

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 30

Entscheid vom 9. Dezember 2022

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Anna Maria Rüesch, Gerichtsschreiberin

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Z._____

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Kausalität; Hinterlassenenrente)

Sachverhalt:

A. A._____ ist die Witwe des am 1. Mai 2021 verstorbenen B._____ (Jg. 19__). Dieser erlitt am 30. Juli 1992 als Elektromechaniker einen Arbeitsunfall (Stromunfall mit 380 Volt), bei dem er sich verschiedene schwere Verletzungen zuzog. Der Status bei notfallmässiger Aufnahme im Spital wurde dokumentiert mit: "55-jähriger Patient, bewusstlos, mit Herz-Kreislaufstillstand und Apnoe. Weite, nur trög reagierende Pupillen, keine Reaktion auf Schmerz. Stromeintrittsstelle am re Oberarm, fragliche 2. Strommarke am Rippenbogen re. Status nach Nephrektomie, keine Verletzungen sichtbar. Abdomen weich und unauffällig" (Vi-act. 124). Die Suva als zuständiger Unfallversicherer anerkannte ihre Leistungspflicht.

Am 31. Januar 1994 erfolgte die ärztliche Abschlussuntersuchung (Vi-act. 134). Mit Verfügung vom 29. April 1994 sprach die Suva B._____ eine volle Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 100% sowie eine Hilflosenentschädigung leichten Grades und eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 70% zu (Vi-act. 135).

B. Mit Schreiben vom 20. Mai 2021 informierte die B._____ betreuende Lungenliga Zentralschweiz die Suva über den Hinschied von B._____ am 1. Mai 2021. Gleichzeitig wurde die Suva im Auftrag der Witwe A._____ ersucht, die Kausalitätsprüfung vorzunehmen (Vi-act. 165). Anlässlich eines Telefonates vom 29. Juni 2021 bestätigte A._____ ihr Leistungsbegehren um eine Witwenrente, da ihr Mann an den Spätfolgen des Unfalls verstorben sei (Vi-act. 174). Nachdem die Suva verschiedene Berichte der behandelnden Ärzte einholte (Vi-act. 166 - 172) und Dr.med. E._____ (Fachärztin für Innere Medizin) am 9. Juli 2021 eine internistische Beurteilung der Kausalitätsfrage vornahm (Vi-act. 181) stellte die Suva mit Verfügung vom 14. Juli 2021 fest, der Tod von B._____ sei nicht auf den Unfall vom 30. Juli 1992 zurückzuführen (Vi-act. 182).

C. Mit Telefonanruf vom 16. Juli 2021 teilte A._____ der Suva ihr Missfallen betreffend Leistungsverweigerung mit (Vi-act. 184). In der Folge holte die Suva weitere Berichte behandelnder Ärzte ein (Vi-act. 188 - 200). Am 26. Juli 2021 erhob A._____ förmlich Einsprache gegen die Verfügung vom 14. Juli 2021 (Vi-act. 202). Am 29. Juli 2021 nahm Dr.med. E._____ gestützt auf die weiteren Unterlagen eine neuerliche internistische Beurteilung vor (Vi-act. 204), welche A._____ zugestellt wurde (Vi-act. 205). Am 22. August 2021 forderte A._____ Akteneinsicht durch procap March-Höfe (Vi-act. 208).

Mit Einspracheentscheid vom 25. April 2022 wies die Suva die Einsprache ab (Vi-act. 212).

D. Mit Schreiben vom 23. Mai 2022 (Postaufgabe 24.5.2022) gelangte A._____ an den Suva-Rechtsdienst und informierte, sie werde die Leistungsverweigerung niemals annehmen und erhebe Einspruch (Vi-act. 214).

Am 31. Mai 2022 überwies die Suva den 'Einspruch gegen den Einspracheentscheid' gestützt auf Art. 58 Abs. 3 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 als Beschwerde zuständigkeitshalber zur weiteren Behandlung ans Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz (Vi-act. 216).

E. Mit Verfügung vom 1. Juni 2022 setzte der instruierende Richter A._____ eine nicht erstreckbare Frist bis 13. Juni 2022 an, um die Eingabe vom 23. Mai 2022 hinsichtlich Antrag und Begründung zu verbessern.

Mit verbesserter Eingabe vom 8. Juni 2022 beantragt A._____:

1. Mit dem Einspracheentscheid der Suva vom 25. April 2022 bin ich nicht einverstanden.
2. Die Ausrichtung einer Witwenrente sei zu gewähren.
3. Medizinische Berichte von Dr.med. G._____, Lungenspezialist, sowie von anderen Ärzten seien zu berücksichtigen (liegen der Suva vor).

F. Mit Beschwerdeantwort vom 20. Juli 2022 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheides vom 25. April 2022.

G. Am 26. August 2022 ersucht die Beschwerdeführerin, neu durch einen Rechtsanwalt vertreten, um Fristerstreckung zur Einreichung einer Stellungnahme zur Vernehmlassung. Am 1. September 2022 wird um Zustellung der Akten ersucht. Mit Schreiben vom 31. Oktober 2022 teilt der Rechtsvertreter den Verzicht auf eine Stellungnahme (nicht aber auf die weiteren Verfahrensrechte) mit.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Suva einen Anspruch auf Witwenrente der Beschwerdeführerin zu Recht verweigert hat.

1.1 Versicherungsleistungen nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes

bestimmt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

1.2 Zu den Versicherungsleistungen, auf welche gemäss UVG ein Anspruch bestehen kann, zählen auch die Hinterlassenenrenten (Art. 28 ff. UVG). Stirbt die versicherte Person an den Folgen des Unfalls, so haben der überlebende Ehegatte und die Kinder Anspruch auf Hinterlassenenrenten (Art. 28 UVG). Der überlebende Ehegatte hat Anspruch auf eine Rente oder eine Abfindung (Art. 29 Abs. 1 UVG).

1.3 Nach der Rechtsprechung kann der Tod einer versicherten Person nur dann als Folge eines Unfallereignisses oder einer Berufskrankheit anerkannt werden, wenn er zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein versichertes Ereignis zurückzuführen ist, derweil die blossе Möglichkeit eines Zusammenhanges für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht genügt (vgl. u.a. BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 119 V 335 Erw. 1).

Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität genügt eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 Erw. 9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (BGE 142 V 435 Erw. 1; SVR 2016 UV Nr. 21 S. 66, 8C_134/2015 Erw. 5.2.2 mit Hinweis). Mit anderen Worten: Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen zum Tod geführt hat, der Unfall somit nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch der eingetretene Schaden (Tod) entfiel (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; Urteil BGer 8C_437/2018 vom 20.5.2019 Erw. 2.1). Ist der Tod nur teilweise die Folge des Unfalls, sind Invalidenrenten, Integritätsentschädigungen und Hinterlassenenrenten gemäss Art. 36 Abs. 2 UVG angemessen zu kürzen.

1.4 Im Falle von Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Ungunsten jener Partei aus, welche aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (vgl. BGE 115 V 133 Erw. 8a; BGE 114 V 298 Erw. 5b; VGE I 2006 362 Erw. 2.1 sowie VGE I 2012 45 Erw. 1.3f.). Diese Beweisregel greift allerdings erst, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen

(BGE 144 V 427 Erw. 3.2). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Rechtsprechungsgemäss gilt ein Beweis nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dann als erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart wichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen (BGE 132 III 715 Erw. 3.1 m.H.a. BGE 130 III 321 Erw. 3.3). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsvorstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6 mit Hinweisen; Urteile BGer 8C_194/2021 vom 15.6.2021 Erw. 2.4; 8C_535/2017 vom 7.11.2017 Erw. 4.2).

1.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

1.5.1 Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

1.5.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien

gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_587/2020 vom 5.2.2021 Erw. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 Erw. 8.5; BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

1.5.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.1 Mit dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. April 2022 verweigerte die Suva die Ausrichtung einer Witwenrente an die Beschwerdeführerin mit der Begründung, der Tod des Ehemannes sei nicht auf den Unfall vom 30. Juli 1992 zurückzuführen.

2.2 Ihre Beschwerde gegen diese Verweigerung einer Witwenrente begründet die Beschwerdeführerin vor Verwaltungsgericht wie folgt:

Mein Ehemann war seit dem Unfall schwer behindert und benötigte Vollzeitpflege und 24h-Aufsicht und Pflege. Eine Fremdbetreuung war aufgrund der schwierigen Schädigung des Gehirns nicht möglich. Deshalb lebte mein Ehemann bei mir zuhause und ich selber war vollumfänglich für ihn da. Somit steht einer angemessenen Witwenrente nichts im Weg.

Gemäss damaligem Herzspezialist Dr. med. H._____, steht fest, dass mein Ehemann beim Unfall einen Herzstillstand erlitten hatte und seither schwerwiegende Herzprobleme hatte. Dr. med. H._____ war sein langjähriger Herzspezialist.

Gemäss Arztberichten steht fest, dass mein Ehemann aufgrund des Unfalls schwerwiegende Probleme mit der Atmung hatte, ja zeitweise, nachts immer, ein Beatmungsgerät benötigte. In den letzten Jahren benötigte er künstliche Beatmung. Am 1. Mai 2021 hat mein Ehemann aufgehört zu atmen und ist verstorben. Die Todesursache ist also eine Folge des Unfalls.

3.1 Soweit die Beschwerdeführerin ihren Anspruch auf eine Witwenrente aus ihrer Ehe mit B. _____ und insbesondere aus der seit dem Unfall von 1992 bis zum Tod durch sie gewährleistete Pflege und Betreuung ableitet, so kann dem nicht gefolgt werden.

Die Ehe zur verstorbenen versicherten Person ist eine Voraussetzung für eine Hinterlassenenrente (vgl. Art. 29 UVG). Die Ehe ist vorliegend denn auch unbestritten.

Hingegen begründen die dem unfallgeschädigten Ehegatten über all die Jahre geleistete Pflege und Betreuung für sich allein keinen Anspruch. Diese geleistete Betreuungszeit berechtigt nach dem Tod der betreuten Person nicht zu einer Hinterlassenenrente UVG. Erforderlich ist nach dem Gesagten vielmehr, dass der ursprüngliche Unfall von 1992 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit direkt oder indirekt mindestens teilweise ursächlich war für den eingetretenen Tod.

3.2.1 Es steht fest, dass der Verstorbene beim Stromunfall vom 30. Juli 1992 einen Atem- und Kreislaufstillstand sowie einen schweren diffusen hypoxischen Hirnschaden erlitt (vgl. Ingress Bst. A). Das Spital Schwyz nennt im Austrittsbericht vom 20. August 1992 die folgenden Diagnosen (Vi-act. 124):

- Elektrounfall (380 Volt) mit:
 - Atem- und Herz-Kreislaufstillstand bei Eintritt
 - Diffuser, hypoxischer Hirnschädigung
- Seit Jahren bekanntes Vorhofflimmern mit rezidivierenden Embolien (Auge, Bein)
- Status nach Nephrektomie bei Nierentrauma

Zum Verlauf lässt sich dem Austrittsbericht was folgt entnehmen:

Bei Eintritt war der Patient apnoisch, zyanotisch, zeigte keine suffiziente Herz-Kreislauffunktion, die Pupillen waren noch rund, jedoch mittelweit nur träge auf Licht reagierend. Seit der Meldung des Unfalles und dem Spitaleintritt sind nach unseren Schätzungen mindestens 20 Minuten vergangen, über die Dauer der Hypoxie sind leider keine genauen Angaben zu machen. Sofort wurde mit Herzmassage begonnen, der Patient intubiert und da das EKG ein Kammerflimmern zeigte, wurde mittels 200 Watt/Sekunden defibrilliert, wobei der Patient schon beim 1. Stromstoss ein tachykardes Vorhofflimmern zeigte, jedoch wieder ins Kammerflimmern zurückfiel, nach der 2. Defibrillation, höchstens 5 Minuten nach Eintritt, blieb er im tachykarden Vorhofflimmern mit suffizientem Kreislauf. Schon kurz nach der Intubation begann der Patient etwas zu husten und atmete gegen die Maschine, die Pupillen wurden wieder enger und spielten gut auf Licht. Die Azidose konnte mittels 100 mval Nabic korrigiert werden, und der Patient konnte immer noch intubiert aber mit stabilen Herz-Kreislaufverhältnissen auf die Intensivstation verlegt

werden. Um 11.30 Uhr hustete der Patient zunehmend und reagierte unspezifisch auf Schmerzreize, um 12.30 Uhr konnte er bereits extubiert werden, erhielt aber weiterhin 9 l Sauerstoff über die Maske, womit vorerst befriedigende Blutgase erreicht werden konnten. Die Reflexe waren lebhaft, er bewegte alle 4 Extremitäten, war jedoch weiterhin tachykard. Wegen des tiefen Digitalis spiegels haben wir ihn i-v aufdigitalisiert, worauf allerdings die Tachykardie bestehen blieb, deshalb setzten wir zusätzlich Isoptin i-v ein, was zur Normalisierung der Herzfrequenz führte. Die Kontrolle des Labors ergab einen CPK-Anstieg entsprechend einer Rhabdomyolyse, jedoch bei normalen Nierenwerten, der Urin blieb immer hell, und die Ausscheidung war gut.

Am 31.7.92 waren die Reflexe nicht sicher symmetrisch, der Babinski war weiterhin negativ, und der Patient reagierte mit Fluchreflexen auf Schmerzreize, der Kreislauf war suffizient weiterhin mit Vorhofflimmern, und die Atmung mit 9 l Sauerstoff über Maske ergab gute Blutgase. Gegen Abend wurde jedoch das PO₂ schlechter, verbesserte sich auch nicht auf Erhöhung des Sauerstoffs, radiologisch konnte jedoch kein Infekt festgestellt werden. Trotzdem schirmten wir den Patienten, dem wir zur Hirnödemprophylaxe Mephameson verabreicht haben mittels Augmentin ab. Schon am nächsten Tag waren die Blutgase wieder besser, der Patient reagierte auf Ansprechen, die lebenswichtigen Organe arbeiteten weiterhin gut. Innerhalb einer Woche ging es dem Patienten wesentlich besser, er lernte seine Blasen- und Darmfunktion wieder zu regulieren, ass selbständig, führte Befehle korrekt aus, der Gang wurde zunehmend besser, die Ataxie verlor sich, und das Gleichgewicht verbesserte sich ebenfalls. Leider verbesserte sich bisher die zerebrale Fähigkeit, v.a. die Gedächtnisfunktion und Kombinationsfähigkeiten noch nicht im gleichen Masse, dem Patienten wurde Ergotherapie verordnet, wir verabreichten ihm Nootropil zuerst i-v, dann peroral, und wir wollten ihn vorerst bei uns rehabilitieren sowie den Spontanverlauf beobachten, um ihn später einer gezielten Rehabilitation zuzuführen. Leider drängte die Gattin auf eine baldige Entlassung, beschrieb uns, wie viel besser es dem Patienten zu Hause gehe, dass er sich dort viel besser zurechtfinden würde, auch nicht weglaufen könne und durch das Spiel mit den Kindern angeregt würde. Sie nahm ihren Gatten deshalb für immer längere Zeit mit nach Hause, fragte sogar beim Kreisarzt der SUVA, Dr. X. _____, nach, ob es aus rechtlicher Sicht nicht möglich wäre, ihren Ehemann mit nach Hause zu nehmen und ambulant weiter zu rehabilitieren, wogegen dieser nichts einzuwenden hatte und nach dem auch Sie, als Hausarzt der Familie B. _____, nichts gegen eine solche ambulante Rehabilitation einzuwenden hatten, entschloss sich Frau A. _____, den Patienten gegen unserm Anraten, den Patienten mit nach Hause zu nehmen. Nach telefonischer Rücksprache unsererseits mit Herrn Dr. X. _____, Kreisarzt der SUVA, gebe es wirklich nichts gegen eine ambulante Rehabilitation einzuwenden. Wir haben trotzdem Herrn Dr. Y. _____ gebeten, Herrn B. _____ sobald als möglich für eine Kurzabklärung auf die Rehabilitationsstation des Kantonsspitals Luzern aufzubieten, um eine genaue neuropsychologische Prüfung durchzuführen und uns Angaben über die bestmögliche Rehabilitation zu geben. Bis zu diesem Zeitpunkt kommt der Patient ambulant zur Physiotherapie ins Spital Schwyz.

3.2.2 Vom 7. bis 11. September 1992 war der Versicherte im Kantonsspital Luzern hospitalisiert, wobei die Hospitalisation auf die neuropsychologische Abklärung beschränkt war. Es wurde 6 Wochen nach erlittener hypoxischer Hirn-

schädigung eine noch deutliche neuropsychologische Symptomatik festgestellt, die v.a. durch generelle, gravierende mnestiche Störungen und eine deutlich beeinträchtigte Denkfähigkeit (Konfusität) gekennzeichnet war. Wahrnehmungs- und Handlungsabläufe, die mnestiche Funktionen und komplexe Denkabläufe kaum erfordern, waren nur geringfügig beeinträchtigt (Vi-act. 125).

Weiter wurde festgehalten, ein Schlafapneusyndrom schein nicht vorzuliegen und das vorbestehende, bekannte chronische Vorhofflimmern sei nicht weiter abgeklärt worden. Unter der Anamnese wurde hierzu aufgeführt, "Chronisches VHF seit Jahren, im Februar 1991 nach Sturz US-Emoblie re, Schleier vor re Auge, ambulante Abklärung im Spital Zug ergibt Vorhoffthromben. Seiher Antikoagulation und Digitalisierung".

3.2.3 In einem ärztlichen Zwischenbericht vom 2. November 1992 berichtete der Hausarzt bei Diagnose 'Elektrounfall 380 Volt mit Atem- und Kreislaufstillstand, schwerer diffuser hypoxischer Hirnschaden' zum Verlauf: "Seit Spitalentlassung am 11.9.92 ziemlich stationär. Mit Hilfe von Ergotherapie wird versucht ein Optimum zu erreichen. Kardiopulmonal ist er kompensiert" (Vi-act. 126).

3.2.4 Anlässlich einer Besprechung mit der Suva vom 20. Januar 1993 berichteten die Eheleute B._____ (Vi-act. 127):

Herr B._____ kann sich selbst an- und entkleiden, aufs WC gehen und auch die Mahlzeiten einnehmen. Er ist aber insofern zu überwachen, dass er z.B. neue Unterwäsche anzieht, abends nicht zu lange mit den Kindern spielt (er vergisst die Zeit). Frau A._____ muss somit mehr oder weniger immer präsent sein. Es ist aber nicht so, dass der Versicherte unbedingt dauernd beobachtet werden muss, B._____ ist auch in der Lage, sich selbst zu waschen, zu kämmen, zu rasieren. Anfänglich musste Frau A._____ aber überwachen, dass er sich ganz rasierte, nicht nur die eine Gesichtshälfte. Heute ist dies nun aber besser.

3.2.5 Auf Anregung des Kreisarztes erfolgte vom 8. bis 23. Dezember 1993 eine stationäre Rehabilitation in Bellikon (Vi-act. 130 und 133). Im Austrittsbericht vom 21. Dezember 1993 wurden als Unfalldiagnosen ein Atem- und Kreislaufstillstand sowie diffuse hypoxische Hirnschädigung genannt; als funktionelle Diagnosen bei Eintritt mittelschwere bis schwere neuropsychologische Defizite, lumbale Rückenschmerzen sowie Vorhofflimmern; das Behandlungsziel lag in der neuropsychologischen Abschlussuntersuchung und Physiotherapie. Zusammenfassend dokumentierte die Klinik als Beurteilung (Vi-act. 133):

1 1/2 Jahre nach hypoxischer Hirnschädigung liegt der Schwerpunkt in neuropsychologischen Problemen mit psychischen Auffälligkeiten und massiven Defiziten beim Lernen und Erinnern von sprachlichen Informationen. Ausserdem besteht eine eingeschränkte Konzentrationsleistung sowie Umstellfähigkeit. Aufgrund dieser Befunde ist Herr B._____ nicht fahrtauglich und in der freien Wirtschaft nicht

arbeitsfähig. Längerfristig scheint die Zukunft schon eingerichtet, indem die Ehefrau die volle Verantwortung für die Tagesstruktur und Tätigkeit übernimmt. Theoretisch wäre eine Arbeit in einer geschützten Werkstatt denkbar und die externe Stimulation für den Patienten förderlich. Eine leichte zusätzliche Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit könnte in einer längeren Rehabilitation noch erreicht werden. Die Rückenschmerzen sind auf eine Haltunginsuffizienz bei Trainingsmangel zurückzuführen.

3.2.6 In der ärztlichen Abschlussuntersuchung 31. Januar 1994 nannte der Kreisarzt als Unfallfolge ein psycho-organisches Syndrom mit schweren neuropsychologischen Defiziten und einer Wesensveränderung. Er schätzte den Integritätsschaden auf 70% aufgrund mittelschwerer bis schwerer Hirnfunktionschädigung. Die Rückenbeschwerden wurden als vorbestehend beurteilt; Herzbeschwerden wurden nicht erwähnt, bzw. einzig unter Verweis auf die kreisärztliche Untersuchung vom 9. November 1993 als vorbestehendes Vorhofflimmern wiederholt (Vi-act. 134).

3.2.7 Am 30. August 2001 berichteten die Eheleute, B. _____ leide unter den Folgen der Hirnschädigung des Unfalls vom 30. Juli 1992, wie auch unter Herz- und Lungenbeschwerden. Auch lägen teilweise Rückenbeschwerden vor, welche seit dem Unfall verstärkt seien. Die Hirnschädigung sei mehr oder weniger stabil. Vor ca. drei Jahren hätten die Herzbeschwerden zugenommen. Es sei eine massive Herzvergrößerung aufgetreten, im Anschluss wieder Rückbildung, derzeit bestehe ein zu kleines Herz und sehr tiefer Puls von 40 - 50. Die Suva orientierte, dass die Herz- und Lungenbeschwerden nicht Unfallfolge seien und auch weiterhin zu Lasten der Krankenkasse gingen (Vi-act. 1).

3.2.8 Ab dem 1. Januar 2009 leistete die Suva neu eine Hilflosenentschädigung bei Hilflosigkeit mittleren Grades (Vi-act. 4). Nachdem die Beschwerdeführerin eine schwere Hilflosigkeit geltend machte, erfolgte am 4. Mai 2009 eine Besprechung. Die Voraussetzungen für eine Erhöhung erachtete die Suva als nicht erfüllt. Viele geltend gemachten Einschränkungen seien mit dem Kriterium dauernde Überwachung bereits abgegolten (Vi-act. 7, 8). Mit Verfügung vom 2. Juni 2009 wurde die mittelschwere Hilflosigkeit mit entsprechender Hilflosenentschädigung bestätigt (Vi-act. 9).

3.2.9 Weiter ergibt sich aus den Akten, dass dem Verstorbenen im Jahr 2009 ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Vi-act. 17). 2013 erfolgte sodann eine gerontopsychiatrische Beurteilung, namentlich wegen strittiger Kostengutsprache wegen einer Sexualektionsstörung, welche zu einer Kostenübernahme durch die Suva führte, da es sich bei den geltend gemachten Beschwerden um Unfallfolgen handle (Vi-act. 71, 72, 74, 75). Am 17. April 2015 erteilte die Suva einma-

lig - ohne Anerkennung einer Rechtspflicht - Kostengutsprache für die Reparatur eines CPAP-Gerätes; die Mietkosten übernahm die Suva nicht (Vi-act. 110, 114). Zu erwähnen bleibt ein mündliches Festhalten der Beschwerdeführerin gegenüber der Suva vom 12. Februar 2016, wonach sehr viele Rechnungen (Sauerstoff / Herzschrittmacher) über die Krankenkasse laufen würden und die Beschwerdeführerin nicht möchte, dass ihr deswegen einmal die Witwenrente abgelehnt werde, weil die Heilbehandlung über die Krankenkasse laufe (Vi-act. 116).

3.3 Nachdem der Suva der Tod von B._____ mitgeteilt wurde und die Beschwerdeführerin die Prüfung der Kausalitätsfrage verlangte (Vi-act. 165), sah sich die Suva veranlasst, die Todesursache zu ermitteln.

3.3.1 Der Hausarzt Dr.med. I._____ (Facharzt für Allgemeinmedizin) teilte am 14. Juni 2021 mit, Herrn B._____ seit 2009 hausärztlich zu betreuen, wobei gleichzeitig regelmässige Kontrollen bei der Kardiologie und Pneumologie erfolgt seien. Als Diagnosen nannte er (Vi-act. 170):

Status nach Elektrounfall am 30.07.92 mit Herzstillstand und diffuser hypoxischer Hirnschädigung
-neuropsychologische Defizite
dilatative Kardiomyopathie mit permanenten VHF und schwer eingeschr. LV Funktion
Diabetes mellitus Typ 2 seit 2006 Insulinpflichtig
Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom BiPAP Therapie und nächtlicher Sauerstoff von 6 l
Hyperurikämie
Hypothyreose

Zum Verlauf erwähnte der Hausarzt die Pacemaker-Implantation 2009 (Batteriewechsel 2014 und 2018) sowie die CPAP-Therapie, zuletzt BiPAP-Therapie mit regelmässiger Sauerstoffapplikation vor allem nachts. In den letzten Monaten habe es keine Verschlimmerung des Zustandes gegeben. Bezüglich der Todesursache könne er nur spekulieren, aufgrund der Vorgeschichte und der Schilderung der Ehefrau habe der Versicherte wahrscheinlich einen akuten Herzstillstand gehabt und sei friedlich eingeschlafen.

3.3.2 Vorgelegt wurden zwei Sprechstundenberichte der Kardiologie vom 2. Oktober 2020 und 4. Januar 2021 (Vi-act. 171 f.). Darin aufgeführt werden die Diagnosen:

1. Kardiomyopathie unklarer Ätiologie (Hypoxie nach cardiac arrest?)

- St. n. Stromunfall mit Reanimation 1992 mit diffuser hypoxischer Hirnschädigung

- St. n. Implantation eines biventrikulären Schrittmachers (CRT-P) und auf AV-Knoten-Ablation bei Linksschenkelblock und abnehmender systolischer Funktion am 08.09.2009
- Normale Koronar-Arterien (Koronarangiographie am 28.01.2002)
- Aktuell: Leicht eingeschränkte systolische Funktion LVEF 43% mit diffuser Hyperkinese und septo-, antero-, laterodistaler und apikaler Akinesie, Spontankontrast im Apex ohne Thrombusnachweis
- Stark vergrößerte Vorhöfe (LAVI 71 ml/m²)
- Aktuelle Schrittmacherabfrage mit erneut 6 kurzen nsVT von max 11 Schlägen Dauer

2. Diabetes mellitus Typ 2 seit 2006

3. Obstruktive Schlafapnoe

- Unter BiPAP-Therapie

4. Hyperurikämie

Als kardiovaskuläre Risikofaktoren wurden genannt ein Übergewicht BMI 30kg/m², Diabetes, OSAS, Hypertonie, Dyslipidämie und Bewegungsmangel.

3.3.3 Gegenüber der Suva begründete die Beschwerdeführerin ihren Antrag um eine Witwenrente wie folgt (Vi-act. 174): "Ihr Mann sei an den Spätfolgen des Unfalls verstorben. Er hatte ein Loch in der Lunge und benötigte Sauerstoff. Sie habe 29 Jahre lang Tag und Nacht zu ihrem durch den Unfall pflegebedürftigen Mann geschaut und gepflegt und ihn zu allen Arztterminen und Operationen begleitet. Ohne ihre volle Unterstützung hätte er in einem Pflegeheim betreut werden müssen."

3.3.4 Die oberwähnten Unterlagen unterbreitete die Suva Dr.med. E. _____ (Fachärztin für Innere Medizin) für eine internistische Beurteilung der Kausalitätsfrage (Vi-act. 181). In ihrer Beurteilung vom 9. Juli 2021 fasste Dr.med. E. _____ zusammen, B. _____ sei 29 Jahre nach dem Unfall verstorben; eine Autopsie sei nicht durchgeführt worden (vgl. Vi-act. 181). Neben der Wiedergabe der aktenkundigen medizinischen Berichte stellte sie weiter fest, zwischen 1994 und 2021 lägen keine medizinischen Dokumente in den Akten, welche Auskunft über kardiale und pneumologische Probleme geben könnten.

Dr.med. E. _____ gelangte zur Beurteilung, durch den Stromunfall sei es zu einem Kammerflimmern mit konsekutivem Herz-Kreislaufstillstand gekommen; unter Reanimationsmassnahmen habe wieder eine Kreislauffunktion erreicht werden können; resultiert habe ein mittelschwer bis schwer eingestufte hypoxische Hirnschaden; es sei zu bleibenden störenden Verhaltensveränderungen gekommen. Vor dem Unfall habe bereits eine Herzmuskelerkrankung mit permanentem Vorhofflimmern und mit durchgemachten Grosskreislaufembolien (Auge, Bein), deren Ursache im linken Vorhof gelegen habe (Thrombus); daher habe er unter Digoxin (Herzmuskelstärkung, Rhythmusnormalisierung) und Marcoumar

(Blutverdünner) gestanden. Der Hausarzt gehe von einem wahrscheinlichen Herztod des 84-Jährigen aus.

Es habe sich am 30. Juli 1992 um einen Stromunfall im Niederspannungsbereich (380 Volt) gehandelt; dabei könne es zu Zerrungen, Muskel- und Sehnenabrissen und – bei Stromdurchfluss im Brustbereich – zu Atemstörungen und/oder zu lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen kommen. Da der Stromdurchfluss im Brustbereich gewesen sei, sei es beim Versicherten zu einer lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung mit Herzkreislaufstillstand und Reanimationsbedürftigkeit gekommen. Der Stromdurchfluss habe ein elektrisches Phänomen ausgelöst, ein struktureller Schaden am Herzen sei nicht entstanden. Auch ein Schaden an der Lunge (die Gattin spreche von einem 'Loch in der Lunge') sei in den zur Verfügung stehenden Akten nicht ausgewiesen. Ein solcher wäre bei einem Stromdurchfluss im Niederspannungsbereich auch sehr ungewöhnlich. Ursächlich für den Tod 29 Jahre nach dem Unfall sei daher nicht der Elektrounfall, sondern die vorbestehende Herzmuskelerkrankung mit permanentem Vorhofflimmern. Diese sei über die Jahre progredient gewesen, wofür denn auch die Notwendigkeit des Herzschrittmachers im Jahr 2009 und die dokumentierte Abnahme der linksventrikulären Herzfunktion sprechen würden. Auch die beiden letzten kardiologischen Berichte (vgl. vorstehend Erw. 3.3.2) würden von der Progredienz der chronischen Erkrankung zeugen; der Elektrounfall selber habe damit nichts zu tun; er habe keinen morphologischen Schaden gesetzt.

Zusammenfassend gelangt Dr.med. E. _____ zum Schluss, der Tod von B. _____ sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Unfalls vom 30. Juli 1992. Gestützt auf diese Beurteilung von Dr.med. E. _____ verfügte die Suva am 14. Juli 2021 die Ablehnung des Antrages auf eine Witwenrente (Vi-act. 183).

3.3.5 Nachdem die Beschwerdeführerin gegen die Leistungsverweigerung opponierte (Vi-act. 184 f.), wurden der Suva zusätzlich die Berichte der pneumologischen Verlaufskontrollen der Schlaf-Apnoe-Sprechstunden seit 16. April 2015 zugestellt (Vi-act. 187 - 200). Dr.med. G. _____ (Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für Pneumologie) nennt in den Berichten an den Hausarzt übereinstimmend die drei Diagnosen:

1. Obstruktives Schlafapnoesyndrom sowie nächtliches Adipositas-Hypoventilationssyndrom
2. Kardiomyopathie unklarer Ursache DD hypoxämisch nach Herzstillstand
3. St. n. Elektrounfall am 30.07.1992 mit Herzstillstand und diffuser hypoxischer Hirnschädigung

Den Berichten ist zu entnehmen, dass der Versicherte seit 14. Januar 2002 unter auto-CPAP-Therapie war und zwar mit zunehmender nächtlicher Sauerstoffgabe via CPAP-Maske (Vi-act. 200). Zum einen wurde im Verlauf (bei stets hoher Therapiecompliance) zur Erreichung einer Sauerstoffsättigung von mindestens 90% die Sauerstoffgabe schrittweise erhöht, später auf Flüssigsauerstoff umgestellt (Vi-act. 198). Da sich dennoch keine befriedigende nächtliche Sauerstoffsättigung erreichen liess, was gemäss Dr.med. G. _____ höchstwahrscheinlich auf ein zunehmendes Adipositas-Hypoventilationssyndrom zurückzuführen gewesen sei, wurde im Frühjahr 2016 auf eine Therapie mit BiPAP-AVAPS-Gerät umgestellt (Vi-act. 197). Bei gutem Verlauf konnte diese Therapie stabil gehalten werden. Im Frühling 2018 wurde auf ein modernes BiPAP AVAPS-Gerät sowie von der Nasenmaske auf eine Full-Face-Maske gewechselt (Vi-act. 193). Die Therapie war in der Lage, die nächtliche Atmung zu stabilisieren; es fanden sich weiterhin keine obstruktiven Atemstörungen unter Therapie und das Gerät garantierte ein adäquates Atemminutenvolumen (vgl. Vi-act. 190). Im Februar 2021 zeigte die kapilläre Blutgasanalyse eine schwere respiratorische Partialinsuffizienz. In diesem Bericht vom 11. Februar 2021 zur letzten Verlaufskontrolle (Vi-act. 189) hielt Dr.med. G. _____ als Beurteilung fest, die Gerätedaten würden zeigen, dass unter der BiPAP-iVAPS-Therapie obstruktive Atemstörungen verhindert würden und der Patient ein adäquates Atemminutenvolumen erreiche. Trotz der NIV-Therapie benötige er noch 6l Sauerstoff, damit die Sauerstoffsättigung knapp in einem Bereich von 90-91% gehalten werden könne. Die kapilläre Blutgasanalyse dokumentiere eine in der Zwischenzeit schwere respiratorische Partialinsuffizienz, dies wahrscheinlich aus multifaktoriellen Gründen (Herzinsuffizienz, Adipositas Hypoventilationsproblematik, etc.). Aufgrund der vorliegenden Werte qualifiziere sich der Patient für eine Sauerstofftherapie rund um die Uhr. Entsprechend wurde eine Therapieausweitung mit der Ehefrau/Beschwerdeführerin besprochen.

3.3.6 Am 29. Juli 2021 nahm Dr.med. E. _____ unter Berücksichtigung der weiteren nachgereichten pneumologischen Berichte eine weitere internistische Beurteilung vor (Vi-act. 204). Sie gelangt zum Schluss, Grund der Heimventilationstherapie mit Sauerstoffgabe sei ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Sie sei 2002 zehn Jahre nach dem erlittenen Elektrounfall vom 30. Juli 1992 eingeleitet worden. Bei der Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms handle es sich um ein Syndrom zufolge einer Einengung im oberen Nasen-Rachenbereich. Die relative Enge im oberen Nasen-Rachenbereich könne anatomisch sein (Veranlagung) oder aber unter anderem auch durch Medikamente oder Alkohol bedingt sein (Muskelerschlaffung). Eine andere Form einer schlafassoziierten Störung sei das zentrale Schlafapnoe-Syndrom, wie man es selten

bei bestimmten Schädigungen im zentralen Nervensystem (besonders bei Schädigungen im Atemzentrum) finde. Die hier vom Pneumologen beschriebene obstruktive Form eines Schlafapnoe-Syndroms sei keine überwiegend wahrscheinliche Spätfolge des Elektrounfalls (der obere Nasen-Rachen-Bereich sei vom Elektrounfall nicht betroffen gewesen) und eine zentrale Form sei nicht aktenkundig. Eine solche wäre auch ungewöhnlich, da sich die Symptomatik mit einer grösseren zeitlichen Latenz zum Elektrounfall manifestiert habe. Daraus folge, dass die Lungenpathologie (obstruktives Schlafapnoe-Syndrom) unfallfremd sei.

3.4 Mit Einspracheentscheid vom 25. April 2022 bestätigte die Suva ihre Verfügung vom 14. Juli 2021. Die neuen Berichte der Pneumologie, würden am Ergebnis der internistischen Beurteilung von Dr.med. E._____ nichts ändern; der Elektrounfall vom 30. Juli 1992 sei mithin nicht überwiegend wahrscheinlich ursächlich für den Tod des Versicherten vom 1. Mai 2021. Nicht aktenkundig seien die von der Beschwerdeführerin erwähnten Berichte von Dr.med. J._____ und Dr.med. K._____, welche sie trotz entsprechender Aufforderung nicht eingereicht habe.

4.1 Die Vorinstanz stützt sich in ihrem Entscheid massgeblich auf die internistische Beurteilung von Dr.med. E._____ ab. Es findet daher die Rechtsprechung Anwendung, wonach den Berichten der Kreisärzte der Suva der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zukommt. Es ist deshalb zu prüfen, ob bereits geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. vorstehend Erw. 1.5.2; BGE 145 V 97 Erw. 8.5; Urteile BGer 8C_355/2022 vom 2.11.2022 Erw. 5; 8C_282/2022 vom 8.9.2022 Erw. 5.2).

4.2.1 Im Suva-Dossier befinden sich die unfallnahen medizinischen Berichte bis und mit Fallabschluss 1994. Nach der Todesfallmeldung zog die Suva einen Bericht des den Verstorbenen behandelnden Hausarztes bei. Dieser berichtete unter anderem, der Verstorbene sei regelmässig in der Kontrolle in der Kardiologie und Pneumologie gewesen. Die kardiologischen Berichte wurden der Suva zugestellt, das Vorliegen pneumologischer Berichte durch das Spital vorerst verneint (Vi-act. 169), später dann zugestellt. In ihren zwei Beurteilungen hat Dr.med. E._____ all die vorliegenden ärztlichen Berichte berücksichtigt. Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass sie ihre Beurteilung nicht auf die umfassenden Akten abgestützt hätte.

4.2.2 Soweit die Suva selbst im Einspracheentscheid erwähnt, Berichte von Dr.med. J._____ und Dr.med. K._____ seien trotz Aufforderung der Beschwerdeführerin nicht erhältlich gewesen, so kann ergänzt werden, dass gemäss Bericht des Hausarztes, er den Patienten 2009 von Dr.med. J._____

übernahm (Vi-act. 170). Damit ist denn aber auch sichergestellt, dass die Krankenakte weitergeführt wurde und der Bericht des Hausarztes auch das Wissen seines Vorgängers beinhaltet. Zudem stellte Dr.med. J._____ bereits mit Bericht vom 2. November 1992 fest, kardiopulmonal sei der Patient kompensiert (Vi-act. 126), und im Bericht vom 5. Februar 1993 erwähnte er als einzigen Folgeschaden des Unfalls den schweren durch Sauerstoffmangel bedingten Hirnschaden (Vi-act. 128). Dies stützt die Beurteilung der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. November 1993 (Vi-act. 130), sowie der Abschlussuntersuchung vom 21. Dezember 1993 (Vi-act. 134) wie auch der nun vorliegenden, internistischen Beurteilungen von Dr.med. E._____, wonach einzig die hypoxische Hirnschädigung Unfallfolge darstelle. Dr.med. K._____ wiederum war behandelnder Arzt in der Neurorehabilitation der Rehabilitationsklinik Bellikon, wo der Verstorbene 1993 hospitalisiert war. Den Akten ist sein neuropsychologischer Bericht vom 16. Dezember 1993 zu entnehmen (Vi-act. 131). Hierzu fällt auf, dass die Behandlungsziele der Rehabilitation sich ausschliesslich auf die Neuropsychologie, den hypoxischen Hirnschaden als Unfallfolge, richteten; die Herzproblematik wurde im Austrittsbericht als vorbestehend beschrieben; Atemprobleme wurden keine erwähnt (Vi-act. 133). Es ist daher nicht nachvollziehbar, was ein weiterer Bericht von Dr.med. K._____ zur Beurteilung der Kausalitätsfrage beitragen könnte.

4.3.1 Die internistischen Beurteilungen von Dr.med. E._____ sind nachvollziehbar und schlüssig. Insbesondere ist nicht ersichtlich, dass sie den weiteren vorliegenden Berichten widersprechen würden. Sie gibt korrekt wieder, dass der Elektrounfall vom 30. Juli 1992 zu einem Kreislauf- und Atemstillstand führte und die Reanimationsbemühungen im Spital die Herzaktivität zurückbrachte und das Kammerflimmern in ein tachykardes Vorhofflimmern konvertierte (vgl. Austrittsbericht Spital Schwyz, vorstehend Erw. 3.2.1). Korrekt ist auch, dass in sämtlichen Berichten auf eine vorbestehende Herzproblematik hingewiesen wurde; namentlich war seit 1990 ein Vorhofflimmern mit Vergrösserung des linken Vorhofs bekannt mit Vorhofsthromben sowie zweimaligen Embolien und der Verstorbene war daher digitalisiert und antikoaguliert (vgl. Vi-act. 124, 125; vorstehend Erw. 3.2.1, 3.2.2, 3.2.6). Weder der Bericht des Hausarztes noch die Berichte zu den Herzschrittmacher-Kontrollen (vgl. oben 3.3.1 und 3.3.2) bezeichnen den Unfall von 1992 als ursächlich für die Herzproblematik. Auch ergibt sich aus der vorliegenden Korrespondenz, dass die Behandlung der Pneumologie und Kardiologie zu Lasten der Krankenkasse abgerechnet wurde (vgl. Vi-act. 116), was ebenfalls dafür spricht, dass es sich um ein Krankheitsgeschehen handelt. Schliesslich unterschied Dr.med. E._____ zwischen Stromunfällen im Niederspannungsbereich und Hochspannungsbereich und sie erläuterte nachvollziehbar, dass der vorliegende Unfall im Niederspannungsbereich erwartungsgemäss ein elektri-

sches Phänomen auslöste und kein struktureller Schaden entstand. Auch dies wird durch den vorgenannten Bericht von Dr.med. J._____ rund drei Monate nach Unfall bestätigt, wonach der Versicherte kardiopulmonal kompensiert gewesen sei. Dem entsprechend wurde die Herzproblematik bereits anlässlich des Fallabschlusses 1994 nicht zu den Unfallfolgen gezählt. Wenn daher Dr.med. E._____ zum Schluss gelangt, der gemäss Hausarzt wahrscheinlich auf einen Herzstillstand zurückzuführende Hinschied des Versicherten 29 Jahre nach dem Unfall sei nicht auf den Unfall zurückzuführen, sondern auf die vorbestehende Herzmuskelerkrankung mit permanentem Vorhofflimmern, so erscheint dies als schlüssig.

4.3.2 Der Unfall führte u.a. zu einem Atemstillstand. Schon kurz nach Intubation im Spital kam die Eigen-Atmung indes zurück. Rund 2.5 Std. nach dem Unfall konnte der Versicherte extubiert werden, wobei die Sauerstoffgabe anfänglich noch aufrechterhalten wurde. Eine Thoraxaufnahme ap vom 1. August 1992 war unauffällig (Vi-act. 124). Das Kantonsspital Luzern, wo der Versicherte vom 7. bis 11. September 1992 hospitalisiert war, schloss ein Schlafapnoesyndrom aus (Vi-act. 125). Aus den unfallnahen Berichten ist keine Schädigung der Lunge ersichtlich. Soweit die Beschwerdeführerin von einem "Loch in der Lunge" spricht, ist fraglich, ob sie die im Austrittsbericht vermerkte "fragliche 2. Strommarke am Rippenbogen rechts" meint (Vi-act. 124), denn Hinweise auf eine unfallbedingte strukturelle Schädigung der Lunge finden sich keine, was Dr.med. E._____ zu Recht festhielt. Auch gab sie die Berichte von Dr.med. G._____ korrekt wieder, wonach seit 2002 eine Heimventilationstherapie bestand und Grund hierfür ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom war (vgl. vorstehend Erw. 3.5). Sie erläuterte dabei nachvollziehbar, dass dies auf Veranlagung, Muskeler schlaffung und seltener auf eine bestimmte Schädigung im zentralen Nervensystem zurückzuführen sei, wobei es vorliegend überwiegend wahrscheinlich keine Spätfolge des Unfalls sei, da zum einen der Nasen-Rachen-Bereich vom Unfall nicht betroffen war und zum andern eine zentrale Form (zentrales Schlafapnoe-Syndrom) nicht aktenkundig sei sowie als Unfallfolge früher als 10 Jahre nach Unfall zu erwarten gewesen wäre. Insofern ist auch ihre Schlussfolgerung, die Lungenpathologie sei unfallfremd, nachvollziehbar und schlüssig.

4.4 Den Vorbringen der Beschwerdeführerin kann somit nicht gefolgt werden (vgl. vorstehend Erw. 2). Zutreffend ist, dass der Versicherte beim Stromunfall vom 30. Juli 1992 einen Herzstillstand erlitten hatte; unzutreffend hingegen, dass er seither schwerwiegende Herzprobleme hatte. Denn zum einen ist erwiesen, dass die Herzinsuffizienz vorbestehend war und zum andern verursachte der Unfall keine strukturelle Schädigung des Herzens. Zutreffend ist ebenso, dass der

Unfall auch zu einem Atemstillstand führte und der Versicherte initial beatmet werden musste. Zum einen hat sich die Atmung jedoch wieder normalisiert und zum andern kann eine unfallbedingte strukturelle Schädigung der Lunge ebenfalls ausgeschlossen werden, namentlich ein von der Beschwerdeführerin behauptetes 'Loch' ist nicht nachgewiesen. Erst 10 Jahre nach dem Unfall war eine Heimventilationstherapie notwendig und zwar bei Diagnose obstruktives Schlafapnoesyndrom sowie nächtliches Adipositas-Hypoventilationssyndrom, was keine Unfallursache darstellt.

4.5 Zusammenfassend ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Suva gestützt auf die internistischen Beurteilungen von Dr.med. E. _____ zum Schluss gelangte, dass der Tod des Versicherten aus unfallfremden, kardiologischen Gründen eingetreten sein muss, weshalb kein Anspruch auf eine Hinterlassenenrente besteht. Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

5. Es werden keine Kosten erhoben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht nicht (Art. 61 lit. f^{bis} und g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 9. Dezember 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 19. Dezember 2022