



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz

lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Ivo Klingler

Gerichtsschreiberin: lic. iur. Claudia Meier

U R T E I L vom 26. August 2022 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

Visana AG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15

Beschwerdeführerin

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

weitere Verfahrensbeteiligte

Erben des A._____, gestorben am B._____

1. C._____

2. D._____

3. E._____, Zustellungsempfängerin: D._____

betreffend

Unfallversicherung

(Leistungen)

S 2020 128

A. Der 1953 geborene A._____ stürzte am 19. August 1999 bei der Arbeit auf den Kopf und zog sich Kopfverletzungen zu (UV-act. I/1). Nach der stationären Rehabilitation verblieben eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Funktionsstörung mit allgemeiner psychomotorischer Verlangsamung. 2001 verschlechterte sich die neuropsychologische Störung, weil der Versicherte die Unfallfolgen aufgrund der unfallbedingt massiv reduzierten geistigen Kapazität nicht verarbeiten konnte (UV-act. I/107). Die Suva erbrachte ihre Leistungen. Unter anderem gewährte sie dem Versicherten eine Invalidenrente und eine Hilflosenentschädigung.

Anfangs 2018 trat beim Versicherten eine Epilepsie auf, welche die Suva gestützt auf eine erste Beurteilung des Kreisarztes als Unfallfolge anerkannte (UV-act. II/95 und II/121 S. 1). Es folgten verschiedene stationäre Behandlungen, Abklärungen und Rehabilitationsaufenthalte. Beim Versicherten setzte ausserdem eine rasch progrediente Vigilanzminderung ein. Im Juni 2019 wurde die Verdachtsdiagnose einer zerebralen Vaskulitis (ZNS-Vaskulitis) unklarer Genese gestellt. Daraufhin verneinte die Suva am 16. Juli 2019 die Kostengutsprache für weitere Leistungen in Zusammenhang mit den Folgen der Vaskulitis (UV-act. II/206). Gestützt auf eine neurologische Beurteilung im Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin, welche zum Schluss kam, dass die ZNS-Vaskulitis eine unfallunabhängige Erkrankung sei, kam der Kreisarzt auf seine frühere Beurteilung zurück und verneinte nun die Unfallkausalität der Epilepsie (UV-act. II/247). Mit Verfügung vom 3. Oktober 2019 lehnte die Suva ihre Leistungen für die Behandlung der Vaskulitis ab. Mit Bezug auf die Epilepsie kam sie auf ihre Zusage zurück und stellte die Versicherungsleistungen per 30. September 2019 ein (UV-act. II/253). Mit der im Wesentlichen selben Begründung lehnte sie am 30. Januar 2020 eine Erhöhung der Hilflosenentschädigung sowie die Erbringung von Pflegeleistungen ab (UV-act. II/287). Mit Einspracheentscheid vom 24. August 2020 bestätigte sie diese beiden Verfügungen (UV-act. II/311).

B. Gegen den Einspracheentscheid vom 24. August 2020 erhob die Visana AG als betroffener Krankenversicherer am 23. September 2020 Beschwerde und ersuchte um dessen Aufhebung (act. 1 S. 2). Im Wesentlichen macht sie gestützt auf die Ausführungen ihres Versicherungsarztes geltend, dass der überwiegend wahrscheinliche Grund der Epilepsie nicht die Verdachtsdiagnose einer ZNS-Vaskulitis sei, sondern der Zustand nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma. Der Suva sei es nicht gelungen aufzuzeigen, dass die seit 2018 bestehenden Beschwerden des Versicherten überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Unfall zurückzuführen seien (act. 1 S. 15).

C. Mit Beschwerdeantwort vom 25. November 2020 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (act. 4 S. 2). Sie stellt sich auf dem Standpunkt, dass es vorliegend nicht um den anspruchsaufhebenden Wegfall der Kausalität, sondern um die leistungsbegründende Kausalität gehe, weshalb der Versicherte die Beweislast trage (act. 4 S. 3). Unter Hinweis auf eine erneute neurologische Beurteilung im Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin hielt sie an der Leistungseinstellung ex nunc et pro futuro fest (act. 4 S. 8).

D. Am 26. November 2020 wurde der Versicherte zum Prozess beigeladen (act. 5). An dessen Stelle äusserte sich seine Ehefrau am 12. Januar 2021 zur Leidensgeschichte ihres Ehemannes und setzte sich für eine Anerkennung der Unfallkausalität der ZNS-Vaskulitis ein (act. 6; vgl. auch act. 9 und 11).

Sowohl die Beschwerdeführerin als auch die Beschwerdegegnerin verzichteten in der Folge auf eine Stellungnahme dazu (act. 12 und 14).

E. Am B. _____ verstarb der Versicherte (act. 16), weshalb das Beschwerdeverfahren zwecks Klärung der Erbfolge und Beteiligung der Erben am Prozess sistiert wurde (act. 17). Sämtliche Erben erklärten, sich am Prozess beteiligen zu wollen (act. 18). Der Prozess wurde am 19. Dezember 2021 wieder aufgenommen (act. 19).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu 24. August 2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

1.2 Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Entsprechend den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 19. August 1999 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.3 Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Art. 82a ATSG sieht vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 23. September 2020 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG in Verbindung mit § 77 Abs. 1 des Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen [Verwaltungsrechtspflegegesetz; VRG; BGS 162.1] sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung [BGS 842.5]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 58 Abs. 1 ATSG – Zuständigkeit am Wohnsitz der versicherten Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung – gegeben, da der Versicherte im Kanton Zug lebte. Der angefochtene Einspracheentscheid datiert vom 24. August 2020 (BF-act. 17) und ist frühestens am Folgetag im Herrschaftsbereich der Beschwerdeführerin eingetroffen. Die Beschwerdeschrift wurde am 23. September 2020 der Post übergeben und ging am darauffolgenden Tag beim Verwaltungsgericht ein. Damit ist die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt. Die Beschwerdeführerin ist vom angefochtenen Entscheid

direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen verständlichen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Die Unfallversicherung hat auch für Schäden einzustehen, die durch Krankenpflegemassnahmen (Heilbehandlung) im Anschluss an versicherte Unfälle herbeigeführt werden, ohne dass diese behandlungsbedingte Schadensverursachung den Unfallbegriff, den Tatbestand des haftpflichtrechtlichen Kunstfehlers oder der strafrechtlich relevanten Körperschädigung erfüllen müsste (Art. 6 Abs. 3 UVG; vgl. dazu BGE 118 V 286 E. 3b).

3.2 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person unter anderem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt allerdings voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1; 129 V 402 E. 4.3.1; 119 V 335 E. 1; 118 V 286 E. 1b).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhanges

genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1; 129 V 177 E. 3.1).

3.3 Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung (und allenfalls Taggeld) anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor (BGE 130 V 380 E. 2.3.1) oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und leistungs begründendem Gesundheitsschaden habe gar nie bestanden oder sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (nicht publ. E. 3 des Urteils BGE 146 V 51; BGer 8C_786/2021 vom 11. Februar 2022 E. 2 mit Hinweisen).

4.

4.1 Aufgrund der medizinischen Aktenlage steht fest und ist unter den Parteien unbestritten, dass bei dem infolge des Unfalls vom 19. August 1999 bereits sehr eingeschränkte Versicherten 2018 eine Epilepsie aufgetreten war (vgl. Sprechstundenbericht des Spitals F. _____ vom 15. Januar 2018; UV-act. II/69). Der klinische Zustand verschlechterte sich in der Folge zunehmend, was am B. _____ zum Tod des Versicherten führte.

4.2 Umstritten bleibt hingegen die Ursache der Epilepsie sowie der daraufhin progredienten Vigilanzminderung und insbesondere das Vorliegen eines allfälligen Kausalzusammenhanges zu den schweren Kopfverletzungen beim Unfall vom 19. August 1999.

4.2.1 Im Spital G. _____, Klinik für Neurochirurgie, wurde zunächst eine Shunt-dysfunktion ausgeschlossen (vgl. Ambulatoriumsberichte vom 23. Januar 2018 [UV-act. II/67] und 30. April 2018 [UV-act. II/89]).

4.2.2 Aufgrund der bildgebend erhobenen multiplen Veränderungen des Hirnparenchyms ging der Kreisarzt Dr. med. H. _____, Facharzt für Chirurgie, in seiner Stellungnahme vom 17. August 2018 davon aus, dass die Epilepsie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 19. August 1999 zurückzuführen sei (Hirnparenchym: Nervenzellgewebe im Gehirn; UV-act. II/95).

4.2.3 Am 12. Dezember 2018 stürzte der Versicherte während eines epileptischen Anfalles und zog sich ein erneutes Schädel-Hirn-Trauma mit intrazerebraler Blutung zu. Zunächst notfallmässig ins Spital F. _____ eingewiesen, wurde er am darauffolgenden Tag ins Spital I. _____ zur Akutbehandlung verlegt. Am 21. Dezember 2018 erfolgte die Rückverlegung ins Spital F. _____ zur weiteren Behandlung (vgl. Austrittsbericht des Spitals I. _____, Klinik für Neurologie, vom 21. Dezember 2018 [UV-act. II/108]).

Nachdem der Versicherte am 3. Januar 2019 zur neurologischen Rehabilitation in die Klinik J. _____ gewechselt hatte (vgl. Austrittsbericht des Spitals F. _____, Medizinische Klinik, vom 4. Januar 2019 [UV-act. II/194]), musste er am darauffolgenden Tag wegen eines erneuten epileptischen Anfalles im Spital F. _____ hospitalisiert werden. Am 10. Januar 2019 kehrte er zurück in die Klinik J. _____, um die Neurorehabilitation weiter zu führen (vgl. Austrittsbericht der Klinik J. _____ vom 14. Januar 2019 [UV-act. II/114]).

Infolge eines erneuten epileptischen Anfalls musste der Versicherte aber bereits am 17. Januar 2019 wieder notfallmässig ins Spital F. _____ und am darauffolgenden Tag bei fortbestehendem epileptischem Zustand ins Spital I. _____ verlegt werden. Laut Austrittsbericht des Spitals I. _____, Klinik für Neurologie, vom 28. Januar 2019 gingen die Spitalärzte aufgrund der Symptomatik von einem protrahierten postiktalen Geschehen auf dem Boden der vorbestehenden posttraumatischen Defizite und von einem protrahierten epileptischen Anfallsereignis aus (UV-act. II/129).

4.2.4 Am 28. Januar 2019 wurde der Versicherte abermals in die Klinik J. _____ zurückverlegt. Auch diese Hospitalisation musste infolge eines therapieresistenten epileptischen Anfalls abgebrochen werden. Im Austrittsbericht vom 13. Februar 2019 gaben die Klinikärzte an, es bleibe unklar, warum knapp 20 Jahre nach Schädel-Hirn-Trauma nun sich eine Epilepsie entwickelt habe, deren Häufigkeit zunehme und kaum coupierbar sei. Es gäbe aus der Anamnese Hinweise für häufigen Kopfschmerz, sonst aber inklusive eingestelltem Diabetes keinen Trigger (UV-act. II/123).

4.2.5 In der Folge war der Versicherte vom 13. Februar bis 15. März 2019 im Spital F. _____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 18. März 2019 schlossen sich die behandelnden Ärzte der bereits im Spital I. _____ geäusserten Beurteilung eines protrahierten postiktalen Geschehens auf dem Boden eines vorbestehenden

posttraumatischen Defizites mit aktuell protrahiertem epileptischem Anfall an (UV-act. II/136).

4.2.6 Während einer Hospitalisation in der Klinik K. _____ zur Abklärung der seit Februar 2019 aufgetretenen, deutlichen Vigilanzminderung wurde die Frage nach einer Phenobarbital- bzw. medikamenteninduzierten Enzephalopathie aufgeworfen (Phenobarbital: Medikament zur Epilepsiebehandlung). Im Austrittsbericht vom 23. Mai 2019 wurde dies mit Veränderungen am Elektroenzephalogramm (EEG) im Rahmen der ausgeprägten vorbestehenden Hirnfunktionsstörung trotz normwertigem Medikamentenspiegel begründet. Die Ursache der rezidivierenden Epilepsieanfälle und der persistierenden Vigilanzminderung blieb allerdings offen. Da der erste epileptische Anfall erst 2018, viele Jahre nach dem Schädel-Hirn-Trauma aufgetreten sei, sollten weitere entzündliche/paraneoplastische ZNS-Erkrankungen ausgeschlossen werden (paraneoplastisch: im Zusammenhang mit einer Tumorerkrankung auftretend; UV-act. II/172).

4.2.7 Aufgrund einer akuten gastrointestinalen Blutung wurde der Versicherte am 16. Mai 2019 von der Klinik K. _____ notfallmässig ins Spital G. _____ verlegt. Weitere Abklärungen während dieser Hospitalisation führten zur Verdachtsdiagnose einer sekundären ZNS-Vaskulitis als Ursache für die progrediente Vigilanzminderung. Deren Genese blieb allerdings unklar. Die Vigilanzminderung wurde zum Teil einer Phenobarbital-Enzephalopathie zugeordnet, welche laut den berichtenden Ärzten durch die wiederholten epileptischen Zustände bei vorgeschädigtem Hirnparenchym aggraviert wird. Unklar blieb auch die Ursache der Epilepsie, die differenzialdiagnostisch im Rahmen der ZNS-Vaskulitis angesehen wurde, allenfalls verschlimmert durch das 1999 erlittene Schädel-Hirn-Trauma. Aufgrund des Abstandes von 20 Jahren zwischen Schädel-Hirn-Trauma und Epilepsie wurde dies allerdings als eher unwahrscheinlich beurteilt. Eine cerebrale Magnetresonanztomografie (MRI) zeigte multiple strukturelle cerebrale Veränderungen wie diffuse Mikroblutungen, kleine ischämische Läsionen, Parenchymdefekte und ausgeprägte Marklagergliose, welche nach Meinung der berichtenden Spitalärzte nur zum Teil posttraumatisch bedingt sind (Marklagergliose: Vermehrung von Gliazellen, welche das Stützgewebe des Nervensystems bilden, im Marklager des Gehirns). Während die Anamnese an einer limbischen Enzephalitis denken lasse, passe der bildgebende Befund eher zu einer ZNS-Vaskulitis. Dabei erscheine eine paraneoplastische Genese als wenig wahrscheinlich. Ätiologisch sei am ehesten von einer sekundären ZNS-Vaskulitis mit begleitender aseptischer Meningitis auszugehen,

möglicherweise trotz negativem Labor aus dem rheumatoiden Formenkreis. Hierfür spreche die klinische und bildgebende Besserung nach Gabe von Kortison mit Regredienz der meningealen Kontrastmittelanreicherung (vgl. Austrittsbericht vom 19. Juni 2019 [UV-act. II/197]; ferner Austrittsbericht vom 1. Juli 2019 [UV-act. II/198]). Nach einer weiteren Hospitalisation wurde die ZNS-Vaskulitis im Austrittsbericht vom 20. August 2019 nunmehr als definitive Diagnose aufgeführt (UV-act. II/246).

4.2.8 In einer ersten neurologischen Beurteilung vom 3. September 2019 kam Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie am Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin, zum Schluss, dass eine vom 1999 erlittenen Trauma unabhängige ZNS-Vaskulitis vorliege. Es fänden sich keine naheliegenden Differentialdiagnosen für diesen Befund und die beschriebene Zustandsverschlechterung. Eindeutige Liquor- und Laborbefunde für eine Vaskulitis hätten sich nicht ergeben, allerdings seien in den MRI vom 20. Mai 2019 und vom 7. Juni 2019 frische kleine ischämische Marklagerläsionen (Schlaganfälle) nachweisbar gewesen, auf denen die Diagnose einer unfallunabhängigen Gefässerkrankung beruhe (UV-act. II/242 S. 11).

Bei einer ZNS-Vaskulitis handle es sich um eine entzündliche Erkrankung der Hirngefässe. Es werde ein Befall der grossen, schädelbasisnahen Arterien von einem Befall der mittelgrossen und der kleinen Arterien unterschieden. Die Gefässentzündung führe zu Durchblutungsstörungen im Versorgungsgebiet der befallenen Gefässe, was im MRI dokumentiert werden könne. Klinisch könnten sich die Durchblutungsstörungen als Schlaganfälle äussern, aber auch als eher unspezifische psychoorganische Veränderungen. Nicht selten seien sie mit epileptischen Anfällen vergesellschaftet. Beim Versicherten sprächen die kleinen, nur wenige Millimeter messenden, überwiegend subkortikalen Infarzierungen für das Vorliegen einer Vaskulitis der kleinen Gefässe. Als Ursache hierfür sei in erster Linie eine Autoimmunerkrankung anzunehmen, nach der beim Versicherten allerdings bislang vergeblich gesucht worden sei. Das wenn auch geringe Ansprechen auf eine Kortisonbehandlung spreche jedoch für eine Autoimmungenese. Differentialdiagnostisch sei angesichts der ebenfalls kernspintomographisch nachgewiesenen Mikroblutungen an das Vorliegen einer Amyloidangiopathie zu denken. Dagegen gesprochen habe das Fehlen einer Progredienz der Einblutungen im Verlauf und die Lokalisation der Blutungen, sodass diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit diffuse axonale Scherverletzungen durch das Schädel-Hirn-Trauma vom 19. August 1999 darstellten. Angesichts der seit vielen Jahren bekannten, schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie liege zusätzlich eine arteriosklerotische Enzephalopathie im Rahmen einer

zerebralen Mikroangiopathie vor. Dafür sprächen bereits 2010 beschriebene Marklager-Veränderungen in Computertomographien des Schädels (vgl. dazu Berichte des Zentrums M. _____ vom 27. April 2010 [UV-act. II/13], des Spitals G. _____, Klinik für Neurochirurgie, vom 20. Mai 2010 [UV-act. II/15] sowie vom 24. August 2010 [UV-act. II/31]). Mit einer zerebralen Mikroangiopathie seien in der Regel aber keine epileptischen Anfälle und keine so rasche Krankheitsprogredienz vergesellschaftet (UV-act. II/242 S. 11 f.).

Dieser Beurteilung schloss sich der Kreisarzt Dr. H. _____ in seiner Stellungnahme vom 9. September 2019 an (UV-act. II/247).

4.2.9 Der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. N. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm am 14. Februar 2020 zur Aktenlage Stellung. Dabei führte er aus, die Kausalitätsbeurteilung der Beschwerdegegnerin stütze sich auf die Verdachtsdiagnose einer Vaskulitis, welche wie die Epilepsie als Spätfolge der traumatischen Hirnschädigung überwiegend wahrscheinlich zu betrachten sei (BF-act. 13).

4.2.10 Dr. L. _____ hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2020 fest, dass die im Jahr 2018 mit epileptischen Anfällen beginnende Erkrankung unzweifelhaft zu einer Zäsur im Befinden des Versicherten geführt habe, welche durch die Unfallfolgen nicht mehr habe erklärt werden können. Die unfallunabhängige Erkrankung der ZNS-Vaskulitis stehe als Ursache für das aktuelle Krankheitsgeschehen ganz im Vordergrund. Da therapeutische Bereiche so definiert seien, dass eine medikamentöse Wirksamkeit mit möglichst wenig Risiko unerwünschter Begleitwirkungen erreicht werde, erscheine das Vorliegen einer medikamenteninduzierten Enzephalopathie bei normalen Wirkspiegeln nicht naheliegend (UV-act. II/310 S. 1 f.). Das Vorliegen einer ZNS-Vaskulitis könne letztlich nur durch eine Hirnbiopsie bewiesen werden. Diese werde aufgrund des damit verbundenen Eingriffsrisikos nur in absoluten Ausnahmefällen durchgeführt. Eine diesbezügliche Labordiagnostik könne, wie im vorliegenden Fall, negativ verlaufen. Die Diagnose müsse sich dann auf die bildgebenden Befunde stützen. Vom Spital G. _____ sei der bildgebende Verlauf als Beleg für das Vorliegen der Diagnose gesehen worden, nachdem andere Ursachen für die Schlaganfälle hätten ausgeschlossen werden können (UV-act. II/310 S. 3).

4.2.11 In einer Stellungnahme vom 17. September 2020 äusserte Dr. N._____ erneut die Überzeugung, dass die erheblichen zerebralen Schäden nach dem Schädel-Hirn-Trauma für die Epilepsie verantwortlich seien. Dies begründete er damit, dass eine Epilepsie im Alter selten auftrete und die Verdachtsdiagnose einer ZNS-Vaskulitis nicht ausreichend gesichert sei. Ausserdem wiesen epileptische Spätanfälle nach schweren Schädel-Hirn-Traumata mit penetrierenden Hirnverletzungen und allen Formen kortikaler Einblutung, wenn auch nur zahlenmässig in ca. 10–15 % der Fälle, eine hohe Inzidenz auf (BF-act. 18 S. 1). Die Tatsache, dass epileptische Anfälle nach einem Schädel-Hirn-Trauma auch spät danach lebenslang noch auftreten könnten, sei in der medizinischen Literatur bekannt und hier ohne gesicherte andere Ätiologie die überwiegend wahrscheinliche Ursache dieses Leidens (BF-act. 18 S. 5).

4.2.12 Schliesslich äusserte sich der Neurologe Dr. L._____ nochmals zum medizinischen Sachverhalt. In seiner Stellungnahme vom 19. November 2020 führte er aus, Dr. N._____ habe nicht erklärt, warum der Versicherte über rund 20 Jahre nach seinem schweren Schädelhirntrauma anfallsfrei geblieben und dann an einer medikamentös nicht suffizient behandelbaren, schwer verlaufenden Epilepsie mit häufigen Anfällen und sich mehrfach wiederholenden Status epileptici erkrankt sei. Aus der untypischen, unerklärlichen Entwicklung einer schweren, therapieresistenten Epilepsie habe sich die Frage einer unfallunabhängigen Erkrankung stellen müssen (BG-act. 1 S. 1 f.). Die Beschreibung des Krankheitsbildes der ZNS-Vaskulitis decke sich in weiten Teilen mit dem klinischen Verlauf des Versicherten. Dies sei auch der Grund gewesen, warum das Spital G._____ in seinem Bericht vom 20. August 2019 (E. 4.2.7) nicht mehr von einer Verdachtsdiagnose spreche, sondern von einer "ZNS-Vaskulitis bislang unklarer Genese" und die indizierte medikamentöse Kombinationsbehandlung mit Kortison und Cyclophosphamid begonnen habe. Eine so eingreifende immunsuppressive Therapie wäre nicht ohne ausreichende diagnostische Sicherheit über das vorliegende Krankheitsbild zum Einsatz gekommen (BG-act. 1 S. 2). Dr. N._____ nehme weder den klinischen noch den kernspintomographischen Befundverlauf, der die Diagnose ZNS-Vaskulitis stütze, zur Kenntnis. Der MRI-Befund erkläre jedoch sowohl die neu aufgetretene Epilepsie als auch die fortschreitende hirnorganische Zustandsverschlechterung (BG-act. 1 S. 3).

5.

5.1 Die wiedergegebenen medizinischen Akten liefern einen Einblick in die eindrückliche Leidensgeschichte des Versicherten. Deutlich ersichtlich sind das plötzliche

Auftreten der Epilepsie mit immer häufigeren und längeren Anfällen begleitet durch eine rasch progrediente Vigilanzminderung, die zu einem vegetativen Zustand und schlussendlich zum Tod führte.

5.2 Anfänglich erklärten sowohl die behandelnden Ärzte als auch der Kreisarzt die Epilepsie mit den beim Unfall erlittenen Hirnverletzungen (vgl. E. 4.2.2–5). Dieser Erklärungsansatz war angesichts der Vorgeschichte und nach Ausschluss einer Shunt-Dysfunktion (vgl. E. 4.2.1) naheliegend, vermochte die behandelnden Ärzte angesichts der knapp 20-jährigen Latenz allerdings nicht restlos zu überzeugen (vgl. E. 4.2.4). Aus demselben Grund wurde auch eine mögliche Mitbeteiligung des 1999 erlittenen Schädel-Hirn-Traumas im Sinne einer Verstärkung der epileptischen Anfälle als eher unwahrscheinlich verworfen (vgl. E. 4.2.7).

In der Folge wurden erste differenzialdiagnostische Überlegungen angestellt. So wurde eine Phenobarbital- bzw. medikamenteninduzierte Enzephalopathie postuliert, die allerdings mit dem normwertigen Medikamentenspiegel unvereinbar war und weder die Ursache der Epilepsie noch das Persistieren der Vigilanzminderung zu erklären vermochte (vgl. E. 4.2.6 und 4.2.10; ferner E. 4.2.7). Eine limbische Enzephalitis kam lediglich aufgrund der Anamnese in Frage und ein Tumor wurde als wenig wahrscheinlich verworfen (vgl. E. 4.2.7).

Trotz unzähligen fachärztlichen Abklärungen unter Einbezug von differenzialdiagnostischen Überlegungen konnte der Grund für die Epilepsie und die fortschreitende Vigilanzminderung nicht restlos geklärt werden. Aufgrund der bildgebenden Befunde, des Krankheitsverlaufs und des Ansprechens auf Kortison scheint eine ZNS-Vaskulitis die Zustandsverschlechterung des Versicherten aus Sicht der involvierten Neurologen am besten begründen zu können. Diese Erkrankung vermag sowohl die Vigilanzminderung als auch die epileptischen Anfälle zu erklären. Das Fehlen entsprechender Laborbefunde relativiert jedoch die Diagnose (vgl. E. 4.2.7–8 und 4.2.10). Laut Dr. L. _____ wäre eine Bestätigung der Vaskulitis nur mit einer Hirnbiopsie möglich gewesen (vgl. E. 4.2.10). Davon wurde zu Lebzeiten des Versicherten aus naheliegenden Gründen Abstand genommen. Auch nach dessen Tod wurde diese Untersuchung unterlassen (vgl. act. 23), was eine abschliessende Bestätigung bzw. einen Ausschluss der ZNS-Vaskulitis nunmehr verunmöglicht. Daraus erwächst jedoch weder der Beschwerdeführerin noch den am Verfahren beteiligten Erbinnen des Versicherten ein Schaden, denn weder eine Bestätigung noch ein Ausschluss der ZNS-Vaskulitis könnte für

sich allein Aufschluss über eine (Mit-)Beteiligung des 1999 erlittenen Schädel-Hirn-Traumas an der 2018 eingetretenen Zustandsverschlechterung geben (vgl. dazu auch nachfolgende E. 5.2).

5.3 Zur Ursache der ZNS-Vaskulitis lassen sich aufgrund der vorliegenden Befunde lediglich Vermutungen anstellen. Bei den gemäss Dr. L. _____ in Frage kommenden Ursachen (eine Autoimmunerkrankung, eine Amyloidangiopathie oder eine arteriosklerotische Enzephalopathie im Rahmen einer zerebralen Mikroangiopathie als Folge der schwer einstellbaren arteriellen Hypertonie; vgl. E. 4.2.8) handelt es sich ausschliesslich um Erkrankungen ohne kausalen Zusammenhang zum 1999 erlittenen Schädel-Hirn-Trauma.

5.4 Zusammenfassend lässt sich eine klare traumatische Genese der 2018 eingetretenen Verschlechterung weder unmittelbar für die Epilepsie und die Vigilanzminderung, noch für die – beide Symptome wahrscheinlich verursachende – ZNS-Vaskulitis erstellen. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt rechtsprechungsgemäss nicht (vgl. E. 3.2). Ein natürlicher Kausalzusammenhang ist somit nicht erstellt.

Daran vermögen auch die zwei Stellungnahmen von Dr. N. _____ nichts zu ändern (vgl. E. 4.2.9 und 4.2.11). Gemäss Medizinalberuferegister verfügt Dr. N. _____ neben dem Titel eines Vertrauensarztes SGV über den in der Schweiz anerkannten Facharzttitel Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Seine apodiktisch anmutenden Ausführungen zu neurologischen Fragestellungen vermögen daher, obwohl auf Fachliteratur abgestützt, die von den involvierten Neurologen geäusserten Unsicherheiten mit Bezug auf die Gründe der 2018 aufgetretenen Verschlechterung nicht zu beseitigen. Insbesondere kann ihm nicht gefolgt werden, wenn er aus dem Fehlen einer gesicherten anderen Ätiologie für die epileptischen Anfällen auf eine traumatische Ursache schliesst (vgl. E. 4.2.11). Vielmehr stellt sich hier die Frage der Beweislastverteilung (vgl. dazu nachfolgend E. 5.5).

5.5 Aufgrund des im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) ist es zwar Aufgabe der Beschwerdegegnerin die Ätiologie der 2018 eingetretenen Verschlechterung abzuklären und zu befinden, ob eine Unfallkausalität mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Lässt sich dieser Beweis trotz umfassenden Abklärungen nicht erbringen, hat nach der allgemeinen Regel

der Beweislastverteilung diejenige Partei die Folgen zu tragen, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 261 E. 3b). Demzufolge kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wenn sie geltend macht, dass es Aufgabe der Beschwerdegegnerin gewesen wäre, aufzuzeigen, dass die ab 2018 bestandenen Beschwerden des Versicherten überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Unfall zurückzuführen seien (act. 1 S. 15). Vielmehr hat sie (und indirekt der Versicherte bzw. nunmehr seine Erbinnen) als beweisbelastete Partei die Folgen der unbewiesenen gebliebenen natürlichen Kausalität zu tragen.

6.

6.1 Da es dem Unfallversicherer unbenommen ist, die Leistungen unter Verzicht auf eine Rückforderung rückwirkend einzustellen, wenn sich nachträglich herausstellt, dass der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und leistungs begründendem Gesundheitsschaden nie bestanden hat (vgl. E. 3.3), ist der angefochtene Einspracheentscheid insoweit nicht zu beanstanden, als darin die am 3. Oktober 2019 unter Hinweis auf die unfallfremde Vaskulitis verfügte Einstellung der Leistungen für die Epilepsie bestätigt wurde (UV-act. II/311 S. 8).

6.2 Lässt sich die im Jahre 2018 eingetretene Verschlechterung nicht auf den 1999 erlittenen Unfall zurückzuführen, kann sie auch nicht zu einer Erhöhung der Hilflosenentschädigung oder zur Erbringung von Pflegeleistungen durch den Unfallversicherer führen. Demzufolge ist der angefochtene Einspracheentscheid auch mit Bezug auf die Bestätigung der Verfügung vom 30. Januar 2020 (vgl. UV-act. II/311 S. 8) nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

7. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG). Eine Parteientschädigung ist bei diesem Verfahrensausgang nicht zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG im Umkehrschluss).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Parteien (je unter Beilage einer Kopie von act. 23), an C._____, an D._____, an E._____ (je mit ausführlicher Rechtsmittelbelehrung) sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 26. August 2022

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am