

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2024/23 vom 24. März 2025

Sg Versicherungsgericht, 2025-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_UV_2024_23

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2024/23 du 24 mars 2025

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2024/23 del 24 marzo 2025

Regeste

Art. 28 UVG: Aufgrund der vorliegenden Aktenlage lässt sich nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststellen, dass die unfallbedingten Beeinträchtigungen eine Ursache des Todes des Versicherten dargestellt haben. Es liegen keine von der schlüssigen Aktenbeurteilung des versicherungsmedizinischen Dienstes der Beschwerdegegnerin abweichenden medizinischen Beurteilungen bei den Akten. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. März 2025, UV 2024/23).

Erwägungen

E. 1

Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin auf eine Hinterlassenenrente (Witwenrente).

E. 2

UV 2024/23 3/11

E. 2.1

Stirbt eine versicherte Person an den Folgen eines versicherten Unfalls, so hat – unter anderem – der überlebende Ehegatte grundsätzlich Anspruch auf eine Hinterlassenenrente (Art. 28 f. des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Der Anspruch auf eine Hinterlassenenrente setzt somit voraus, dass der Tod der versicherten Person natürlich kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängt (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; Urteil des Bundesgerichts vom 20. Mai 2019, 8C_437/2018, E. 2.1; BGE 129 V 181 E. 3; ANDRÉ NABOLD, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 5. Aufl. 2024, S. 56 ff.). 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. Nicht erforderlich ist, dass der Unfall die alleinige oder die unmittelbare Ursache des Todesfalls ist; es genügt, dass das Unfallereignis zusammen mit anderen Bedingungen zu dieser Folge geführt hat, der Unfall mit anderen Worten als Teilursache nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene Folge entfiel (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 337 f. E. 1 und 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Im Weiteren setzt die Leistungspflicht des Unfallversicherers voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolgs zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen

Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2 und 125 V 461 f. E. 5a). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 123 III 110, 112). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers jedoch praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1 und 127 V 103 E. 5b/bb).

E. 2.2

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Danach haben die urteilenden 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 zur erlässigen Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die UV 2024/23 4/11

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 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Auch den Berichten beratender Ärzte und Ärztinnen von Versicherungen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen (BGE 135 V 470 f. E. 4.4 und 4.6; bestätigt etwa im Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3).

E. 2.3

Der im Sozialversicherungsprozess herrschende Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Beweislosigkeit ist erst anzunehmen, 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 117 V 264 E. 3b und 138 V 222 E. 6; ANDRÉ NABOLD, a.a.O., S. 3 f. und 58).

E. 3.1

Zu prüfen gilt es, ob der vom Versicherten am 29. Januar 1980 erlittene und von der Beschwerdegegnerin anerkannte Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (zum

Beweismass siehe BGE 138 V 221 E. 6 und Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2017, 8C_128/2017, E. 2; vgl. ferner soeben E. 2.3) eine natürlich kausale (Teil-)Ursache des am 6. Januar 2023 eingetretenen Todes des Versicherten darstellt.

E. 3.2

Augenscheinlich hat weder der Unfall vom 29. Januar 1980 noch die dabei erlittene Verletzung am OSG unmittelbar zum Tod des Versicherten geführt. Nachdem der Unfallversicherer aber auch für indirekte bzw. mittelbare Unfallfolgen einzustehen hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2008, 8C_444/2008, E. 5; vgl. auch oben E. 2.1), bleibt zu prüfen, ob aufgrund der medizinischen Aktenlage rechtsgenügend erstellt ist, dass der postoperativ stattgehabte Wundinfekt respektive dessen Folgen mittelbar das Ableben des Versicherten verursacht haben (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Mai 2018, UV 2016/27, E. 3.1), wie dies von der Beschwerdeführerin vorgebracht wird.

E. 3.3

Die Beschwerdeführerin stellt sich – wie gesagt – auf den Standpunkt, dass der Versicherte postoperativ unter einem Wundinfekt mit septischen Temperaturen gelitten habe. Die Sepsis habe zu einer Herzinnenhautentzündung geführt, welche eine Schädigung der Herzklappen nach sich gezogen UV 2024/23 5/11

habe. Dadurch sei es zur Aortenklappenstenose und zur Trikuspidalinsuffizienz gekommen, welche die Todesursachen darstellten. Sie stützt ihre Ansicht auf einen Bericht der Medizinischen Abklärungsstelle der Invalidenversicherung (MEDAS) vom 5. Juli 1982 (Suva-act. 41-11 ff.), von Dr. G.____ vom 3. September 1980 (Suva-act. 1-123 ff.), einen Befund von Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Kardiologie, Spital D.____, vom 14. Juni 2022 (Suva-act. 47 -6) sowie diverse medizinische Literaturhinweise (act. G1 und G5 inkl. Beilagen). Auch weist sie darauf hin, dass der Versicherte bis zum 27. März 1980 während rund acht Wochen täglich 3000 mg Floxapen einnehmen müssen. Dieses Medikament werde bei Staphylokokken-Endocarditis (Herzinnenhautentzündung) und bei Staphylokokken-Sepsis (Blutvergiftung) in dieser Dosis verabreicht (act. G9 und 9.1).

E. 3.4

Hinsichtlich der Todesursache ist gestützt auf die Epikrise des Spitals D.____ vom 10. Januar 2023 (Suva-act. 37-15 ff.) sowie das Schreiben von Dr. E.____ vom 27. März 2023 (Suva-act. 41) davon auszugehen, dass diese – wie auch von der Beschwerdeführerin angenommen (vgl. soeben E. 3.2 f.) – im Herzleiden des Beschwerdeführers zu finden ist. Nach dem vorstehend in E. 3.2 Gesagten gilt es anhand der medizinischen Aktenlage zu prüfen, ob das todesursächliche Herzleiden überwiegend wahrscheinlich auf den postoperativen Wundinfekt oder dessen Folgen zurückzuführen ist. Die medizinische Aktenlage stellt sich hinsichtlich dieses Infekts folgendermassen dar:

E. 3.4.1

Der Zusammenfassung der Krankengeschichte des Spitals D.____ ist als Nebenbefund nach der am 30. Januar 1980 vorgenommenen Bandnaht ein Wundinfekt mit Staphylokokken zu entnehmen. Am vierten postoperativen Tag sei die Temperatur plötzlich schlagartig bis über 39 Grad angestiegen und der Versicherte habe starke Schmerzen im Bereich der Operationswunde verspürt. Ein Verbandwechsel habe einen beginnenden Wundinfekt

gezeigt. Am siebten postoperativen Tag sei der Versicherte wieder in fieberfreiem Zustand gewesen, die regelmässigen klinischen Kontrollen hätten keine Anhaltspunkte für einen Durchbruch des Infektes in das OSG gezeigt. Es hätten auch nie Anhaltspunkte für eine Osteomyelitis oder eine artikuläre Infektion mit Zerstörung der Gelenkfläche bestanden (Suva-act. 1-165 i.V.m. -170). Laut ärztlichen Feststellungen des Spitals D.____ vom 19. Februar 1980 wurde der Wundinfekt mittels Betadine-Spülungen und Antibiotika behandelt (Suva-act. 1-181).

E. 3.4.2

Anlässlich einer kreisärztlichen Untersuchung vom 21. April 1980 wurde festgestellt, wegen eines Staphylokokken-Infektes im Operationsbereich sei der postoperative Verlauf verzögert worden. Es habe eine antibiotische Behandlung durchgeführt werden müssen (Suva-act. 1-160; vgl. auch den Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 9. Juni 1980 mit demselben Wortlaut in Suva-act. 1-145).

E. 3.4.3

Einem Bericht der I.____ vom 22. Juli 1980 ist der Hinweis auf einen postoperativen Infekt zu entnehmen (Suva-act. 1-137). UV 2024/23 6/11

E. 3.4.4

Dr. med. G.____, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie, notierte im Rahmen einer konsiliarischen orthopädischen Untersuchung am 3. September 1980, nach der im Spital D.____ vorgenommenen Bandnaht sei es zu einem Wundinfekt gekommen, mit septischen Temperaturen (Suva-act. 1-123).

E. 3.4.5

Bei einer kreisärztlichen Untersuchung vom 3. Oktober 1980 wurde festgehalten, „durch postoperativen Infekt kompl. Bandnaht lateral am rechten Sprunggelenk mit entsprechend verzögerter Heilungsphase.“ Es würden die Angaben des Hausarztes über die Entwicklung der BSR (Blutsenkungsreaktion) fehlen. Anlässlich der Untersuchung fanden sich klinisch keine Hinweise für einen Restinfekt (Suva-act. 1-122). Selbiges konnte bei der nächsten kreisärztlichen Untersuchung vom 18. November 1980 festgestellt werden. Es wurde nochmals auf eine Infektion im Operationsbereich hingewiesen (Suva-act. 1-115).

E. 3.4.6

Gemäss Bericht des Nachbehandlungszentrums J.____ vom 27. Februar 1981 kam es im postoperativen Verlauf nach der im Spital D.____ durchgeführten Bandnaht zu einer Wundinfektion mit Staphylokokken (Suva-act. 1-96).

E. 3.4.7

Einem Gutachten des ärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin vom 20. Mai 1981 ist zu entnehmen, dass der postoperative Heilungsverlauf nach Bandnaht durch einen Wundinfekt verkompliziert worden sei. Es habe eine Antibiotikatherapie stattgefunden (Suva-act. 1-72).

E. 3.4.8

Im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Schlussbeurteilung notierte die MEDAS am 5. Juli 1982, die Akten der Beschwerdegegnerin würden einen sekundären lokalen und allgemeinen Infekt (septisches Fieber) bestätigen (Suva-act. 2-15). Der Schlussfolgerung ist zu entnehmen, dass die operative Bandversorgung zu einem lokalen Infekt mit Sepsis

geführt habe (Suva-act. 2-17).

E. 3.4.9

Mit Schreiben vom 29. März 1983 äusserte sich das Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen gegenüber dem Bezirksamt K.____ zu einem Schadenersatzbegehren des Versicherten gegen das Kantonale Spital D.____ bzw. den Kanton St. Gallen, wobei es sich in medizinischer Hinsicht auf die Krankengeschichte des Spitals D.____ sowie eine Stellungnahme von Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie, Klinik für Chirurgie am Kantonalen Spital D.____, stützte. Es kam zum Schluss, dass von einer eigentlichen Sepsis aufgrund des Temperaturverlaufes auf keinen Fall gesprochen werden könne, allerhöchstens von einem kurzdauernden septischen Schub am vierten postoperativen Tag (Suva-act. 37-9 ff.).

E. 3.4.10

Einem Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 27. Juni 2022 ist unter anderem zu entnehmen, dass eine am 14. Juni 2022 durchgeführte transthorakale Echokardiographie (TTE) eine schwer sklerosierte und teils verkalkte Aortenklappe mit beginnend schwerer Stenose ergab (Suva-act. 47-6). UV 2024/23 7/11

E. 4.1

Die Akten – und damit auch die in E. 3.4 dargelegten Dokumente – hat die Beschwerdegegnerin der Versicherungsmedizinerin Dr. F.____ vorgelegt mit der Frage, ob der Tod des Versicherten mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 29. Januar 1980 oder dessen Folgen zurückzuführen sei (Suva-act. 50).

E. 4.1.1

Aus der Beurteilung von Dr. F.____ vom 26. April 2023 geht nachvollziehbar hervor, weshalb sie keinen überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen der Todesursache und dem Ereignis vom 29. Januar 1980 hat feststellen können. Sie erklärte, ein septisches Ereignis habe zu keinem Zeitpunkt stattgefunden, da eine lebensbedrohliche Organ dysfunktion nicht dokumentiert sei. Die Temperaturverläufe würden gegen ein septisches Geschehen sprechen. Der Versicherte habe nur an einem Tag höheres Fieber (über 39 Grad) gehabt. Der zeitliche Verlauf lasse an ein physiologisches, postoperatives Fieber denken. Bei der nach der Fussoperation aufgetretenen Komplikation handle es sich um einen oberflächlichen Wundinfekt mit Bakterien. Zu keinem Zeitpunkt habe eine Osteomyelitis nachgewiesen werden können (Suva -act. 51 -4). Der oberflächliche Wundinfekt sei zeitnah und resistenzgerecht mit Antibiotika über ca. drei Monate behandelt worden. Es habe zudem eine chirurgische Wundspreizung stattgefunden. Unter der langandauernden und ohne Unterbruch stattfindenden Antibiotikatherapie sei es praktisch unmöglich, dass sich Keime auf Herzklappen einnisteten und später Klappenerkrankungen auslösten. Gemäss Bericht der Kardiologie des Spitals D.____ vom 27. Januar 2022 (vgl. Suva -act. 41 -6) habe der Versicherte sowohl unter einer hypertensiven, einer rhythmogenen wie auch einer valvulären Herzkrankheit mit schwerster Trikuspidalinsuffizienz und einer sich über den Verlauf von Jahren von mässig bis schwergradig entwickelnden Aortenklappenstenose gelitten. Der Versicherte sei also erheblich kardial vorbelastet gewesen – sowohl durch Veränderungen am Herzen, die bluthochdruckbedingt seien, wie auch von Seiten des Herzrhythmus und der Herzklappen. Als Todesursache werde eine biventrikuläre, rechtsführende Dekompensation ausgewiesen, von Seiten Behandler werde diese am ehesten im Rahmen eines Vorhofseptumdefektes mit

konsekutivem links-rechts Shunt interpretiert. Ein solcher müsse als „kongenitale Fehlbildung“ (aufgrund einer Erbanlage bei der Geburt vorhanden) des Herzens angesehen werden. Die Echokardiographie vom 27. Januar 2022 zeige diesbezüglich positive Anzeichen mit Nachweis eines links-rechts Shunt auf Vorhofsebene mit zwei Jets. Hierdurch wäre die Mehr-Volumenbelastung des rechten Herzens und konsekutive Dilatation der Trikuspidalklappe erklärt. Weitere mögliche Ursachen seien jahrelanger Bluthochdruck, wie hier vorliegend, oder eine koronare Herzkrankheit (eine abschliessende Koronarangiographie sei nie durchgeführt worden). In seltenen Fällen seien es Herzmuskelerkrankungen/ -entzündungen oder auch Stoffwechselerkrankungen wie zum Beispiel eine langjährige Zuckererkrankung, welche im vorliegenden Fall diagnostisch nicht UV 2024/23 8/11

aufgeführt werde, jedoch vorgelegen haben könnte, zumal dem Austrittsbericht vom 23. Juni 2022 unter der Medikationsliste das Medikament Forxiga als Antidiabetikum zu entnehmen sei (Suva-act. 51-5).

E. 4.1.2

Dr. F.____ hat sich mit der medizinischen Aktenlage auseinandergesetzt und ihre Aktenbeurteilung steht in Einklang mit derselben. Ihre Ausführungen sind nachvollziehbar und schlüssig und weisen keinerlei Widersprüche auf. Folglich ist grundsätzlich gestützt auf diese Beurteilung davon auszugehen, dass es beim Versicherten im Nachgang zur Operation vom 30. Januar 1980 zu einem Wundinfekt, jedoch nicht zu einer Sepsis oder zu einer Herzinnenhautentzündung kam und die Todesursache nicht in einem kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 29. Januar 1980 und dessen Folge steht. Zu prüfen gilt es im Folgenden, ob die Eingaben der Beschwerdeführerin oder die übrigen Akten Zweifel an dieser Einschätzung von Dr. F.____ aufwerfen.

E. 4.2.1

Die von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegte Literatur betreffend Zusammenhang zwischen Herzproblematik und durch Bakterien verursachte Sepsis resp. Herzinnenhautentzündung vermag als allgemeine, nicht fallbezogene Aussage die konkrete Beurteilung des individuellen Einzelfalles des Versicherten nicht in Zweifel zu ziehen. Dass es durch eine Sepsis zu einer Herzinnenhautentzündung und dadurch zu Veränderungen am Herzen kommen kann, vermag die Beschwerdeführerin durch diese Literatur darzutun und dies stellt auch niemand in Frage. Dr. F.____ führt jedoch in Übereinstimmung mit der mehrheitlichen echtzeitlichen medizinischen Aktenlage aus (vgl. vorstehende E. 3.4.1 bis 3.4.10, zu den von der Beschwerdeführerin angeführten abweichenden Einschätzungen der MEDAS und von Dr. G.____ vgl. nachfolgende E. 4.2.2), wieso beim Versicherten nicht vom Vorliegen einer Sepsis und/oder einer Herzinnenhautentzündung auszugehen ist (vgl. vorstehende E. 4.1.1). Diese beiden von der Beschwerdeführerin als gegeben erachteten Diagnosen sind denn auch der Krankengeschichte des behandelnden Spitals D.____ nicht zu entnehmen (vgl. vorstehende E. 3.4.1). Und das Gesundheitsdepartement St. Gallen kam im Übrigen in Würdigung der medizinischen Aktenlage ebenfalls zum Schluss, dass keine Sepsis vorgelegen habe (Suva -act. 37-11). Diese Umstände sprechen gewichtig gegen das Vorliegen einer der beiden Gesundheitsschädigungen beim Versicherten im Februar/März 1980.

E. 4.2.2

Dass Dr. G.____ am 3. September 1980 von septischen Temperaturen sprach (Suva-act. 1-123), kann entgegen der Beschwerdeführerin nicht mit der Diagnose einer Sepsis gleichgesetzt werden. Dass der Versicherte an einem Tag unter höherem Fieber litt, räumt auch Dr. F.____ ein (vgl. vorstehende E. 4.1.1). Auch der Umstand, dass die MEDAS am 5. Juli 1982 no tierte, die operative Bandversorgung habe zu einem lokalen Infekt mit Sepsis geführt, vermag nicht überwiegend wahrscheinlich das Vorliegen einer Sepsis zu belegen (vgl. Vorbringen in act. G1 Ziff. 1). Bei diesem Bericht handelt es sich um eine arbeitsmedizinische Schlussbeurteilung, für welche die Frage der zwischenzeitlich UV 2024/23 9/11

ausgeheilten postoperativen Komplikation keinerlei Relevanz zeitigte. Der Versicherte hatte den berichtenden Ärzten über eine schwere Infektion mit lebensgefährlicher Sepsis sowie eine allgemeine schwerste Sepsis berichtet (Suva-act. 2-11). Dass die berichtenden Ärzte daraufhin aktenwidrig von einem lokalen Infekt mit Sepsis ausgingen (Suva-act. 2-12), dürfte hiervon beeinflusst worden sein. Jedenfalls kann nicht davon ausgegangen werden, dass diesen Ärzten andere Umstände bekannt waren als den behandelnden Ärzten, welche diese Diagnose nicht stellten.

E. 4.2.3

Auch das von der Beschwerdeführerin erwähnte Antibiotikum Floxapen (vgl. act. G9.1), welches der Versicherte im Februar und März 1980 einnehmen musste, belegt die von der Beschwerdeführerin vertretene Theorie der Sepsis oder Herzinnenhautentzündung nicht. Vielmehr wird dieses Antibiotikum laut dem von der Beschwerdeführerin eingereichten Literaturhinweis auch in dieser Dosis bei Hautinfekten verschrieben. Angesichts der vom behandelnden Spital D.____ gestellten Diagnose eines lokalen Wundinfektes erscheint dieser als Grund für die Verschreibung dieses Medikamentes als am wahrscheinlichsten.

E. 4.2.4

Des Weiteren vermag nicht zu überzeugen, was die Beschwerdeführerin aus dem Röntgen resp. TTE vom 14. Juni 2022 ableitet. Es ist unstrittig, dass dabei die von der Beschwerdeführerin zitierten Befunde erhoben wurden. Der Grund für die Veränderungen am Herzen wird jedoch von Dr. H.____ mit keinem Wort erwähnt. Dass dieser Grund Bakterien gewesen sein sollen, führt einzig die Beschwerdeführerin an, was offensichtlich keine Zweifel an der fundierten ärztlichen Beurteilung von Dr. F.____ zu erwecken vermag.

E. 4.2.5

Insgesamt ist darauf hinzuweisen, dass keiner der von der Beschwerdeführerin zitierten resp. erwähnten Ärzte einen Zusammenhang zwischen dem Unfall resp. den in dessen Folge aufgetretenen postoperativen Komplikationen und dem Tod des Versicherten hergestellt hat. Unstrittig sind sich alle medizinischen Fachpersonen einig, dass der Tod des Versicherten auf dessen kardiale Gesundheitsschädigung zurückzuführen war. Diese Ansicht wird aber auch von Dr. F.____ geteilt, sagte jedoch nichts über den Zusammenhang zwischen den Unfallfolgen und dem Tod aus. Vielmehr kommt Dr. F.____ – wie gesagt – nach nachvollziehbarer Würdigung der Aktenlage zum Schluss, dass die kardiale Problematik des Versicherten angeboren und folglich nicht den Unfallfolgen anzulasten sei. Wie erwähnt liegt keine von dieser Einschätzung abweichende medizinische Beurteilung bei den Akten. Es liegt nicht einmal eine medizinische Beurteilung bei den Akten, welche auch nur eine Vermutung eines Zusammenhangs zwischen den postoperativen Komplikationen und dem Tod des Versicherten äussern würde, womit keine

Zweifel an Dr. F.____s Beurteilung aufkommen. Vielmehr weist auch die Hausärztin des Versicherten darauf hin, dass dieser anlässlich der Untersuchung durch die MEDAS vom 12./13. Juli 1982 erklärt habe, unter keinen kardialen Problemen zu leiden. Dem entsprechenden Bericht ist sogar zu entnehmen, dass der Versicherte eine Allgemeinuntersuchung als völlig überflüssig erachtet, da er sich abgesehen vom Unfallschaden am rechten Bein völlig gesund fühle (Suva-act. 41- UV 2024/23 10/11

1, -13 und -15). Hierin sind offensichtlich keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Herzinnenhautentzündung während der postoperativen Hospitalisation zu finden.

E. 4.3

Dr. F.____ erklärt denn auch überzeugend und nachvollziehbar, dass angesichts der sofort eingeleiteten und ununterbrochen stattfindenden antibiotischen Therapie eine Einnistung von Keimen auf Herzklappen praktisch unmöglich sei (Suva-act. 51-5). Insgesamt muss festgehalten werden, dass die Vermutung der Beschwerdeführerin in den Akten keine reelle Stütze findet und schon gar nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht. Der Akteneurteilung von Dr. F.____ ist nach dem Gesagten voller Beweiswert beizumessen. Damit aber steht fest, dass aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die im Nachgang zum versicherten Unfall aufgetretenen Komplikationen zumindest eine Teilursache des am 6. Januar 2023 eingetretenen Todes des Versicherten dargestellt haben. Entsprechend hat die Suva einen Anspruch auf Hinterlassenenrente zu Recht abgelehnt.

E. 5.1

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. Februar 2024 abzuweisen.

E. 5.2

Gerichtskosten sind mangels entsprechender spezialgesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (Art. 61 lit. fbis ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. UV 2024/23 11/11

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.