

200 16 640 UV  
GRD/PES/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 4. Mai 2017**

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Peter

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

**AXA Versicherungen AG**  
Generaldirektion, Postfach 357, 8401 Winterthur  
Beschwerdegegnerin

in Sachen

**C.** \_\_\_\_\_

betreffend Einspracheentscheid vom 6. Juni 2016



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Mit Einspracheentscheid vom 6. Juni 2016 (Antwortbeilage [AB] A28) bestätigte die AXA Versicherungen AG (nachfolgend AXA bzw. Beschwerdegegnerin) ihre Verfügung vom 20. Januar 2016 (AB A17), mit welcher sie in Sachen C.\_\_\_\_\_ einen Anspruch von dessen Witwe A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Leistungsansprecherin bzw. Beschwerdeführerin) auf Unfallversicherungsleistungen nach UVG verneint hatte. Die Ursache für den Tod von C.\_\_\_\_\_ sei nicht mit dem mindestens notwendigen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den zuvor erlittenen Sturz zurückzuführen. Es bestehe deshalb kein Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung.

### **B.**

Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Leistungsansprecherin, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 6. Juli 2016 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu erbringen. Eventualiter sei – unter Wahrung der Mitwirkungsrechte der Parteien – ein medizinisches Aktengutachten zur Klärung des vorliegenden Sachverhaltes einzuholen – unter Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. August 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Ver-

waltungsgerichts 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. 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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 6. Juni 2016 (AB A28). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen nach UVG hat und dabei insbesondere ob der Tod von C.\_\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Sturzereignis gleichen Tages vom 3. Oktober 2015 steht.

**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 vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]).

**2.2** 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).

**2.2.1** Das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit bezieht sich nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist insoweit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. Ausschlaggebend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelteinwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt. Ungewöhnliche Auswirkungen allein begründen keine Ungewöhnlichkeit (BGE 134 V 72 E. 4.3.1 S. 79). Ein gesteigertes Abgrenzungsbedürfnis besteht dort, wo der Gesundheitsschaden seiner Natur nach auch andere Ursachen als eine plötzliche schädigende Einwirkung haben kann, also keine gesicherte Zuordnung zum exogenen Faktor erlaubt. Dies gilt nach der Rechtsprechung insbesondere dann, wenn die Gesundheitsschädigung erfahrungsgemäss auch als alleinige Folge von Krankheit, insbesondere von vorbestandenen degenerativen Veränderungen eines Körperteils, innerhalb eines durchaus normalen Geschehensablaufs auftreten kann. In solchen Fällen muss die unmittelbare Ursache der Schädigung unter besonders "sinnfälligen" Umständen gesetzt worden sein. Somit wird eine Einwirkung ohne offensichtliche Schadensneigung erst durch das Hinzukommen eines zusätzlichen Ereignisses zum ungewöhnlichen äusseren Faktor. Es bedarf – neben den üblichen auf den Körper einwirkenden Kräften – eines schadensspezifischen Zusatzgeschehens, damit ein Unfall angenommen werden kann (BGE 134 V 72 E. 4.3.2 und 4.3.2.1 S. 80).

**2.2.2** Das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt – ist wegen der erwähnten Pro-

grammwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor (BGE 130 V 117 E. 2.1 S. 118; SVR 2011 UV Nr. 11 S. 40 E. 5.2). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einem Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht (RKUV 2004 U 502 S. 183 E. 4.1, 1999 U 345 S. 422 E. 2b).

**2.3** Bei Schädigungen, die sich auf das Körperinnere beschränken, unterliegt der Nachweis eines Unfalls strengen Anforderungen. Die unmittelbare Ursache der Schädigung muss unter besonders sinnfälligen Umständen gesetzt worden sein; denn ein Unfallereignis manifestiert sich in der Regel in einer äusserlich wahrnehmbaren Schädigung, während bei deren Fehlen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit rein krankheitsbedingter Ursachen besteht (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 29. April 2013, 8C\_802/2012, E. 5 mit Hinweis auf BGE 99 V 136 E. 1 S. 138).

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

**2.4.1** 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 entfiel ("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 auch 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).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.4.2** 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).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

**2.5** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismwürdigung 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).

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).

Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

### 3.

**3.1** Laut Darstellung der Beschwerdeführerin, der Ehefrau von C. \_\_\_\_\_ brachen sie und ihr Ehemann am Samstag, 3. Oktober 2015 zu einer fünfstündigen Wanderung von ... nach ... auf. Sie seien in normalem Tempo gewandert. Der Wanderweg sei mit Steinplatten ausgelegt gewesen, die nass und rutschig gewesen seien. Am Wegrand hätten die Steinplatten in eine steil abfallende Böschung gemündet. Nach einem kurzen Halt habe C. \_\_\_\_\_ seinen Rucksack mit einer Schwung-/Drehbewegung wieder angezogen und sei dabei unglücklich auf der Steinplatte ausgerutscht und mit vollem Körpergewicht auf die Steinkante am Rand des Wegs geprallt. Die Steinkante habe ihn in der Brustregion getroffen. Er sei so gefallen, dass er sich mit den Händen an der Steinplatte festhalten können und nicht die Böschung hinunter gefallen sei. Der Kopf sei dabei unverletzt geblieben. Sie sei zu ihrem Ehemann hingeeilt und habe ihm geholfen, von der Böschung wieder auf den Steinweg zu gelangen. Sie hätten noch eine knappe Stunde bis zum Zielort ... zu wandern gehabt. Ihr Ehemann habe gemeint, das würde er schon schaffen. Sie hätten die Wanderung fortgesetzt. Allerdings sei das Tempo nicht mehr dasselbe wie vorher gewesen. Sie habe ihren Ehemann mehrfach nach seinem Befinden gefragt, weil sie bemerkt habe, dass sie langsamer geworden seien. Er habe gesagt, es gehe schon. Nach ungefähr 50 Minuten habe er sich hinsetzen wollen. Er könne nicht mehr gut atmen. Das Dorf sei noch etwa 5 Minuten entfernt gewesen. Sie habe ihren Ehemann gefragt, ob sie Hilfe holen solle. Er habe bejaht. Sie sei ins Dorf gelaufen und habe den Notfallarzt organisiert. Nach ca. 10 Minuten sei sie wieder bei ihrem Ehemann gewesen. Doch der sei bereits nicht mehr ansprechbar gewesen. Wenig später sei der Notfallarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, eingetroffen. Nach einer Untersuchung vor Ort habe dieser gesagt, dass er nichts mehr unternehmen könne. Bei dieser Untersuchung hätten sich sichtbare Schürfwunden in der Bauchregion gezeigt (Beschwerdebeilage [BB] 6).

**3.2** In der ärztlichen Todesbescheinigung, die Dr. med. D. \_\_\_\_\_ noch gleichentags ausfüllte, kreuzte er „natürlicher Todesfall (Erdbestattung oder Kremation zulässig)“ und nicht „nicht natürlicher Todesfall (Unfall,

*Suizid, Delikt, inkl. Spätfolgen davon)*“ oder *„unklarer Todesfall (nicht natürlicher Tod möglich)“* an. Gemäss ärztlicher Todesbescheinigung erfolgte keine Meldung an Polizei, Bezirksarzt oder Untersuchungsrichter (AB M1).

**3.3** Am 8. Oktober 2015 ging bei der Beschwerdegegnerin eine Unfallmeldung UVG vom 6. Oktober 2015 ein, gemäss welcher C. \_\_\_\_\_ am 3. Oktober 2015 beim Wandern auf den Oberkörper gestürzt und innerlich verblutet sei. Erstbehandelnder Arzt sei Dr. med. D. \_\_\_\_\_ gewesen (AB A1). Dieser beantwortete die ihm in der Folge von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen dahingehend, dass er als diensthabender Notfallarzt der Talgemeinde ..., wo er als pensionierter Allgemeinpraktiker regelmässig Stellvertretungen bei Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in ... mache, am 3. Oktober 2015 um 14.25 Uhr durch den Sanitätsnotruf informiert worden sei, dass oberhalb des Dorfes ... ein Mann nach einem Sturz ärztliche Hilfe brauche. Es habe geheissen, der Patient sei bei Bewusstsein und ansprechbar. Um 14.45 Uhr sei er beim Patienten eingetroffen, der leider schon tot gewesen sei. Er habe keine Herzaktion mehr feststellen können. Die Pupillen seien dilatiert und das Gesicht zyanotisch gewesen. Er habe somit annehmen müssen, dass Herr C. \_\_\_\_\_ schon mehrere Minuten tot gewesen sei und eine Reanimation keine Aussicht auf Erfolg mehr haben würde. Gemäss dessen Ehefrau sei C. \_\_\_\_\_ während der Wanderung von ... nach ... auf einem regennassen, äusserst glitschigen Stein ausgerutscht und frontal auf den Thorax gefallen, nachdem er zuvor ohne irgendwelche Schmerzen oder Klagen gewandert sei. Nach dem Sturz sei der Patient wieder aufgestanden und weitergelaufen. Allerdings habe er sich in der Folge nach einiger Zeit über zunehmende Atemnot und eine körperliche Schwäche beklagt. Das Ehepaar habe dann versucht, trotz der Beschwerden des Patienten das nächste Dorf ... zu erreichen, was aber nicht mehr möglich gewesen sei. Die Atemnot sei so stark geworden, dass Herr C. \_\_\_\_\_ nicht mehr habe weiterlaufen können. Er habe sich hinlegen müssen, während seine Frau ins Dorf hinuntergelaufen sei und Hilfe angefordert habe. Als sie zurückgekommen sei, sei Herr C. \_\_\_\_\_ gemäss Angaben der Ehefrau schon nicht mehr ansprechbar gewesen. Eine Laienreanimation sei nicht erfolgt. Vor dem Unfall sei Herr C. \_\_\_\_\_ völlig beschwerdefrei und marschtüchtig gewesen. Seit einer Koronarangiographie am 23. Oktober 2013 mit ei-

ner perkutanen transluminalen koronaren Angioplastie (PTCA) mehrerer Gefässe und Einlage von zwei Stents sei der Patient völlig beschwerdefrei gewesen. Davor habe er bei sehr grossen körperlichen Belastungen eine leichte Angina pectoris verspürt und am 20. Oktober 2013 einen schweren Angina pectoris-Anfall erlitten, was dann zur kardiologischen Abklärung geführt habe. Seit dem Eingriff am Herz sei Herr C.\_\_\_\_\_ absolut beschwerdefrei und altersentsprechend belastungsfähig geblieben. Eine Kontroll-Ergometrie im April 2014 habe ein gutes Resultat bei normaler Belastungsfähigkeit gezeigt. So habe einer Wanderung nichts im Wege gestanden, da die begangene Strecke keine besondere Anstrengung verlangt habe. Herr C.\_\_\_\_\_ sei zuvor in einer guten psychischen Verfassung gewesen.

Nach dem Sturz sei Herr C.\_\_\_\_\_ wieder aufgestanden und nach Angaben der Ehefrau weitergelaufen, ohne dass er sich gross über starke Schmerzen beklagt habe. Erst nach einiger Zeit habe er zunehmend grosse Mühe mit dem Laufen wegen Atemnot und einer körperlichen Schwäche bekommen, so dass er schlussendlich nicht mehr habe weiterlaufen können und sich habe hinlegen müssen. Nach Rekonstruktion des ganzen Verlaufs vom Sturz bis zum Tod müsse er annehmen, dass sich der Patient beim Sturz eine ventrale Thoraxkontusion zugezogen habe, die zwar keine unmittelbare Konsequenz auf die Marschtüchtigkeit gehabt habe, da der Patient sofort wieder aufgestanden und weitergelaufen sei, ohne dass er sich über Atemnot oder starke Schmerzen beklagt habe. Mit grösster Wahrscheinlichkeit habe er sich jedoch beim Sturz bei einer Blutverdünnung mit Aspirin cardio eine innere Blutung im Herz-Thorax-Bereich zugezogen, die sich mit einer gewissen Latenz mit Atemnot und einer körperlichen Schwäche manifestiert und schlussendlich zum Tod geführt habe. Bei der cursorischen Untersuchung des Patienten habe er äusserlich keine relevanten pathologischen Befunde erheben können. Als Todesursache müsse ein Herz-Kreislaufversagen angenommen werden nach einem Stolpersturz mit einer ventralen Thoraxkontusion. Mögliche Folgen des Sturzes sei eine Contusio cordis, eine Pericardtamponade mit zunehmender Hämorrhagie in das Pericard verbunden mit einer zunehmenden Herzinsuffizienz gewesen. Aufgrund des Verlaufes nach der Thoraxkontusion bei einem zuvor beschwerdefreien und voll leistungsfähigen Patienten sei der Unfall

die alleinige auslösende Ursache für den Tod des Patienten gewesen, das heisse, der Patient sei an den Folgen des Unfalles verstorben. Nach der Feststellung des Todes von Herrn C. \_\_\_\_\_ habe er die Polizei über den Todesfall informiert, die auf Platz erschienen sei. Er habe dann Kontakt mit dem diensthabenden Staatsanwalt aufgenommen und ihm die Situation erklärt. Da keine Drittperson in den Tod des Patienten involviert gewesen sei und kein strafrechtlich relevantes Ereignis vorgelegen habe, habe der Staatsanwalt den Leichnam freigegeben. Eine Autopsie sei nicht durchgeführt worden. Es handle es sich um einen natürlichen Todesfall als Folge eines Unfallereignisses (AB M2).

**3.4** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, in dessen Vertretung Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 3. Oktober 2015 gehandelt hatte, hielt mit eigenem ärztlichem Bericht vom 15. Oktober 2015 bezüglich des Unfallhergangs *„Sturz auf regennassem Weg und Aufprall mit Brust auf Stein. 30 min. weiter gegangen, plötzliche Schmerzen und Tod (Angaben der Ehefrau)“* fest. Es bestehe ein Verdacht auf Thoraxtrauma und Contusio cordis. Der Tod sei ca. 20 Minuten nach dem Sturzereignis eingetreten. Die Todesursache sei unklar. Ganz klar sei aber ein Unfallereignis mit direktem Thoraxtrauma. Ob der Unfall die alleinige Todesursache gewesen sei, sei unklar, aber wahrscheinlich. Der Patient sei vorgängig ohne Beschwerden mehrere Stunden problemlos gewandert. Eventuell sei die koronare Herzkrankheit mitbeteiligt; dies sei aber nicht wahrscheinlich. Es sei keine Autopsie gemacht worden. Der Notfallarzt vor Ort sei von einem Tod nach Unfallereignis mit Contusio cordis ausgegangen (AB M3).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin unterbreitete das Dossier in der Folge ihrem beratenden Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, zur Beurteilung, ob der Tod von C. \_\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Sturz beim Wandern zurückzuführen sei oder ob es sich dabei um eine Krankheitsfolge der vorbestehenden Herzbeschwerden handle. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ kam gestützt auf die Akten zur Beurteilung, dass Herr C. \_\_\_\_\_ überwiegend wahrscheinlich an den Folgen seiner koronaren Herzkrankheit verstorben sei, das heisse, an einem Myokardinfarkt. Bei einem Status nach Dilatation und Stenteinlage am 22. Oktober 2013 wegen koronarer Herzkrankheit sei Herr C. \_\_\_\_\_ gemäss dem

Kardiologen Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Kardiologie, ein Hochrisikopatient gewesen. Die am 31. Juli 2015 u.a. beschriebenen Schlundkrämpfe und das intermittierend auftretende Magenbrennen könnten ein Indiz für eine Angina pectoris sein, würden solche Beschwerden doch auch bei einer Angina pectoris auftreten. Herr C. \_\_\_\_\_ habe sich wenige Tage vor seinem Tod – bei fehlendem Fieber und fehlenden Entzündungsparametern in der Blutanalyse – abgeschlagen und krank gefühlt. Gemäss den Akten habe er nach einem Telefonanruf bei der Praxis H. \_\_\_\_\_ am 30. September 2015 die antihypertensive Therapie mit Amlodipin Mepha wegen der Annahme einer allergisch bedingten Hautreaktion abgesetzt. Bezüglich des Sturzes werde berichtet, dass Herr C. \_\_\_\_\_ auf einem nassen Stein ausgerutscht und direkt mit dem Thorax aufgeprallt sei. Ein direkter Thoraxaufprall bei intakten Reflexen sei jedoch schier nicht möglich, hätte sich Herr C. \_\_\_\_\_ doch sicherlich abstützen versucht, um den Sturz zu bremsen. Weiter fehlten äussere Verletzungszeichen wie Schürfwunden, Kontusionsmarken und Hämatome. Letztere wären bei einer Therapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (Aspirin cardio) sicherlich auch kurz nach dem Ereignis vorhanden gewesen. Andererseits würde ein Sturz auf den Thorax bei fehlender Abwehrreaktion, also fehlenden Reflexen, zu einer Gesichtsschädelverletzung geführt haben, da der Kopf nach dem Thoraxaufprall auch aufgeschlagen wäre. Eine vom beurteilenden Notfallarzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ postulierte innere Blutung im Herz-Thorax-Bereich sei nicht nachvollziehbar. Bei einer entsprechenden direkten Kontusion müssten noch zusätzliche Verletzungen, vor allem Rippenfrakturen, vorliegen, welche dermassen schmerzhaft gewesen wären, dass Herr C. \_\_\_\_\_ sicherlich nicht sofort aufgestanden und weitergelaufen wäre (AB M7).

**3.6** Auf Wunsch der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin nahm Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 13. Februar 2016 zur Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ Stellung. Dessen Argumente, die für einen Herzinfarkt sprechen würden, seien bei der Vorgeschichte des Patienten sicher nicht einfach von der Hand zu weisen. Danach erläutert Dr. med. E. \_\_\_\_\_, warum der Sturz sicherlich nicht durch einen Herzinfarkt verursacht worden sei. Der Patient sei auf der Wanderung im schwierigem Gelände ob ... ohne Thoraxschmerzen gewesen. Dann sei er gestürzt. Die Annahme von

Dr. med. F. \_\_\_\_\_, dass ein Sturz mit Landung auf die Vorderseite des Thorax auch zu Verletzungen im Bereich des Gesichtes führen müsse, treffe auf einen Sturz auf flachem Untergrund zu, aber nicht auf einen Sturz im Gelände, in dem sich das ganze abgespielt habe. Diese würden übrigens auch auftreten bei einem durch Herzversagen verursachten Sturz. Der Patient sei aber unterwegs auf einem Bergwanderweg im steilen Hang in der Umgebung von ... gewesen. Auf dem Wegstück, wo sich das Ereignis abgespielt habe, gebe es viele Steine, auf denen man ausrutschen könne, zudem auch Steine, die so viel höher seien als die Umgebung, dass anzunehmen sei, dass beim Aufprall des Patienten mit dem Brustkorb auf einen solchen Stein das Gesicht den Boden nicht berührt habe. Zudem sei Nebel und starker Regen gewesen. Bei einem Sturz auf nassem Stein könne der Sturz zudem so rasch erfolgen, dass die Zeit zum Auffangen desselben durch die Hände nicht reiche. Das Fehlen von Hinweisen auf Abwehrbewegungen zum Auffangen des Sturzes spreche also keineswegs gegen die Annahme des Ausrutschens als Sturzursache. Die Annahme von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, dass vor der Gewalteinwirkung auf das Herz auch eine Rippenfraktur eingetreten sein müsste, sei seines Erachtens keinesfalls zwingend. Es sei bekannt, dass es auch bei Reanimationen mit Herzmassage zu Schädigungen des Herzmuskels kommen könne. Bei der Herzmassage werde das Herz zusammengedrückt, ohne dass es zu Rippenfrakturen kommen müsse. Bei dem vorgeschädigten Herz mit sicher zum Teil sklerosierten und verhärteten Arterien könne es durch die Fortleitung der Energie des Aufpralls auf die verhärteten Stellen dort zu einem Gefässbruch mit nachfolgender Einblutung in die Herzmuskulatur oder zu einem Aufbrechen einer vorhandenen Plaque mit nachfolgender Gerinnselbildung an dieser Stelle und somit sekundär und verzögert zu einem Gefässverschluss kommen, also einem Herzinfarkt als Unfallfolge, nicht als Unfallursache. Beides passe zur Schilderung der Begleitperson: Atemnot, Schwäche und Schmerzen seien erst ca. 30 min. nach dem Unfallereignis aufgetreten. Er gehe klar von einem Unfallereignis in nassem und schwierigem Gelände aus. Als direkte Unfallfolge sei der Patient circa eine halbe Stunde nach dem Unfallereignis verstorben (AB M8).

**3.7** Die Beschwerdegegnerin unterbreitete das Dossier in der Folge Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zur Beurtei-

lung. Dieser hielt zum Sachverhalt zusammenfassend fest, dass der Versicherte mit bekannter koronarer Herzkrankheit am 3. Oktober 2015 anlässlich einer Wanderung verstorben sei. Circa eine bis anderthalb Stunden vor dem Todeszeitpunkt sei es zu einem Sturz gekommen, als sich der Versicherte nach einer kurzen Rast den Rucksack mit einer Schwung-/ Drehbewegung wieder habe anziehen wollen und hierbei auf den nassen Steinplatten ausgerutscht sei. Gemäss Aussagen seiner Ehefrau und des damaligen Notfallarztes Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sei es zu einem Sturz auf den ventralen Thorax gekommen und dieses Ereignis sei schliesslich als Todesursache herangezogen worden. Als Todesursache sei mit grösster Wahrscheinlichkeit von einem akuten koronaren Ereignis im Sinne eines Myokardinfarkts auszugehen. Bekannt sei eine koronare Zweigefässerkrankung mit Status nach interventioneller Koronarangiografie mit zweifacher Stenotomie im Oktober 2013. Der adipöse Versicherte und gemäss dem Kardiologen Hochrisikopatient sei seit der Intervention mit Aspirin cardio, Amplodipin, Atorvastatin sowie Concor behandelt worden. Fremdanamnestisch (Ehefrau, Hausarzt) sei er seither von dieser Seite beschwerdefrei gewesen. Bei bekanntem Vorliegen einer koronaren Herzkrankheit sei dies allerdings naturgemäss kein Argument gegen das Auftreten eines akuten Myokardinfarkts. Nebenbei sei erwähnt, dass der Versicherte einige Tage vor der Wanderung gesundheitlich angeschlagen gewesen sei und an einem Exanthem gelitten habe, weshalb das Amplodipin vorübergehend abgesetzt worden sei. Von der Ehefrau und den in die Notfallsituation involvierten Ärzten (Dr. med. D. \_\_\_\_\_ in Vertretung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_) werde als Todesursache die gut eine Stunde vor dem Tod erfolgte Thoraxkontusion angenommen. In den Arztberichten vom 15. Oktober 2015 von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sowie der Stellungnahme vom 3. Februar 2016 von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ werde versucht, den Sturz auf den Brustkorb als Erklärung für den späteren Tod heranzuziehen. Hierbei seien sämtliche Argumente nicht stichhaltig. Ein Sturz auf den ventralen Brustkorb beim Anziehen eines Rucksacks sei ungeeignet, eine Kontusion eines inneren Organs (Herz, Lunge) zu bewirken. Eine Herzkontusion mit Blutungsfolge bedinge ein sehr heftiges Trauma auf den Brustkorb, welches praktisch Rippenfrakturen oder eine Fraktur des Sternums voraussetze. Zumindest würde man aber heftigste Verletzungsschmerzen mit entsprechender Schonhaltung erwarten, welche einen beim Weiterwandern sichtlich beein-

trächtigten. Das Weiterwandern nach dem Sturzereignis spreche absolut gegen die Annahme einer äusseren oder inneren Verletzungsfolge. Dies werde auch durch den Bericht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2015 bestätigt, welcher anlässlich der Feststellung des Todes keine objektiven äusseren Folgen der stattgehabten Thoraxkontusion habe feststellen können. Auch die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 3. Februar 2016 ins Feld geführten Hypothesen mit „Gefässbruch eines arteriosklerotischen Koronargefässes mit Einblutung“ oder „Aufbrechen von Plaque mit Gerinnselformung“ seien unhaltbar. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ sei am Todestag von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vertreten gewesen. Dennoch sei die Stellungnahme vom 3. Februar 2016 durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ abgefasst worden. Unter anderem werde hier ein mögliches Unfallszenario beschrieben, welches eine schwere innere Thoraxverletzung ohne äusserlich sichtbare Verletzungsspuren möglich gemacht haben würde. Des Weiteren werde die vormals von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ gemachte Vermutung einer Contusio cordis mit Perikardtampnade fallen gelassen und die oben angeführte traumatische Schädigung der Koronararterien mit folglichem Infarkt in den Raum gestellt, was seines Erachtens nicht haltbar sei. Zusammenfassend müsse festgehalten werden, dass eine ventrale Thoraxkontusion wie hier beschrieben äusserst ungeeignet sei, auch nur eine der genannten unfallkausalen Todesursachen auszulösen. Es sei deshalb davon auszugehen, dass der Versicherte an den Folgen einer akuten koronaren Herzkrankheit verstorben sei (AB M9).

#### **4.**

**4.1** Unbestritten ist C. \_\_\_\_\_ am 3. Oktober 2015 auf einer Wanderung beim Rucksackanziehen auf einer nassen, rutschigen Steinplatte ausgerutscht und auf die Körpervorderseite gestürzt. Laut Ehefrau ist er dabei mit vollem Körpergewicht auf die Steinkante am Rand des Wegs geprallt. Die Steinkante habe ihn in der Brustregion getroffen. Dass es dabei zu einem vollständig ungebremsten ventralen Thoraxaufprall gekommen ist, erscheint aufgrund der weiteren Schilderungen der Beschwerdeführerin nicht überwiegend wahrscheinlich. Ihr Ehemann sei so gefallen, dass er sich mit den Händen an der Steinplatte habe festhalten können und nicht

die Böschung hinunter gefallen sei. Der Kopf sei dabei unverletzt geblieben. Unbestritten ist, dass C.\_\_\_\_\_ nach dem Sturz sofort wieder aufgestanden und ohne sichtliche Beeinträchtigung und ohne sich gross über starke Schmerzen zu beklagen ungefähr 50 Minuten weitergewandert ist. Nach ungefähr 50 Minuten habe er sich gemäss Ehefrau hinsetzen wollen, er könne nicht mehr gut atmen. Weiter ist unbestritten, dass anlässlich der kursorischen ärztlichen Untersuchung vor Ort äusserlich keine relevanten pathologischen Befunde, insbesondere keine Kontusionsmarken und Hämatome im Bereich des Thorax, erhoben werden konnten. Etwas anderes wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht, welche bezüglich äusserlich sichtbarer Verletzungen festhält, anlässlich der Untersuchung hätten sich sichtbare Schürfungen in der Bauchregion gezeigt (vgl. E. 3.1 hiervor).

**4.2** Die Beurteilung der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin, wonach das Fehlen von Kontusionsmarken und Hämatomen im Bereich des Thorax gut eine Stunde nach dem Sturz klar gegen einen heftigen Thoraxaufprall spricht, der geeignet gewesen wäre, innere Verletzungen hervorzurufen, überzeugt, umso mehr, als bei einer Therapie mit Aspirin cardio, wie bei C.\_\_\_\_\_, Hämatome schneller auftreten, als bei einer Person ohne Therapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer. Auch dass C.\_\_\_\_\_ nach dem Sturz ohne sichtliche Beeinträchtigung und ohne sich gross über starke Schmerzen zu beklagen ungefähr 50 Minuten weiterwandern konnte, spricht dagegen, dass er sich beim Sturz erhebliche äussere oder innere Verletzungen zugezogen hat, die später zum Tod führten. Dass es beim Sturz zu einem Gefässbruch eines arteriosklerotischen Koronargefässes mit Einblutung oder zu einem Aufbrechen von Plaque mit Gerinnselbildung gekommen ist, wie Dr. med. E.\_\_\_\_\_ postuliert, ist nicht ausgeschlossen. Nachdem jedoch die gesamten objektiven Umstände gegen einen heftigen Thoraxaufprall beim Sturzereignis sprechen, erscheint eine solche innere Verletzung als Folge des Sturzes nicht überwiegend wahrscheinlich (vgl. E. 2.4.1 hiervor). Vielmehr ist in Übereinstimmung mit den beratenden Ärzten der Beschwerdegegnerin vorliegend aufgrund der gesamten Umstände mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass C.\_\_\_\_\_ als Hochrisikopatient bei bekannter koronarer Herzkrankheit ungefähr 50 Minuten nach dem Sturzer-

eignis und unabhängig von diesem einen akuten Myokardinfarkt erlitten hat, an welchem er in der Folge verstarb. Der Tod von C.\_\_\_\_\_ steht nach dem Dargelegten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang mit Sturzereignis vom 3. Oktober 2015, auch wenn er nach diesem aufgetreten ist.

**4.3** Da von einer erneuten medizinischen Aktenbeurteilung, wie sie von der Beschwerdeführerin eventualiter beantragt wird – eine medizinische Untersuchung des Verstorbenen ist unstrittig nicht mehr möglich –, keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten sind, ist auf eine solche in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

**4.4** Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 6. Juni 2016 (AB A28) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **5.**

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

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

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
- AXA Versicherungen AG, Generaldirektion
- 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.