr. med. H. _____ vom Spital F. _____ (AB 20) ging es um die Frage, ob der Insult als Behandlungskomplikation der Radiusfraktur zu verstehen oder ob das Zusammenfallen der beiden Ereignisse als zufällig einzustufen war. Da keine spezifische Infarktursache nachweisbar gewesen war, wog auf der anderen Seite der zeitliche Zusammenhang zwischen Narkose und Auftreten des Insultes derart schwer, dass ein unfallunabhängiger Hirninfarkt nicht anzunehmen war. Entsprechend hielt PD Dr. med. H. _____ dafür, medizinisch gesehen sei mit Sicherheit ein Zusammenhang zwischen Unfall und zerebrovaskulärem Insult anzunehmen.

3.2.5 Gemäss Bericht des Kreisarztes Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 20. Oktober 1992 (AB 24) konnte das Faktum, dass beim Versicherten eine hämolytische Anämie ohne Thrombophilie bestand, nicht zur Erklärung des Infarktes im Hirn, der im Mediastromgebiet rechts lokalisiert werden können, herangezogen werden. Eine eigentliche Erklärung für dieses Geschehen konnte nicht gefunden werden. Er postuliere deshalb einen unglücklichen Zusammenhang mit der Narkose als Ursache des Infarktes.

3.2.6 Gemäss neuropsychologischem Gutachten der Abteilung für Neuropsychologische Rehabilitation des Spitals F. _____ vom 23. Dezember 1993 (AB 58) hatte sich der Versicherte subjektiv über das vor allem die Hand betreffende Hemisyndrom links, eine verringerte Belastbarkeit, Verlangsamung, Störung der Konzentration, Auffassungsgabe und Merkfähigkeit sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit beklagt. Im Vergleich zu früheren Untersuchungen liessen sich nur geringfügige Verbesserungen der neuropsychologischen Symptomatik feststellen, wobei insgesamt noch mittelschwere Hirnfunktionsstörungen der Verarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit und Umstellungsfähigkeit zu objektivieren waren. Aufgrund der feststellbaren mittelschweren Hirnfunktionsstörungen und dem

Hemisyndrom links gingen die Neurologen von einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit von ca. 60% aus.

3.2.7 Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete mit Schreiben vom 4. Juli 2005 (AB 98) von einer Hospitalisation in der Abteilung für psychosomatische und psychotherapeutische Medizin des Spitals K._____. Der Versicherte habe wahrscheinlich vor dem Medianinfarkt eine schizoide Persönlichkeit gehabt und seine Erfüllung in der Arbeit und in seinem Hobby, der Musik, gefunden. Nebst den neuropsychologischen und kognitiven Defiziten und dem weiterbestehenden Hemisyndrom habe die verminderte Leistungsfähigkeit zu einer massiven Kränkung und einem Einbruch des Selbstwertgefühles geführt. Seit mindestens fünf Jahren habe sich die eheliche Situation deutlich verschlechtert, indem sich ein kollusives Muster eingeschaltet habe, unter dem beide Ehepartner leiden würden. Im Zusammenhang mit diesen Schwierigkeiten bestehe eine anhaltende depressive Episode. Die depressive Symptomatik habe sich im Verlauf des Spitalaufenthaltes dank der psychotherapeutischen Behandlungen und des Einsatzes von Tolvone 30mg abends gebessert.

3.2.8 Anlässlich einer Untersuchung durch Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 5. Juli 2005 (AB 99) hatte der Versicherte ausgeführt, er sei überlastet, familiär bestünden Partnerschaftskonflikte, auch der Tod des Vaters habe ihn belastet, seine Arbeit sei in Frage gestellt, es bestehe Mobbing, er würde sich eigentlich auf die reine Hausmannsarbeit zurückziehen wollen, was im Rahmen des Partnerschaftskonfliktes wieder nicht akzeptiert werde. Gemäss Beurteilung von Dr. med. L._____ sprachen die in der Untersuchung verzögerte Reaktionszeit und herabgesetzte allgemeine kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit bei normalen Gedächtnis- und Frontalhirnfunktionen nicht gegen eine depressive Episode als Ursache der beklagten Probleme. Nach der Verlaufsuntersuchung stellte Dr. med. L._____ im Bericht vom 11. August 2005 (AB 100) fest, dass sich das bekannte vorwiegend motorisch sensomotorische Hemisyndrom links ohne Anhaltspunkte für einen Neglect sowie die früher bekannten Einschränkungen im Bereich der Reaktion und kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeiten ohne Gedächtnisstörungen zeigte, ohne

dass es Anhaltspunkte für eine neuere neurologische Problematik gab. Nach seiner Beurteilung war die eingeschränkte Affektkontrolle im Zusammenhang des erlittenen Insultes zu erklären und durch die depressive Episode akzentuiert worden.

3.2.9 Gemäss Austrittsbericht der Klinik E._____ des Spitals F._____ vom 10. Januar 2011 (AB 132) war der Versicherte aufgrund eines frischen ischämischen Infarkts vom 18. bis 25. Dezember 2010 hospitalisiert. Da es sich dabei bereits um ein drittes Schlaganfallereignis mit wiederum fehlendem Nachweis einer spezifischen Ursache gehandelt hatte, war die Indikation für einen perkutanen PFO-Verschluss gegeben. Dies begründete er wie folgt: Seit der Kindheit sei eine kongenitale, nicht-sphärozytäre, korpuskuläre, hämolytische Anämie mit Status nach Splenektomie 1966 bekannt. Nach dem Schlaganfall 1991 habe eine hämatologische Abklärung am Spital F._____ stattgefunden. Damals habe sich labormässig eine chronische aktive Hämolyse gezeigt. Anhand von Zusatzuntersuchungen sei trotz weiterbestehender Hämolyse keine labormässig fassbare Gerinnungsaktivierung gefunden worden, weshalb ein Zusammenhang zwischen dem Hirninfarkt und der hämatologischen Erkrankung unwahrscheinlich gewesen sei. Bei der aktuellen Hospitalisation hätten sich die Hämolyseparameter bestätigt.

3.2.10 Eine weitere Hospitalisation wegen eines akuten ischämischen Hirninfarkts erfolgte gemäss Austrittsbericht der Klinik E._____ des Spitals F._____ vom 2. Mai 2014 (AB 132) vom 17. bis 25. April 2014. Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt:

Rezidivierende ischämische cerebrovaskuläre Insulte

- 07/2012 mehrzeitiger CVI im A. cerebri posterior Stromgelenk links, konservativ therapiert, Quadrantenanopsie nach rechts oben, sensibles Hemisyndrom rechts, residuelle spastische sensomotorische Hemiparese links, von leicht bis schwer reichende Hirnfunktionsstörungen (primär Gedächtnis, auch Aufmerksamkeits- und exekutive Funktionen, Restneglect)
- 12/2010 CVI im Thalamus und Centrum semiovale rechts, konservativ therapiert, sensomotorisches Hemisyndrom links
- 2006 CVI insulär links mit vollständig regredienter Dysarthrie und Dysphagie
- 1991 Media-Teilinfarkt rechts mit residuellem spastischem, sensomotorischem Hemisyndrom links
- Aktuell: Akuter ischämischer Hirninfarkt im Media-Stromgebiet rechts (insulär) bei proximalem M2-Verschluss inferior branch am 17.04.2014

- klinisch: Hemianopsie nach links, Neglect nach links, Beinparese links (vorbestehend Spastik li Arm, Hypästhesie rechts)
 - NIHSS bei Eintritt/Austritt: 11 Punkte/5 Punkte
 - ätiologisch: unklar, DD im Rahmen der hämatologischen Erkrankung (APC-Resistenz bei heterozygoter Faktor V R306Q (FV Leiden)-Mutation, Vd.a. dehydrierte Stomazytose), DD Medikamentenmalcompliance
 - therapeutisch: i.v. Lyse mit Actilye (Bolus 5.9ml, Perfusor über 1h 53.1ml)
 - vaskuläre Risikofaktoren: DM Typ 2, arterielle Hypertonie, persistierender Nikotinabusus, Dyslipidämie, St.n. CVI
- Valvuläre und hypertensive Kardiopathie
- St.n. PFO-Verschluss in 1/2011 (PFO-Occluder, Amplatzer 25mm)
 - Koronarsklerose ohne signifikante Stenosen
 - biskuspide Aortenklappe mit Dilation der Aorta ascendens, leichte AI, MI, TI, antero-apikale Akinese
- Diabetes mellitus Typ 2
- HbA1c aktuell 5.1 %
 - unter OAD (Metformin/Januvia) mit unregelmässiger Einnahme
- Makrozytäre und hyperchrome Anämie, am ehesten im Sinne einer dehydrierten Stromazytose
- kongenitale, nicht-sphärozytische, korpuskuläre hämolytische Anämie
 - St.n. Splenektomie und Cholezystektomie 1966
 - 07/12 Thalassämie/Hämoglobinopathie-Abklärungen (KSA) unauffällig
- APC-Resistenz bei heterozygoter Faktor V R506Q (FV-Leiden)-Mutation, ED 12/10
- Chronische Niereninsuffizienz Grad II a.e. diabetogen und hypertensiv
- Proteinurie von 0.5g/l
- Schwere depressive Episode und V.a. emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ mit Anpassungsstörung
- unter Cipralext- und Seroquel-Therapie

Die Ätiologie des erneuten Infarktgeschehens sei aktuell unklar, differentialdiagnostisch könne bei rezidivierenden CVIs ein Zusammenhang mit den hämatologischen Erkrankungen (dehydrierte Stomatozytose und APC-Resistenz bei Faktor V-Mutation) postuliert werden. Auch wenn bei den beiden bekannten hämatologischen Erkrankungen nur eine venöse Thrombophilie bekannt sei, könne bei Kombination beider Krankheitsbilder und bei zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktoren allenfalls auch ein erhöhtes arterielles Thromboserisiko bestehen. Bezüglich geäusserten Suizidgedanken sei ein psychiatrisches Konsilium veranlasst worden, dessen Beurteilung zufolge im aktuellen Zeitpunkt keine Gefahr eines Suizids bestehe, wohl aber eine schwere depressive Episode, am ehesten reaktiver Genese bei rezidivierenden cerebralen Insulten und eine Verbitterungsstörung. Im Verlauf sei der Versicherte gut führbar gewesen, die Stimmung habe sich gebessert und es sei nicht mehr zu konkreten Aussagen bezüglich suizidaler Absichten mehr gekommen. In einem

Folgekonsil auf der neurologischen Bettenstation sei dem Versicherten eine emotionale instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ mit Anpassungsstörung attestiert worden, zudem bestünden rezidivierende depressive Reaktionen.

3.2.11 Der neurologischen und psychiatrischen Beurteilung des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin vom 30. Juli 2015 (AB 134) zufolge lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Ereignis vom 24. November 1991 und den mehrere Jahre später erfolgten Durchblutungsstörungen im Gehirn (2006 links-cerebrale Durchblutungsstörung, 2010 rechts-cerebrale Durchblutungsstörung, Juli 2012 mehrzeitige cerebrale Durchblutungsstörung im hinteren Stromgebiet links, April 2014 Hirninfarkt rechts) medizinisch nicht begründen. Nachvollziehbar würden die differenzialdiagnostischen Aspekte bezüglich hämatologischer Erkrankung und kardiovaskulären Risikofaktoren als Ursachen der Hirninfarkte diskutiert. Die 2005 erstmalig dokumentierte depressive Episode sei seinerzeit im Zusammenhang mit gravierenden psychosozialen Problemen (Eheprobleme, Konflikte am Arbeitsplatz) gestanden, welche sich durch die bereits vor dem ersten Hirninfarkt 1991 fachärztlich bestätigten schizoiden Persönlichkeitszüge akzentuiert habe. Die seinerzeit auf die angespannte psychosoziale Situation der Versicherten zurückgeführte reaktiv psychische (depressive) Beeinträchtigung sei nach erfolgter Behandlung wieder in den Hintergrund getreten. Für diese Annahme spreche zudem, dass unmittelbar nach dem ersten Hirninfarkt keine depressive Episode mit Suizidalität aufgetreten sei, sondern erst im Zusammenhang mit den Jahre später aufgetretenen weiteren Hirninfarkten und der dadurch bedingten zunehmenden Schwierigkeiten und für den Versicherten immer schlechter zu ertragenden (gesundheitlichen sowie psychosozialen) Belastung. Insgesamt lasse sich somit kein direkter Zusammenhang mit dem ersten Hirninfarkt im Jahr 1991 nachvollziehen. Die Entwicklung der depressiven Erkrankung lasse sich auch ohne den Unfall im Zusammenhang mit der (kränkbaren und schizoiden) Persönlichkeit sowie als jeweilige Reaktion auf die ungünstige Lebensentwicklung verstehen. Dem hausärztlichen Zeugnis i.S. Freitodbegleitung vom TT.MMMM 2014 (vgl. AB 127) zufolge habe der Versicherte kurz vor seinem Freitod bestätigt, dass er aus freiem Willen seinen Freitod gewünscht habe. Deswegen müsse man davon

ausgehen, dass zu diesem Zeitpunkt die kurz zuvor dokumentierte depressive Stimmung (wieder) in den Hintergrund getreten sei und die Einsichtsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt nicht krankheitsbedingt aufgehoben gewesen sei. Auch wenn der Versicherte zu diesem Zeitpunkt noch depressiv gewesen sein sollte und somit der Todeswunsch als teilweise störungsbedingt beeinträchtigt interpretiert werden könnte, lasse sich dies nicht als eindeutige (Unfall-)Folge des ersten Hirninfarkts von 1991 nachvollziehen. Wie dargelegt habe die depressive Erkrankung nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem ersten Hirninfarkt gestanden, sondern sei als zusätzlicher und zunehmend eigenständiger (psychischer) Gesundheitsschaden aufgrund der nachfolgenden ungünstigen Lebensentwicklung zu interpretieren.

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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

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).

3.3.3 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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.3.4 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 Die interdisziplinäre Beurteilung des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin vom 30. Juli 2015 (AB 134; vgl. E. 3.2.11 hiervor) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an derartige Berichte und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.3 hiervor). Demgemäss lässt sich ein Zusammenhang zwischen den Durchblutungsstörungen im Gehirn (Insulten, Hirninfarkten), die mehrere Jahre nach dem Unfall erfolgten, und der Behandlung der Folgen des Sturzes vom 24. November 1991 oder dem Sturz selbst bzw. der Radiusfraktur medizinisch nicht begründen. Entsprechend steht der Freitod am TT.MMMM.2014 weder in einem natürlichen noch adäquat kausalen Zusammenhang (vgl. E. 2.2.1 f. hiervor) zum versicherten Ereignis vom 24. November 1991.

3.4.1 Der Versicherte hatte am 24. November 1991 im Zusammenhang mit einer Narkotisierung einen cerebrovaskulären Insult erlitten. Als Folge dieses versicherten Ereignisses war das funktionelle Leistungsvermögen

zufolge einer mittelschweren Hirnfunktionsstörung und eines Hemisyndroms links dauerhaft um ca. 60% eingeschränkt (AB 58; vgl. E. 3.2.6 hiervor). Wie sich aus diversen Arztberichten (AB 4, 14, 24, 132; vgl. E. 3.2.1 ff. hiervor) ergibt, waren beim Versicherten bereits seit der Kindheit Anämien bekannt. Aufgrund dessen ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, die seit dem versicherten Ereignis erlittenen Infarkte seien nicht Folge des versicherten Ereignisses, sondern hätten vielmehr in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem anlage- und krankheitsbedingten Gesundheitszustand des Versicherten gestanden (vgl. dazu die Diagnosen und Ausführungen in E. 3.2.10 hiervor). Noch anlässlich des (ersten) Insults im Jahr 1991 konnte ein solcher Zusammenhang zwar noch nicht nachgewiesen, aber auch nicht ausgeschlossen werden (AB 4, 14; vgl. E. 3.2.1 und 3.2.3 hiervor). Damals ist namentlich aufgrund der zeitlichen Nähe zwischen Narkose und Auftreten des Insultes gefolgert worden, ein unfallunabhängiger Hirninfarkt sei nicht anzunehmen (AB 20; vgl. E. 3.2.4 hiervor). In Bezug auf die neuerlichen Infarkte ist dieser zeitliche Umstand weggefallen; postuliert wird nunmehr (wenn auch bloss differentialdiagnostisch bei unklarer Ätiologie) ein Zusammenhang mit den hämatologischen Erkrankungen (dehydrierte Stomatozytose und APC-Resistenz bei Faktor V-Mutation; AB 132; vgl. E. 3.2.10 hiervor).

3.4.2 Hinzu kommt, dass im Austrittsbericht der Klinik E. _____ des Spitals F. _____ vom 2. Mai 2014 hinsichtlich des psychischen Zustandes die Diagnosen einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ mit Anpassungsstörung sowie einer schweren depressiven Episode, am ehesten reaktiver Genese bei rezidivierenden cerebralen Insulten und einer Verbitterungsstörung gestellt werden (AB 132; vgl. E. 3.2.10 hiervor). Bereits 2005 führte die verminderte Leistungsfähigkeit bei psychosozialen Problemen zu einer massiven Kränkung, einem Einbruch des Selbstwertgefühls und schliesslich zu einer anhaltenden depressiven Episode (AB 98; vgl. E. 3.2.7 hiervor). Selbst wenn, wie die Beschwerdeführerin in der Beschwerde vorbringt, bereits unmittelbar nach dem Unfall vom 24. November 1991 psychische Probleme aufgetreten sein sollten, erweisen sich die neuerlichen depressiven Episoden als reaktiv (Eheprobleme, Konflikte am Arbeitsplatz) und können

schon deshalb nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Die anderslautenden Ausführungen der Beschwerdeführerin beruhen auf blossen Vermutungen und wirken insoweit konstruiert.

3.4.3 Im Lichte dieser Feststellungen kann nicht gefolgert werden, der Tod des Versicherten vom TT.MMMM.2014 sei eine *eindeutige* Folge des versicherten Unfalles vom 24. November 1991 im Sinne von Art. 48 UVV. Damit findet Art. 48 UVV im vorliegenden Fall keine Anwendung und die Beschwerdegegnerin hat gemäss Art. 37 Abs. 1 UVG zu Recht keine über die Bestattungskosten hinausgehenden Versicherungsleistungen ausgerichtet. Die Beschwerde ist daher in Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheides 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 hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Rechtsanwalt B. _____ 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.