

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 53

Entscheid vom 11. April 2024

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Thomas Rentsch, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt B._____

gegen

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

Gegenstand

Unfallversicherung (Hinterlassenenrente)

Sachverhalt:

A. C._____ (1959 - 2020) war seit seiner Einreise in die Schweiz 1980 bei der E._____ AG angestellt als Maschinist und Bauhandlanger im Strassenbau und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert. Am 28. Juni 1999 erlitt C._____ einen Treppensturz (Nichtberufsunfall) mit Lendenkontusion links bei schwerer Rotationsskoliose der LWS, bekannter Discushernie L4/5 sowie degenerativer Spinalkanalstenose L5/S1. Durch die Traumatisierung des erheblich krankhaften Vorzustandes traten starke Rückenbeschwerden auf, welche durch konservative Behandlungsmassnahmen nicht entscheidend beeinflusst werden konnten. Deshalb erfolgte am 17. Juli 2000 ein operativer Eingriff (aufrichtende Spondylodese L2-S1, Dekompression L4-S1 beidseits, Keilosteotomie LWK 5). Wegen einer aufgetretenen Cauda equina-Kompression war am 21. Juli 2000 ein nochmaliger Eingriff notwendig (Dekompression L2/3-S1, Laminektomie L4, L3). In der Folge blieb eine inkomplette Paraplegie mit neurogener Blasen-, Darm und Sexualfunktionsstörung bestehen (Vi-act. 53; 133). Die Suva stellte die Heilkosten- und Taggelderleistungen per 30. Juni 2004 ein. Mit Verfügung vom 5. Oktober 2004 sprach sie C._____ eine Invalidenrente von 60% und eine Hilflosenentschädigung für eine Hilflosigkeit leichten Grades zu sowie eine Integritätsentschädigung von 75%. Auf Einsprache hin wurde die Invalidenrente mit Entscheid vom 22. Februar 2005 auf 100% festgesetzt (Vi-act. 49). Auf ein Wiedererwägungsgesuch betreffend Hilflosenentschädigung vom 22. Februar 2005 (Vi-act. 50) trat die Suva mit Verfügung vom 10. März 2005 nicht ein (Vi-act. 53).

B. Am 9. Dezember 2020 informiert die Schwiegertochter von C._____ die Suva, der Versicherte sei am 26. November 2020 im Kosovo verstorben (Vi-act. 225, 226).

C. Mit Verfügung vom 11. Dezember 2020 forderte die Suva von der Witwe des Verstorbenen, A._____, die für den Monat Dezember zu Unrecht geleistete Rente in der Höhe von Fr. 3'979.45 zurück. Zudem wurde ein Anspruch für eine Hinterlassenenrente verneint, weil aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen keine Anhaltspunkte vorliegen würden, dass das Ableben mit der Gesundheitsschädigung, für welche die Invalidenrente ausgerichtet werde, in einem ursächlichen Zusammenhang stehe (Vi-act. 227).

D. Am 20. Januar 2021 / 25. Februar 2021 erhob A._____ Einsprache gegen die Ablehnung der Hinterlassenenrente und forderte unter Bezugnahme auf die Untersuchungspflicht, die Suva habe die Todesursachen eingehend zu untersuchen und erst im Anschluss zu entscheiden, ob und inwieweit die Folgen des Ereignisses vom 28. Juni 1999 den vorzeitigen Tod mitverursacht hätten. Der

Einsprache wurden medizinische Unterlagen aus dem Kosovo mitsamt Übersetzung beigelegt (Vi-act. 232; 236). In der Folge forderte die Suva vom Rechtsvertreter der Witwe weitere medizinische Unterlagen an (Vi-act. 240) und erteilte am 6. Oktober 2021 Europ Assistance einen Abklärungsauftrag, um medizinischen Unterlagen direkt in der Universitätsklinik Pristina anzufordern (Vi-act. 260, 266). Auf Anfrage hin informierte die Suva den Rechtsvertreter am 24. März 2022, die Abklärungen seien bislang ergebnislos, würden indes weitergeführt (Vi-act. 276). Trotz umfangreicher Bemühungen blieben die Auskunftersuchen ohne Ergebnis (vgl. Vi-act. 277 - 300). Mit Schreiben vom 4. November 2022 forderte der Rechtsvertreter die Suva auf, bis spätestens Ende Jahr einen materiellen Bescheid zu erlassen (Vi-act. 301), worauf ihn die Suva darauf hinwies, dass nach wie vor wesentliche Angaben zum Verstorbenen fehlen würden, um weiterführende Informationen aus dem Kosovo zu erhalten (Vi-act. 302), worauf sich der Rechtsvertreter bei der Vorgesetzten der Suva-Mitarbeiterin beschwerte (Vi-act. 306). In der Folge verblieben die Parteien am 28. November 2022, dass Europ Assistance vor Ort noch einen Versuch mache, um die für die Leistungsprüfung notwendigen Unterlagen zu erhalten; für den Fall der Erfolglosigkeit ersuchte der Rechtsvertreter um einen Aktenentscheid (Vi-act. 307). Am 30. März 2023 stellte der Rechtsvertreter eine Rechtsverzögerungsbeschwerde in Aussicht, sollte nicht zeitnah ein Entscheid vorliegen (Vi-act. 311). Hierauf ersuchte die Suva die Versicherungsmedizin um einen Aktenentscheid (Vi-act. 312) und stoppte den Abklärungsauftrag der Europ Assistance. Gestützt auf die Ärztliche Beurteilung vom 4. Mai 2023, wonach aufgrund der vorliegenden Aktenlage der Tod des Versicherten nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ganz oder teilweise auf den Unfall vom 28. Juni 1999 zurückzuführen sei (Vi-act. 316), wies die Suva die Einsprache am 12. Mai 2023 ab (Vi-act. 318).

E. Am 15. Juni 2023 lässt A. _____ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde einreichen mit den Anträgen:

1. Es sei der Einspracheentscheid der SUVA vom 12.05.2023 aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab dem 26.11.2020 die gesetzliche Hinterlassenenrente (Witwenrente) zuzusprechen.
2. Eventuell sei der Einspracheentscheid der SUVA vom 12.05.2023 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.
3. Alles unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 16. August 2023 beantragt die Suva, die Beschwerde sei abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 12. Mai 2023 sei zu bestätigen.

F. Mit Schreiben vom 19. Oktober 2023 nahm der verfahrensleitende Richter Bezug auf die bereits getätigten Abklärungen und die letzte E-Mail von Europ Assistance vom 3. Mai 2023, worin mögliche Wege zur Einholung der geforderten Unterlagen bei der Universitätsklinik in Pristina aufgezeigt würden. Aufgrund der Bedeutung des Falles sei es angezeigt, noch einen Versuch zu tätigen, auf den aufgezeigten Wegen an weitere medizinische Unterlagen aus dem Kosovo zu gelangen. Sowohl der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin als auch die Suva wurden angehalten, die aufgezeigten Abklärungen zu tätigen (VG-act. 11). Am 21. Februar 2024 erkundigte sich das Gericht bei den Parteien nach dem Stand der Abklärungen (VG-act. 12). Die Suva informierte am 8. März 2024, man habe Europ Assistance am 25. Oktober 2023 einen Abklärungsauftrag erteilt, am 21. Februar 2024 einen abschlägigen Bescheid erhalten; auch die weiteren Abklärungsversuche im Kosovo seien erfolglos gewesen (VG-act. 13). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin teilte dem Gericht am 11. März 2024 mit, es sei seiner Mandantin bzw. deren Söhnen nicht möglich, ergänzende Informationen erhältlich machen zu können (VG-act. 15).

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Es ist zwischen den Parteien unbestritten, dass C._____ am 28. Juni 1999 einen Nichtberufsunfall erlitt, für dessen Folgen er bei der Suva obligatorisch unfallversichert war. Die Suva erbrachte Versicherungsleistungen, so namentlich ab dem 1. Juli 2004 eine Invalidenrente auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von 100% (Vi-act. 49). Am 26. November 2020, 01.01 Uhr, ist C._____ im Universitätsklinikzentrum des Kosovo, Pristina, verstorben (Vi-act. 225, 226, 237). Strittig und nachfolgend zu prüfen ist, ob der Unfall vom 28. Juni 1999 (mindestens teil-) ursächlich war für den Tod und die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Hinterlassenenrente der Unfallversicherung hat.

2.1 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 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.

2.2 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).

2.3 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 E. 5b; BGE 119 V 335 E. 1; VGE I 2022 30 vom 9.12.2022 E. 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 E. 9.5), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt (BGE 142 V 435 E. 1; SVR 2016 UV Nr. 21 S. 66, 8C_134/2015 E. 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 E. 3.1; Urteil BGer 8C_437/2018 vom 20.5.2019 E. 2.1). Ist der Tod nur teilweise die Folge des Unfalls, sind Hinterlassenenrenten gemäss Art. 36 Abs. 2 UVG angemessen zu kürzen.

2.4 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 E. 8a; BGE 114 V 298 E. 5b; VGE I 2006 362 E. 2.1 sowie VGE I 2012 45 E. 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 E. 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 überwie-

genden 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 E. 3.1 m.H.a. BGE 130 III 321 E. 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 E. 6 mit Hinweisen; Urteile BGer 8C_194/2021 vom 15.6.2021 E. 2.4; 8C_535/2017 vom 7.11.2017 E. 4.2).

2.5 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.

2.5.1 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 E. 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 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.5.2 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 E. 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 Unpartei-

lichkeit 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 E. 8.5; BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen).

2.5.3 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 BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 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 E. 2 mit Hinweisen).

3. Die Suva erteilte der Versicherungsmedizin den Auftrag, gestützt auf die vorliegenden Akten die Frage zu beantworten, ob aufgrund der Aktenlage der Tod des Versicherten mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ganz oder teilweise auf den Unfall vom 28. Juni 1999 zurückzuführen sei (Vi-act. 312). Mit ärztlicher Beurteilung vom 4. Mai 2023 gelangte Dr.med. D. _____ (Facharzt Chirurgie; Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) zum Schluss, aufgrund der vorliegenden Aktenlage sei der Tod des Versicherten nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ganz oder teilweise auf diesen Unfall zurückzuführen; die Todesursache sei mit der an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit durch die Schädigung des Myokardes erklärbar (Vi-act. 316). Gestützt auf diese ärztliche Beurteilung wies die Suva die Einsprache ab und bestätigte die am 11. Dezember 2020 verfügte Ablehnung des Anspruchs auf eine Hinterlassenenrente (Bf-act. 2).

Die Beschwerdeführerin rügt sowohl eine ungenügende Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes (nachfolgend E. 4) als auch eine fehlerhafte Beweismwürdigung und fachärztliche Beurteilung (nachfolgend E. 5).

4.1 Die Beschwerdeführerin betont, die Suva sei nach Massgabe des Untersuchungsgrundsatzes verpflichtet, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes

wegen festzustellen. Es sei anzuerkennen, dass sie sich mehrfach bemüht habe, weitergehende Unterlagen beizuziehen. Leider gehe aus dem angefochtenen Entscheid nicht hervor, wie intensiv sich ihre Hilfsperson vor Ort in Pristina tatsächlich um die Beibringung der erforderlichen medizinischen Unterlagen bemüht habe. Es lasse sich daher nicht beurteilen, ob sie sämtliche möglichen und zumutbaren Massnahmen ergriffen habe, um die medizinischen Unterlagen von der Universitätsklinik erhältlich zu machen. Es sei ein Bericht einzuholen, welcher detailliert Rechenschaft abgebe, welche Bemühungen tatsächlich unternommen worden seien, um die medizinischen Unterlagen des Verstorbenen beizubringen. Erst und nur dann, wenn sämtliche möglichen und zumutbaren Massnahmen ergriffen worden seien, sei es gerechtfertigt, die Beschwerdeführerin die Folgen der ungenügenden medizinischen Dokumentation tragen zu lassen.

4.2 Aus den Akten ergibt sich, dass die Suva mehrfach direkt bei der Beschwerdeführerin entscheidungsrelevante medizinische Unterlagen angefordert hat, sie einen konkreten Abklärungsauftrag der Europ Assistance erteilte, diese mit ihrer Vertretung in Pristina an der Universitätsklinik medizinische Unterlagen einforderte und hierzu auch direkt mit dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin und dem Hausarzt des Verstorbenen in Kontakt stand. Die Abklärungen wurden abgeschlossen, nachdem die Beschwerdeführerin eine Rechtsverzögerungsbeschwerde in Aussicht stellte.

Hierauf beendete die Suva das Abklärungsmandat. Kurz zuvor teilte Europ Assistance der Suva am 3. Mai 2023 folgendes mit (Vi-act. 317):

Die Krankenhausverwaltung teilt mit, dass sie den Verstorbenen nicht mit seinen persönlichen Daten finden kann, wenn sie nicht weiss, in welcher Abteilung er sich befand. Die Angehörigen hätten ein Dokument erhalten, als sie den Patienten abholten, auf welchem vermerkt war, in welcher Abteilung er sich befand.

Eine andere Lösung bestünde darin, dass jemand aus der Familie, welcher mit dem Patienten im Krankenhaus war, sich persönlich auf die Station begibt und dort die Informationen einholen kann.

Mit Verweis auf diese Möglichkeiten wies das Gericht die Parteien am 19. Oktober 2023 an, noch einmal einen Versuch zu tätigen, um an weitere medizinische Unterlagen zu gelangen. Sowohl die Suva als auch der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin teilten am 8. resp. 11. März 2024 mit, es seien keine weiteren medizinischen Unterlagen erhältlich zu machen (vgl. Ingress Bst. F).

4.3 Damit aber steht fest, dass sämtliche erhältlichen medizinischen Unterlagen zu den Akten genommen wurden und die Aktenbeurteilung der Versicherungsmedizin auf einem vollständigen medizinischen Dossier beruht. Sowohl die Abklärungsbemühungen der Suva als auch jene der Beschwerdeführerin sind

ausgewiesen, weitergehende Bemühungen waren erfolglos. Damit aber geht der Vorwurf der Beschwerdeführerin fehl, die Suva sei ihrer Untersuchungspflicht ungenügend nachgekommen.

5.1 Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden könne, dass der Unfall vom 28. Juni 1999 keinerlei Einfluss auf den vorzeitigen Tod bzw. das Herzversagen gehabt habe. Der Verstorbene habe gemäss behandelndem Hausarzt seit dem Unfall an gravierenden Blasenproblemen gelitten, insbesondere regelmässigen Harnwegsinfektionen, die seit 2003 regelmässig aufgetreten seien. Er bestätige auch, dass sich die Infektproblematik im Verlaufe der Zeit massiv verschärft habe, da der Verstorbene körperlich und geistig stark abgebaut habe; 2007 und 2010 seien notfallmässige Behandlungen wegen gravierender Harnwegsinfekte notwendig gewesen. Die Berichte des Paraplegikerzentrums der Jahre 2017 bis 2020 würden verdeutlichen, dass sich der Allgemeinzustand zunehmend verschlechtert habe, namentlich in Zusammenhang mit ungenügender Darmentleerung habe sich eine zusätzliche Komplikation eingestellt. In der medizinischen Literatur sei anerkannt, dass bei querschnittgelähmten Personen das Risiko eines Herzversagens signifikant erhöht sei, weshalb es falsch sei, vorliegend jedweden Zusammenhang zwischen dem vorzeitigen Tod und dem Unfallereignis zu negieren. Die vorliegende Querschnittproblematik werde durch die Aktenbeurteilung vollständig ausgeblendet. Aufgrund der Entwicklung des Gesundheitszustandes, insbesondere der ausgeprägten Infektproblematik, seien vorliegend die unfallbedingten Folgen, wenn nicht ausschliesslich so doch überwiegend ursächlich für die Schwächung des Herzmuskels und damit letztlich für den vorzeitigen Herzstillstand. In der Literatur werde darauf hingewiesen, dass die Urin- und Stuhlinkontinenz mit einem dauerhaft erhöhten Blutdruck verbunden sei; regelmässige Harnwegsinfekte würden ihrerseits dazu beitragen, dass sich der Gesundheitszustand von querschnittgelähmten Personen mit Infektproblematik ganz allgemein verschlechtere und mit einem erhöhten Risiko eines Herzversagens verbunden sei. Mit dem behandelnden Hausarzt sei davon auszugehen, dass weder eine mit an Sicherheit grenzender noch eine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür bestehe, dass der vorzeitige Herzstillstand ausschliesslich durch ein krankhaftes Geschehen bzw. ein plötzliches Multiorganversagen verursacht worden sei; es sei gegenteilig mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ein unbehandelter Harnwegsinfekt zum Tod des Versicherten geführt habe.

5.2 Was den Gesundheitsverlauf des Versicherten anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

5.2.1 Am 28. Juni 1999 erlitt der Versicherte den eingangs erwähnten Unfall. Aufgrund starker Rückenbeschwerden erfolgten am 17. und 21. Juli 2000 in der Klinik Balgrist operative Eingriffe, mit verbleibender inkompletter Paraplegie mit neurogener Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörung. Die Heilkosten- und Taggeldleistungen wurden per 30. Juni 2004 eingestellt. Der Versicherte erhielt eine volle Invalidenrente (vgl. Ingress Bst. A).

5.2.2 Anlässlich eines ambulanten Untersuchungs in der Uniklinik Balgrist vom 27. Juni 2006 zeigte sich - wie in der Voruntersuchung - eine normokapazitive asensible und akontraktile Harnblase. Die Situation sei stabil, der Versicherte komme mit dem Selbstkatheterisieren gut zurecht, Infekte würden anzahlmässig im Jahr eher selten auftreten; es bestehe keine Indikation zur Therapieänderung (Vi-act. 58).

5.2.3 Am 29. November 2007 erfolgte eine Abklärung beim Versicherten wegen Beschwerdezunahme. Er leide andauernd an starken Rückenschmerzen und habe deswegen teils auch psychische Probleme; in ärztlicher Behandlung sei er deswegen nicht. Eine Infektproblematik wird nicht erwähnt. Er führe 4x täglich selbständig einen Katheterwechsel durch und räume selbständig den Stuhl aus (Vi-act. 67).

5.2.4 Am 18. November 2007 wurde der Hausarzt notfallmässig zum Versicherten gerufen wegen einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes, krampfartigen Schmerzen im Bereich der linken Flanke sowie Frösteln. Ein Infektfokus fand sich bei klinischer Untersuchung nicht. Am Folgetag hat der Versicherte (bei bekannter Unverträglichkeit) Novalgin-Tropfen eingenommen und mit einem anaphylaktischen Schock reagiert, worauf er hospitalisiert wurde (Vi-act. 71). Die Überwachung im Spital gestaltete sich problemlos, er konnte in gutem AZ nach Hause entlassen werden (Vi-act. 72).

5.2.5 Die Verlaufskontrolle in der Skoliosesprechstunde vom 6. Mai 2011 in der Uniklinik Balgrist ergab eine unveränderte Situation. Auch eine urodynamische Nachuntersuchung habe keine neuen Aspekte ergeben (Vi-act. 90). Im Bericht zur urodynamischen Untersuchung vom 20. Mai 2011 wurde festgehalten, es würden selten Harnwegsinfekte auftreten, letztmals im Januar 2011 (Vi-act. 94).

5.2.6 Am 22. Februar 2012 erfolgte im SPZ Nottwil eine orthopädische Sprechstunde wegen zunehmenden Rückenbeschwerden, anlässlich welcher die Entfernung von gebrochenem Material ohne Re-Spondylodese besprochen wurde (Vi-act. 101). Der Eingriff erfolgte am 3. Mai 2012 (Vi-act. 107), wobei es postoperativ zu einer Kreislaufkrise kam, von welcher der Versicherte sich allerdings

rasch erholte (Vi-act. 108). Anlässlich der Kontrolle vom 29. Oktober 2012 berichtete der Versicherte weiter über Rückenbeschwerden; einen weiteren Eingriff lehnte er ab (Vi-act. 115). Klagen betreffend Blasen- oder Darmbeschwerden sind keine dokumentiert.

5.2.7 Wegen einer persistierenden Instabilität im Lendenwirbelsäulenbereich stand eine Korsettversorgung in Abklärung, wozu am 23. April 2013 eine kreisärztliche Untersuchung durchgeführt wurde (Vi-act. 133). Hinweise auf eine Infektproblematik oder Blasen- oder Darmbeschwerden finden sich keine. Die Suva erteilte Kostengutsprache für eine Rumpforthese (Vi-act. 135).

5.2.8 Anlässlich der Verlaufskontrolle in Nottwil vom 3. Oktober 2013 wurde betreffend Blasenentleerung festgehalten, es erfolge weiterhin Selbstkatheterismus 6-7x täglich, anamnestisch keine Makrohämaturie, der letzte Harnwegsinfekt sei vor ca. 1.5 Jahren aufgetreten. Intermittierende Inkontinenz, der Patient verspüre die volle Blase nicht (Vi-act. 137). Auch in der folgenden Verlaufskontrolle vom 7. November 2014 standen Rückenbeschwerden im Zentrum; therapiebedürftige Harnwegsinfekte traten seit der letzten Untersuchung keine auf (Vi-act. 159). Auch anlässlich der Verlaufskontrolle vom 5. November 2015 berichtete der Versicherte nicht über eine Infektproblematik, festgehalten wird, dass seit der letzten Kontrolle keine therapiebedürftigen Harnwegsinfekte aufgetreten seien. Dokumentiert ist eine Zunahme des Hämorrhoidalleidens mit Frischblutabgang. Der Untersuchungsbefund zeigte im Übrigen einen Patienten in ordentlichem Allgemein- und Ernährungszustand mit insbesondere unauffälligem Herz/Kreislauf (Vi-act. 163). Am 29. Dezember 2015 erfolgte eine ambulante urologische Konsultation für eine neuro-urologische Standortbestimmung (die letzte war 2011). Der Versicherte sei überwiegend harnkontinent sowie stuhlkontinent. Im Vorjahr sei ein symptomatischer Harnwegsinfekt aufgetreten. Zusammenfassend wurde ein stabiler Verlauf festgehalten (Vi-act. 165).

5.2.9 Am 1. Juni 2016 erfolgte durch den Hausarzt eine Spitaleinweisung des Versicherten bei zunehmender AZ-Verschlechterung und Verdacht auf Pneumonie. Es wurde eine Sepsis bei Pneumokokkenpneumonie als Ursache diagnostiziert. Zudem zeigte sich ein Nitrit positiver Harnwegsinfekt. Er konnte am 3. Juni 2016 in gutem AZ nach Hause entlassen werden (Vi-act. 169).

5.2.10 Anlässlich der ambulanten urologischen Konsultation in Nottwil vom 28. Dezember 2016 wurde anamnestisch keine rezidivierenden Harnwegsinfekte dokumentiert. Es wurde eine weitere Kontrolle in einem Jahr vereinbart (Vi-act. 171). Diese fanden am 14. Februar 2018 und 5. März 2018 statt. Es zeigte sich in der videourodynamischen Untersuchung eine normokapazitäre, asensitive und

akontraktile Blase mit ausreichender Kapazität und normaler Compliance. Ein pathologisches Korrelat zur vom Versicherten geäußerten Drangsymptomatik mit Dranginkontinenz und reduziertem Blasenvolumina liess sich nicht finden. Dokumentiert wird sodann das Fehlen von rezidivierenden Harnwegsinfekten (Vi-act. 175, 177). Wegen der persistierenden Drangsymptomatik ohne urodynamischem Korrelat wurde eine medikamentöse Therapie (Vesicare) empfohlen, worauf sich in der Verlaufskontrolle vom 28. Mai 2018 eine deutliche Besserung zeigte (Vi-act. 178).

5.2.11 Nach einer 30stündigen Heimreise in die Schweiz als PW-Beifahrer trat beim Versicherten am 30. August 2018 eine zunehmende Bewusstseinstrübung auf, weshalb der herbeigerufene Hausarzt die Hospitalisation veranlasste (Vi-act. 180). Spezifische Beschwerden habe der Versicherte nicht angegeben. Gemäss den Angehörigen nehme er immer starke Schmerzmittel, schlafe dann ein und sei nicht mehr weckbar. Im Spital wurde die initiale GCS-Minderung retrospektiv im Rahmen einer Opiatintoxikation bei fremdanamnestic deutlich gesteigerten, inadäquaten Opiatkonsum interpretiert, zurückzuführen auf eine Exazerbation des chronischen LWS-Schmerzsyndroms, was auch die initiale Atemdepression erklären würde. Am Folgetag konnte der Patient bereits zügig geweant und komplikationslos extubiert werden. Diagnostiziert wurde zudem eine Pneumokokkenpneumonie, welche antimikrobiell therapiert wurde. Er konnte am 5. September 2018 in gutem AZ auf die Normalstation verlegt und am 8. September 2018 in stabilem AZ nach Hause entlassen werden (Vi-act. 181, 182).

Die Suva lehnte Leistungen für diese Hospitalisation ab. Die respiratorische Dekompensation aufgrund der Pneumokokkenpneumonie beidseits nach 30 Stunden Autofahrt aus den Ferien, ohne Beschwerdeangaben vorab, sei nicht mindestens wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 28. Juni 1999 zurückzuführen (Vi-act. 183, 184).

5.2.12 Der Hausarzt ersuchte am 13. Februar 2019 um Kostengutsprache für eine Langzeitphysiotherapie. Der Versicherte gerate bei eindrücklicher Muskelschwäche und Deformation im Bereich der LWS zunehmend aus dem Lot; er habe Mühe, sich an den Gehstöcken fortzubewegen und werde zunehmend immobil (Vi-act 194). Da die letzte paraplegiologische Kontrolle 2015 erfolgte, veranlasste die Suva eine Standortbestimmung in Nottwil, womit sich der Hausarzt einverstanden erklärte (Vi-act. 195, 196). Das SPZ Nottwil meldete hierauf, man habe den Versicherten in den vergangenen Jahren mehrmals aufgeboten, letztmals 2018, er sei indes nie erschienen; dennoch werde man ihn noch einmal aufbieten (Vi-act. 201).

Die ambulante urologische Konsultation des Versicherten in Nottwil vom 28. Februar 2019 war unauffällig. Harnwegsinfekte sind keine dokumentiert. Eine erneute Kontrolle wurde für in zwei Jahren vereinbart (Vi-act. 202).

Am 7. Mai 2019 erfolgte die paraplegiologische Standortbestimmung am SPZ (Vi-act. 203). Der Versicherte präsentierte sich in ordentlichem Allgemein-, aber reduziertem Rehabilitationszustand. Die verschlechterte Gehfähigkeit wurde in erster Linie auf Dekonditionierung zurückgeführt, wobei eine gewisse Altersinvoluntion hinzukomme; auch die geringeren Mahlzeiten, was einer Sarkopenie Vorschub leiste, könnten eine Rolle spielen. Unter Systemanamnese wurde vermerkt, es würden keine Harnwegsinfekte auftreten. Nachdem die Durchführung von ambulanter Physiotherapie als indiziert beurteilt wurde, erteilte die Suva Kostengutsprache vorerst für ein Jahr, 3 Monate 2x wöchentlich, dann 1x wöchentlich (Vi-act. 204, 205).

In der nächsten ambulanten Verlaufskontrolle vom 2. Juli 2020 (im Bericht ist auch von 7.7.2020 die Rede) berichtete der Versicherte von einem insgesamt schlechten Gesundheitszustand, was den ganzen Körper betreffe. Die Schmerzen seien mit Schmerzmitteln einigermaßen erträglich. Bei generalisiertem Kraftverlust habe er zunehmend Mühe beim selbständigen Antreiben des Rollstuhls. Die verordnete Physiotherapie habe er nicht wahrgenommen, weil er diese mangels Auto nicht aufsuchen könne, eine stationäre Rehabilitation lehne er ab; am liebsten würde er bald einmal sterben. Festgestellt wurde ein reduzierter Allgemein- und Rehabilitationszustand. Unter Systemanamnese ist vermerkt, Harnwegsinfekte würden keine auftreten. Er habe Obstipationsneigung, was teilweise ein Ausräumen im Spital erforderlich mache; Movicol nehme er nicht mehr ein, da er es geschmacklich nicht möge. Vertiefte Abklärungen wünschte der Versicherte keine (Vi-act. 220).

5.3.1 Am 9. Dezember 2020 informierte die Schwiegertochter die Suva, der Versicherte sei am 26. November 2020 im Kosovo verstorben (Vi-act. 225). Er sei schwer krank und ca. 1 Woche im Spital im Kosovo gewesen mit sehr schlechten Nieren-, Leber- und Lungenwerten. Als Todesursache sei ein Schlaganfall festgehalten; sie seien der Ansicht, dies sei falsch. Möglicherweise seien die vielen Medikamente ursächlich. Auf eine Obduktion habe man verzichtet (Vi-act. 226).

5.3.2 Mit Verfügung vom 11. Dezember 2020 lehnte die Suva einen Anspruch auf eine Hinterlassenenrente ab (Vi-act. 227).

5.3.3 Am 29. Dezember 2020 erklärte der Sohn des Verstorbenen, das Spital in Kosovo gehe von einem krankheitsbedingtem Hirnschlag aus, womit sich die Familie allerdings nicht abfinden könne. Er habe wegen des Unfalls starke Medika-

mente einnehmen müssen, welche die Leber und Nieren angegriffen und schliesslich zu einem Organversagen geführt hätten (Vi-act. 229).

5.3.4 Am 20. Januar 2021 wurde vorsorglich Einsprache gegen die Ablehnung der Hinterlassenenrente erhoben, da das versicherte Unfallereignis eine wesentliche (Teil-)Ursache für das vorzeitige Versterben gewesen sei (Vi-act. 232).

Der Einsprache lag die Übersetzung eines ärztlichen Berichts über den am 26. November 2020, 01.01 Uhr, im Notfallzentrum eingetretenen Tod bei (Vi-act. 237/2). Als Todesursache wurde ein kardiorespiratorischer Stillstand, Asystolie, exitus letalis aufgeführt (Vi-act. 237/3). Zudem wurden diverse Labor- und bildgebende Befunde des Universitätsklinikzentrums Kosovo beigelegt (Vi-act. 237/4-28).

5.3.5 Nachdem die Suva-Medizin zur Klärung der Kausalität den Beizug der vollständigen medizinischen Dokumentation des Spitalaufenthalts als notwendig bezeichnete (Vi-act. 239), forderte die Suva diese beim Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an (Vi-act. 240). Am 26. resp. 28. April 2021 wurde die Todesurkunde eingereicht (Vi-act. 241, 244). Weitere Unterlagen folgten am 6. Mai 2021 (Vi-act. 245).

Damit die Leistungsprüfung erfolgen könne, forderte der Suva-Arzt weitere medizinische Unterlagen an (Vi-act. 254, 255), worauf der Rechtsvertreter informierte, es seien keine weiteren Unterlagen (als die bereits eingereichten) vorhanden (Vi-act. 256). Nach Rücksprache mit dem Suva-Arzt (Vi-act. 258) mandatierte die Suva Europ Assistance, um weitere medizinische Dokumente der Klinik in Pristina erhältlich zu machen (Vi-act. 266). Die weiteren Abklärungsmassnahmen brachten keine zusätzlichen medizinischen Unterlagen (vgl. Vi-act. 267 - 313; Ingress Bst. C sowie oben E. 4.2).

5.3.6 Am 4. bzw. 10. Mai 2023 erfolgte die Beurteilung durch den versicherungsinternen Mediziner Dr.med. D._____. Nach Zusammenfassung der Aktenlage stellte er die Diagnosen:

Diagnosen

- Inkomplettes Cauda equina-Syndrom postoperativ
- St. n. Aufrichtungsspondylodese L2-S1, Dekompression L4-S1 und Keilosteotomie LWK5 am 17.07.2000
- Konsekutive Dekompression L2/3 und S2 mit Laminektomie L3/L4 am 21.07.2000
- Implantatversagen oberhalb S1 ab 08.01.2001 mit zunehmender Dislokation und Hautirritation paravertebral rechts Teilentfernung des proximalen/dorsalen Instrumentariums am 03.05.2012
- Autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualektionsstörung Status nach Treppensturz am 28.6.1999

Nicht unfallbedingte Diagnosen

- Rezidivierende Magenulcera et Helicobacter pylori
- Mikrozytäre hypochrome Anämie bei Schmerzmittelmissbrauch
- Nikotinabusus
- Depression
- Vorbestehend Missbildung im lumbosacralen Übergang mit Hemivertebra L5
- St. n. Arthrodese IP-Gelenk rechte Grosszehe und Tenotomie der Beugesehnen ca. 1996

Dr.med. D. _____ gelangte zur Beurteilung, der Versicherte sei seit dem 28. Juni 1999 sowohl in den Universitätskliniken in Zürich als auch - federführend - im SPZ Nottwil in Behandlung gewesen, wo am 2. Juli 2020 die letzte Kontrolle durchgeführt worden sei, wobei bei dieser Kontrolle ein "insgesamt schlechter Gesundheitszustand" festgestellt worden sei. Die Ärzte im SPZ Nottwil hätten dem Hausarzt "bezüglich des reduzierten Allgemeinzustandes" eine weiterführende Diagnostik "zu veranlassen" empfohlen. Über eine weitere Behandlung in der Schweiz danach lägen keine ärztlichen Berichte vor.

Weiter verwies Dr.med. D. _____ auf die unvollständigen Berichte aus dem Kosovo und fasste den Gesundheitsverlauf basierend auf den vorliegenden Berichten zusammen: Am 20. November 2020 sei der Versicherte (Jg. 1959) ins Notfallzentrum der Universitätsklinik des Kosovo eingeliefert worden. Im Bericht über die CT-Untersuchung des Kopfes vom 20. November 2020 werde als Indikation für die Durchführung dieser Untersuchung eine "Bewusstseinskrise, ICV susp." dokumentiert. Diese Untersuchung habe eine "fortgeschrittene generalisierte Hirnatrophie" ergeben, die dem Alter des Versicherten nicht entsprochen habe. Gleichzeitig sei eine deutliche "symmetrische bilaterale Stammganglienverkalkung" festgestellt worden. Die nach Einlieferung des Versicherten ins Notfallzentrum der Universitätsklinik Kosovo gleichentags veranlasste labor-technische Untersuchung habe eine erhebliche Erhöhung der Laborparameter (CK, CK-MB, LDH P) ergeben, die wegweisend für einen akuten Herzinfarkt seien. Darüber hinaus würden weitere Laborparameter (Kreatinin, ALT/GPT LIQ, AST/GOT LIQ, Harnstoff), die deutlich erhöht waren, für eine erhebliche Beeinträchtigung auch weiterer lebenswichtiger Organe sprechen, dies würde labor-technisch in der Summe einem Multiorganversagen entsprechen. Eine solche starke Erhöhung der bereits oben aufgelisteten Parameter habe sich auch an den darauffolgenden Tagen fortgesetzt. Die EKG-Ableitung am Aufnahmetag habe ein abnormales EKG gezeigt mit einer Erhebung des ST-Komplexes, was für eine akute Schädigung des Herzmuskels - Herzinfarkt - bei bereits bestehender Hypertrophie des rechten Herzens spreche. Ein kontinuierliches Ableiten des EKGs (Monitoring) liege nicht vor. Am 22. November 2020 sei eine CT-Untersuchung des Schädels und des Brustkorbes durchgeführt worden, wobei "posterobasale bronchopneu-

monische Infiltration rechts, fortgeschrittene emphysematöse Veränderungen der Lunge und ein Verdacht auf hilobasale Masse rechts" dokumentiert worden seien. Auch dieser Befund spreche für eine deutliche Dekompensation der Lungenfunktion, die mit der vorbestehenden und akuten Schädigung des Herzmuskels und daraus resultierendem Multiorganversagen einhergehe. Am 26. November 2020, um 01:01 sei der Tod festgestellt und als Todesursache ein "kardiorespiratorischer Stillstand und Asystolie" dokumentiert worden.

Schliesslich beantwortete Dr.med. D._____ die Frage, ob der Tod mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ganz oder teilweise auf den Unfall vom 28. Juni 1999 zurückzuführen sei, mit nein. In Zusammenschau der ärztlichen, labor-technischen und bildgebenden Dokumente könne festgehalten werden, dass aufgrund der vorliegenden Aktenlage der Tod des Versicherten nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ganz oder teilweise auf diesen Unfall zurückzuführen sei. Trotz der nicht vollständigen ärztlichen und bildgebenden Dokumentation ergebe die Analyse der vorliegenden ärztlichen Dokumente, dass die Todesursache mit der an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit durch die Schädigung des Myokardes erklärbar sei, und unter dem Gesamtaspekt der internistischen Komorbiditäten zum Multiorganversagen geführt habe und damit nicht unfallkausal sei.

Gestützt auf diese Aktenbeurteilung wies die Suva mit Entscheid vom 12. Mai 2023 die Einsprache ab (Vi-act. 318).

5.4 Mit der Verwaltungsgerichtsbeschwerde reicht die Beschwerdeführerin einen Bericht des Hausarztes vom 12. Juni 2023 ein, der den Beschwerdeführer seit 2004 betreute (Bf-act. 4). Der Hausarzt führt folgende Diagnosen auf:

Diagnose- und Problemliste

- Inkompletes Caudaequinasyndrom
- St.n. Aufrichtespondylodese L2-S1, Dekompression L4-S1. Keilosteotomie LWK 5 07/2000
- Autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörung
- Selbstkatheterisation
- Rezidivierende Harnwegsinfekte

Nebendiagnosen

- COPD
- Lungenemphysem bei Nikotinabusus
- Opiatabhängigkeit
- Allergie auf Metamizol (Novalgin)

Als langjähriger Hausarzt könne er die Einschätzung von Dr.med. D._____, wonach der Versicherte an einem Herzkreislaufversagen verstorben sei, nicht teilen. Wegen seines Unfalls müsse er den Urin mittels Selbstkatheterisation entleeren. Dabei bestehe die Gefahr, dass man Keime in die Harnblase einschleppe,

die zur Infektion der Harnblase führen und, da sich die Blase nicht mehr kontrahiere, dort längere Zeit verweilen und zu rezidivierenden Harnwegsinfekten führen würden. Seit 2003 seien deshalb regelmässig Harnwegsinfekte aufgetreten, die antibiotisch behandelt werden mussten; gegen Ende des Lebens habe sich die Situation verschärft, da er körperlich und geistig stark abgebaut habe. Der Hausarzt gelangte zum Schluss, die Todesursache sei nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit durch eine Schädigung des Myokardes erklärbar; er hätte in der Zeit, als er ihn betreut habe, nie Herzbeschwerden gehabt. Es sei viel wahrscheinlicher, dass er an einer Pyelonephritis mit Sepsis und Multiorganversagen verstorben sei, was als direkte Folge des Unfalls zu werten sei.

6.1 Der angefochtene Entscheid der Vorinstanz stützt sich auf die Beurteilung ihres Versicherungsmediziners Dr.med. D._____ ab. Es ist damit die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten zu beachten, wonach nur auf deren Feststellungen abgestellt werden kann, wenn keine auch nur geringen Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 142 V 58 E. 5.1 m.w.H.; VGE I 2019 27 vom 27.9.2019 E. 6.1; vorstehend E. 2.5.2).

6.2 Die Beschwerdeführerin macht denn auch geltend, die Beweiswürdigung und ärztliche Beurteilung der Vorinstanz seien ungenügend, was sich ohne weiteres aus dem obzitierten Bericht des Hausarztes sowie aus der Literatur betreffend Querschnittslähmung und Herzgesundheit ergebe (vgl. oben E. 5.1). Die entsprechende Rüge erweist sich indes als unbegründet.

6.3.1 Dr.med. D._____ stützt seine Aktenbeurteilung auf alle vorliegenden medizinischen Berichte, d.h. sowohl auf die medizinische Dokumentation seit dem Unfall inkl. der nachfolgenden Therapien und Verlaufskontrollen als auch sämtliche erhältlich gemachten medizinischen Unterlagen aus der Hospitalisation in Pristina. Seine Diagnoseliste entspricht denn auch ohne Weiteres diesen medizinischen Unterlagen (vgl. oben E. 5.3.6).

6.3.2 Die Beschwerdeführerin bezeichnet den von Dr.med. D._____ zusammengefassten aktenmässigen Verlauf zu Recht nicht als falsch. Demgegenüber finden die vom Hausarzt in der Diagnoseliste aufgeführten rezidivierenden Harnwegsinfekte in den medizinischen Akten der letzten Jahre keine Stütze. In der Verlaufskontrolle vom 3. Oktober 2013 wird der letzte Harnwegsinfekt als 1 ½ Jahre zurückliegend dokumentiert (Vi-act. 137). 2015 wird ein Harnwegsinfekt im Vorjahr beschrieben (Vi-act. 165). 2016 und in den Folgejahren wird ein rezidivierender Harnwegsinfekt stets verneint (Vi-act. 171; 175; 178; 203); der an-

lässlich einer Hospitalisation im Juni 2016 festgestellte Harnwegsinfekt durch E. coli hatte keine weiteren Auswirkungen (Vi-act. 169). Auch im jüngsten vorliegenden Bericht zur Verlaufskontrolle vom 2. Juli 2020 wird ein Auftreten von Harnwegsinfekten ausgeschlossen (Vi-act. 220). Damit aber liegt der letzte dokumentierte Harnwegsinfekt viele Jahre zurück; eine geltend gemachte Zunahme ist nicht dokumentiert. Auch in den im Recht liegenden Berichten des Hausarztes findet sich für diese Jahre kein Hinweis auf rezidivierende Harnwegsinfekte. Für die Begründung des Hausarztes (vgl. oben E. 5.4) fehlt es damit an einer dokumentierten Basis.

6.3.3 Soweit der Hausarzt ausführt, in den Jahren seiner Behandlung hätten nie Herzbeschwerden bestanden, so wird dies durch die Verlaufskontrollen im SPZ Nottwil bestätigt. Auch da wird sowohl unter der Systemanamnese als auch den Untersuchungsbefunden stets Beschwerdefreiheit dokumentiert (Vi-act. 159; 164; 203; 220). Dies bestreitet die Suva nicht.

Dies schliesst indes ein Versterben wegen Schädigung des Myokardes nicht aus. Gemäss Dr.med. D. _____ weisen die verschiedenen Untersuchungsbefunde aus der Hospitalisation in Pristina darauf hin. So zeige die labor-technische Untersuchung eine erhebliche Erhöhung der Laborparameter, die wegweisend für einen akuten Herzinfarkt seien. Auch das Ergebnis der EKG-Ableitung am Aufnahmetag spreche für eine akute Schädigung des Herzmuskels bei bereits bestehender Hypertrophie des rechten Herzens. Weitere Laborparameter würden für eine erhebliche Beeinträchtigung auch weiterer lebenswichtiger Organe sprechen. Schliesslich zeige auch der CT-Befund des Brustkorbes eine deutliche Dekompensation der Lungenfunktion, die mit der vorbestehenden und akuten Schädigung des Herzmuskels und daraus resultiertem Multiorganversagen einhergehe.

Auch wenn nur eine lückenhafte Dokumentation der letzten Hospitalisation in Pristina vorliegen sollte (bzw. keine weiteren Unterlagen erhältlich waren), so liegen dennoch mehrere labor-technische Untersuchungswerte, EKG-Ableitungen und Befunde bildgebender Diagnostik im Recht. Dass diese medizinischen Unterlagen nicht den Verstorbenen betreffen sollten, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend. Auch macht weder sie noch der Hausarzt geltend, dass die Werte und Befunde durch Dr.med. D. _____ falsch interpretiert worden wären. Mit dessen schlüssigen Beurteilung setzt sich weder der Hausarzt noch die Beschwerdeschrift auseinander. Demgegenüber wird auch im Totenschein als Todesursache ein kardiorespiratorischer Stillstand und Asystolie festgehalten, was im Einklang mit der Aktenbeurteilung von Dr.med. D. _____ steht.

6.3.4 Die von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegte Literatur betreffend Zusammenhang zwischen Querschnittlähmung und Herzproblematik vermag als allgemeine, nicht fallbezogene Aussage die konkrete Beurteilung des individuellen Einzelfalles des Versicherten auch nicht in Zweifel zu ziehen. Wenn in der Beschwerdeschrift namentlich das bei Querschnittgelähmten erhöhte Risiko von Bluthochdruck hervorgehoben wird, so ist dem entgegenzuhalten, dass der in den Verlaufskontrollen erhobene Blutdruck nie zu Bemerkungen Anlass gab, auch nicht anlässlich der letzten Kontrolle am 2. Juli 2020 (Vi-act. 220).

6.3.5 Auch aus den früheren notfallmässigen Hospitalisationen des Versicherten vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Notfallhospitalisation 2007 war durch Rückenbeschwerden sowie insbesondere die Einnahme von unverträglichen Novalgin-Tropfen bedingt (vgl. Vi-act. 67). 2016 stand eine Sepsis bei Pneumokokkenpneumonie im Vordergrund, auch wenn ein Harnwegsinfekt durch E. coli ebenfalls festgestellt wurde. Auch 2018 erfolgte die Notfallhospitalisation bei respiratorischer Dekompensation aufgrund der Pneumokokkenpneumonie beidseits nach 30stündiger Autofahrt; ein Zusammenhang mit den Unfallfolgen wurde damals ausdrücklich und unangefochten verneint (Vi-act. 184).

6.4 Zusammenfassend ist der Aktenbeurteilung von Dr.med. D. _____ voller Beweiswert beizumessen. Er basiert auf den umfassenden, erhältlichen (vgl. oben E. 4) medizinischen Unterlagen, setzt sich mit den medizinischen Befunden nachvollziehbar auseinander und ist in seiner Beurteilung schlüssig. Der Bericht des Hausarztes vermag keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken. Damit aber steht fest, dass der Tod des Versicherten nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ganz oder teilweise auf den Unfall vom 28. Juni 1999 zurückzuführen ist, sondern die Todesursache mit der an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit durch die Schädigung des Myokardes erklärbar ist, und unter dem Gesamtaspekt der internistischen Komorbiditäten zum Multiorganversagen führte und damit nicht unfallkausal ist. Entsprechend hat die Suva einen Anspruch auf Hinterlassenenrente zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet.

7. Es sind keine Kosten zu erheben (Art. 61 lit. ^{fbis} 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 82 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 11. April 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***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: 6. Mai 2024