

SO_GERICHTE VSBES.2019.248 vom 4. November 2020

SO Obergericht, 2020-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.248_d20201104

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.248 du 4 novembre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.248 del 4 novembre 2020

Regeste

Unfallversicherung / Hinterlassenenleistungen

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte B.____, geb. 1940, war als Arbeitnehmer der [...] AG bei der Suva (fortan: Beschwerdegegnerin) gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert, als er am 9. Mai 1989 auf sein rechtes Knie stürzte (s. Unfallmeldung UVG vom 16. Mai 1989, Akten der Beschwerdegegnerin / Suva-Nr. 1 S. 47). Seither litt er an Schmerzen, weswegen ihm die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 8. April 1994 ab 1. Januar 1994 bei einem Invaliditätsgrad von 70 % eine Rente zusprach (Suva-Nr. 4 S. 15). Der Versicherte verstarb am 1. August 2018 während eines Spitalaufenthalts an einer Pneumonie (Suva-Nr. 36 S. 16).

1.2 Nachdem sich die Ehefrau des Versicherten, A.____ (fortan: Beschwerdeführerin), am 2. August 2018 nach einer Witwenrente erkundigt hatte (Suva-Nr. 12), verfügte die Beschwerdegegnerin am 23. Mai 2019, dass der Tod des Versicherten nicht auf einen Unfall zurückzuführen sei und die Beschwerdeführerin deshalb keinen Anspruch auf Hinterlassenenleistungen habe (Suva-Nr. 27). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 17. Juni 2019 Einsprache erheben (Suva-Nr. 28 f.), welche die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 13. September 2019 abwies (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG).

2.2 Stirbt der Versicherte an den Folgen des Unfalles, so hat der überlebende Ehegatte Anspruch auf eine Hinterlassenenrente (Art. 28 UVG). Voraussetzung ist u.a. ein ■ mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellter ■ natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Tod (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112), wobei die Adäquanz bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen wie im vorliegenden Fall als rechtliche Eingrenzung der Haftung des Unfallversicherers, welche sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergibt, praktisch keine Rolle spielt (a.a.O.). Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität genügt eine Teilursächlichkeit (a.a.O., E. 9.5 S. 125), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt. 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) entfällt (Urteil des Bundesgerichts 8C_437/2018 vom 20. Mai 2019 E. 2.1). Ob der Tod unmittelbar oder erst Jahre nach dem versicherten Ereignis eintritt, ist dabei

unerheblich (Ackermann, a.a.O., Art. 28 N 10). Ist der Tod jedoch nur teilweise die Folge des Unfalls, sind Invalidenrenten, Integritätsentschädigungen und Hinterlassenenrenten angemessen zu kürzen (Art. 36 Abs. 2 UVG).

2.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b / ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

E. 3

3.1 Nachdem der Versicherte am 9. Mai 1989 auf sein rechtes Knie gestürzt war, suchte er am 14. Mai 1989 wegen zunehmender Schmerzen seinen damaligen Hausarzt Dr. med. C.____ auf. Dieser diagnostizierte im Arzteugnis UVG vom 19. Mai 1989 (Suva-Nr. 1 S. 46) eine Kontusion des rechten Knies. Die Patella weise eine oberflächliche Abschürfung mit intensiv geröteter Umgebung auf. Das rechte Knie sei massiv geschwollen und überwärmt. Radiologisch zeige sich eine schwere Gonarthrose. Die behandelnden Ärzte sprachen in der Folge von einer durch die Kontusion aktivierten resp. traumatisierten vorbestehenden Gonarthrose, ausserdem von einer Arthritis urica rechts sowie einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus (s. etwa Dr. med. C.____, 23. Juni und 8. September 1989, Suva-Nr. 1 S. 39 + 42 / Dr. med. D.____, 3. Juli 1989, Nr. 1 S. 41 / Kantonsspital E.____).

E. 3.2

3.2.1 Der Versicherte trat am 2. Juni 2018 in das Kantonsspital G.____ in [...] ein, weil er nach einem Sturz unter Schmerzen im linken Kniegelenk litt. Ausserdem hatte sich sein Allgemeinzustand in den letzten zwei Monaten zunehmend verschlechtert. Am 21. Juni 2018 wurde er zur Rehabilitation in das Kantonsspital E.____ verlegt (Suva-Nr. 36 S. 1 ff.), wo es wieder zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustands kam (Suva-Nr. 36 S. 8 ff. + 12 ff.). Der Versicherte wurde deshalb am 16. Juli 2018 zurück ins Kantonsspital G.____ gebracht, wo sich sein Zustand weiter verschlimmerte. Am 1. August 2018 verstarb er im Spital nach rezidivierenden Aspirationen an einer Pneumonie. Der Bericht des Kantonsspitals G.____ vom 6. August 2018 enthielt im Wesentlichen folgende Diagnosen (Suva-Nr. 36 S. 16 f.):

Eine Autopsie des Versicherten unterblieb auf Wunsch seiner Angehörigen (Suva-Nr. 36 S. 19).

3.2.2 Dr. med. H.____, Leitender Arzt am Kantonsspital G.____, hielt im Bericht vom 16. August 2018 (Suva-Nr. 15) fest, der Versicherte sei an einer Aspirationspneumonie verstorben. Er habe seit vielen Jahren an einer schweren Niereninsuffizienz multifaktorieller Ursache gelitten. Die Insuffizienz sei gemäss Nierenbiopsie vom 22. Januar 2010 hauptsächlich durch eine Nephrokalzinose bei Pankreasinsuffizienz verursacht worden. Zusätzlich habe eine mässige Arteriosklerose vorgelegen. Anamnestisch habe vom Unfall im Mai 1989 bis 2010 ein massiver Gebrauch von NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) bei Schmerzen des linken Knies bestanden, der wahrscheinlich auch die Progredienz der Niereninsuffizienz ungünstig beeinflusst habe. Insgesamt sei die Niereninsuffizienz sicher mitverantwortlich für das rasche Voranschreiten der zerebrovaskulären Erkrankung, die letztendlich auf Grund der Schluckstörungen zu der Pneumonie geführt habe, an der der Versicherte verstorben sei.

3.2.3 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, verneinte in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Suva-Nr. 35 S. 23 f.) einen Zusammenhang mit dem Ereignis von 1989. Der Versicherte sei an den Folgen einer Aspirationspneumonie verstorben, d.h. er habe sich verschluckt und der Fremdkörper habe in der Lunge eine Entzündung verursacht, was letztlich zum Tode geführt habe. Ein Zusammenhang zwischen Knieschmerzen und Aspirationspneumonie sei medizinisch nicht gegeben.

3.2.4 Pract. med. J.____, Facharzt für Allg. Innere Medizin FMH und Hausarzt des Versicherten, führte im Bericht vom 30. Januar 2019 (Suva-Nr. 29 S. 5) aus, als unmittelbare Todesursache werde eine Aspirationspneumonie angegeben. Der Versicherte habe jedoch schon seit Jahren an einer fortschreitenden und zuletzt hochgradigen Niereninsuffizienz gelitten, welche immer wieder zu Lungenödemem geführt habe. Solche könnten unstrittig die Entstehung einer Pneumonie begünstigen bzw. deren Verlauf erschweren. Die Niereninsuffizienz sei zu einem grossen Teil durch eine langjährige NSAR-Einnahme infolge eines Unfalls im Jahr 1989 mitverursacht worden. Ohne Unfall wäre es nicht zu der Niereninsuffizienz gekommen bzw. sie wäre bei Weitem nicht so stark ausgeprägt gewesen. In diesem Fall wäre die Wahrscheinlichkeit, eine durch Aspiration verursachte Pneumonie zu überleben, ungleich höher gewesen. Der Unfall von 1989 sei daher mit ursächlich dafür, dass die Aspirationspneumonie 2018 nicht überlebt worden sei.

Die Anfrage der Beschwerdeführerin (Suva-Nr. 23 S. 3) beantwortete pract. med. J.____ mit Schreiben vom 13. Februar 2019 (Suva-Nr. 23 S. 4) wie folgt: Der Unfall von 1989 sei mit dem Beweisgrad der Sicherheit eine Teilursache für den eingetretenen Tod gewesen. Dieser Unfall stehe am Beginn der Ursachenkette. Die Hospitalisierung im Sommer 2018 sei auch noch wegen immobilisierender Schmerzen mit Entzündung im verunfallten Knie erfolgt. Die vom Spital als letztliche Todesursache benannte Aspirationspneumonie sei erst einige Zeit nach der Spitaleinweisung entstanden. Einen genauen Anteilsgrad des Unfalls im Verhältnis zu allen Todesursachen könne man hier sicherlich nicht angeben. Zur finalen Todesursache der Aspirationspneumonie wäre es aber ohne die Knieschmerzen, welche Folge des Unfalls gewesen seien, nie gekommen. Ebenso wäre die schwere Niereninsuffizienz, die als Begleitkomplikation das Ableben des Versicherten begünstigt habe, niemals bzw. nie in dieser Schwere entstanden, wenn nicht infolge des Unfalls eine jahrzehntelange Einnahme von Schmerzmitteln und Entzündungshemmern notwendig gewesen wäre. Somit sei der Unfall aus seiner Sicht mindestens zur Hälfte gegenüber den anderen Todesursachen zu gewichten, wenn nicht stärker.

3.2.5 In einer weiteren Stellungnahme vom 26. April 2019 (Suva-Nr. 26) bekräftigte der Kreisarzt Dr. med. I.____, dass der Todesfall vom 1. August 2018 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. Mai 1989 stehe, sondern ausschliesslich auf krankheitsbedingte Faktoren zurückgehe. Der Versicherte habe erwiesenermassen unter einer Niereninsuffizienz auf Grund einer histologisch gesicherten Nephrokalzinose, verursacht bei Pankreasinsuffizienz, gelitten. Eine Nephrokalzinose werde nicht durch die Einnahme von NSAR hervorgerufen. Ausserdem habe unabhängig vom Schmerzmittelgebrauch eine mässige Arteriosklerose bestanden, welche ebenfalls förderlich für eine Minderung der Nierenfunktion gewesen sei. NSAR-Medikamente könnten zwar auch die Nierenfunktion beeinträchtigen, ob dies hier jedoch der Fall gewesen sei, sei höchst spekulativ und in Anbetracht der gesicherten Diagnosen bestenfalls möglich. Dr. med. H.____ gebe an, dass der Versicherte bis 2010 bei Schmerzen im linken Knie massiv NSAR verwendet habe. Dies möge angesichts der krankheitsbedingten Veränderungen am linken Knie zutreffen. Das Unfallereignis von 1989 habe allerdings das rechte Knie betroffen. Sämtliche behandelnden Ärzte hätten zeitnah zum damaligen Ereignis eine «traumatisierte massive Gonarthrose» diagnostiziert (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Dies bedeute, dass ein vorbestehender, erheblicher abnutzungsbedingter Zustand für einen gewissen Zeitraum in ein schmerzhaftes Stadium versetzt worden sei. Im Juni 1989, also sehr nah zum Ereignis vom Mai 1989, sei eine Arthroskopie durchgeführt worden. Dabei hätten keinerlei Unfallfolgen festgestellt werden können, wohl aber erhebliche abnutzungsbedingte und krankhafte Veränderungen. Überall im Kniegelenk seien kalkspitzenartige Stippchen, im Sinne einer (krankhaften) Kalzinose, sowie massive Osteophyten, als Schutzreaktion des Gelenkes bei erheblichen Abnutzungen, beschrieben worden. Retrospektiv sei festzustellen, dass mit Sicherheit keine strukturellen unfallkausalen Läsionen nachgewiesen worden seien. Aus medizinischer Sicht seien ohne solche Läsionen allerspätestens vier bis sechs Monate nach dem Ereignis auch bei vorgeschädigtem Kniegelenk keine Unfallfolgen mehr gegeben. Auch unter diesem Gesichtspunkt lasse sich naturwissenschaftlich in keiner Weise erklären, wie das Ableben des Versicherten durch eine Aspirationspneumonie mit einer Prellung des Kniegelenkes knapp 30 Jahre zuvor in Zusammenhang stehen solle.

3.2.6 Pract. med. J.____ erklärte im Bericht vom 9. Oktober 2019 (Suva-Nr. 36 S. 6 f.), der Versicherte sei am 2. Juni 2019 wegen beidseitiger Knieschmerzen zur stationären Behandlung ins Kantonsspital G.____ aufgenommen worden. Rechts rührten diese Schmerzen von einem Sturz einige Tage zuvor her, links sei eine Kristallarthropathie festgestellt worden. Beide Knie seien früher bereits verunfallt gewesen (das linke Knie offenbar im Jahr 1971, s. Suva-Nr. 2 S. 33); infolgedessen habe auch eine Gangunsicherheit bestanden, welche den genannten Sturz stark begünstigt habe. Im Spital sei die vorbestehende schwere Niereninsuffizienz dekompensiert. Nach einem Wechsel des Harnblasenkatheters am 12. Juni 2018 sei es zu einem schweren, erst am 26. Juni 2018 entdeckten Harnwegsinfekt gekommen. Durch diesen massiven Infekt habe sich bis Mitte Juli 2018 auch noch ein Delir entwickelt. Zur selben Zeit sei eine abklingende Nierengewebsentzündung festgestellt worden. Wegen der fortschreitenden Verschlechterung des Gesamtzustandes habe man den Versicherten am 16. Juli 2018 zurück ins Kantonsspital G.____ verlegt. Zu diesem Zeitpunkt habe kein auffälliger Untersuchungsbefund der Lunge vorgelegen. Am 20. Juli 2018 sei schliesslich eine Lungenentzündung diagnostiziert worden. Als Ursache habe man eine Aspiration von Nahrung bei berichteten Schluckstörungen vermutet. Die erneut im Urin entdeckten

Pseudomonas-Keime seien als Dauerbesiedlung bei einem langjährigen suprapubischen Katheter interpretiert worden. Ausserdem habe man eine erneute Verschlechterung der Nierenfunktion festgestellt. Wenige Tage später sei der Versicherte verstorben. Zusammenfassend hätten die beidseitigen Kniebeschwerden zur ersten Hospitalisation im Kantonsspital G.____ und anschliessend zur Rehabilitation im Kantonsspital E.____ geführt. Nach einem dortigen Cystofix-Wechsel sei es zu einem Harnwegsinfekt mit Verschlechterung der Nierenfunktion und einer Nierenentzündung gekommen, beides durch jahrelange Medikamenteneinnahme infolge eines Knie-Unfalls von 1989 vorgeschädigt. Infolgedessen sei ein deliranter Zustand entstanden, welcher mit Haldol und Quetiapin zu hoch dosiert behandelt worden sei, was wiederum eine Verschlechterung der Nierenfunktion begünstigt habe. Nach einer Rückverlegung ins Kantonsspital G.____ habe der Versicherte, begünstigt durch zunehmende Wassereinlagerung in den Lungen, zusätzlich noch eine Lungenentzündung entwickelt, welche schliesslich todesursächlich gewesen sei. Somit bestehe eine vollständige Kausalkette von den Knieschmerzen und der Nierenvorschädigung u.a. wegen langjähriger Schmerzmitteleinnahme bis zum Exitus letalis infolge Lungenentzündung.

3.3 Die Beschwerdegegnerin holte eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung ihres Kompetenzzentrums für Versicherungsmedizin ein, welche am 5. November 2019 erging (A.S. 29 ff.):

3.3.1 Med. pract. K.____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, führte aus, der Versicherte habe fünf Tage nach dem Sturz am 9. Mai 1989 seinen damaligen Hausarzt Dr. med. C.____ aufgesucht. Dieser nenne als Befund auch eine massive Schwellung, Rötung und Überwärmung des Knies. Solche klassischen Entzündungszeichen fänden in der vermuteten Aktivierung der vorbestehenden schweren Pan-Gonarthrose mit Betonung einer Retropatellararthrose keine ausreichende Erklärung (A.S. 38). Die bildgebenden Zeichen einer schweren Pan-Gonarthrose seien bereits im radiologischen Bericht von Dr. med. L.____ vom 9. Juni 1989 beschrieben worden (s. Suva-Nr. 1 S. 43; s.a. Bericht vom 4. August 1989, Nr. 1 S. 40). Eine fortgeschrittene Gonarthrose entstehe indes über viele Jahre und nicht innerhalb eines Monats, d.h. die schwere Pan-Gonarthrose stelle mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Vorzustand dar (A.S. 39).

Bereits im Bericht zur ersten Operation am rechten Kniegelenk, der Arthroskopie vom 3. Juli 1989, werde eine Arthritis urica / Gicht diagnostiziert (s. Suva-Nr. 1 S. 41). Passend dazu beschreibe der Operateur Dr. med. D.____ kalkspritzerartige weissliche Beläge in allen Abschnitten des Gelenks zusammen mit einer synovialen Hypertrophie. Zu einer Gicht gehöre typischerweise, wie hier dokumentiert, eine entzündliche Veränderung mit Rötung, Schwellung und Überwärmung des Gelenks. Bei der Gicht handle es sich um eine Stoffwechselerkrankung mit einer Störung der Harnsäureausscheidung über die Nieren und / oder einem zu hohen Aufkommen an Harnsäure im Organismus. Die Harnsäure könne in der Gelenkflüssigkeit kristalline Form annehmen und zu schweren Gelenkdestruktionen führen. Die Gicht sei mit Sicherheit keine Unfallfolge. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Entzündung des rechten Kniegelenks des Versicherten zumindest zu einem überwiegenden Anteil Folge der Gicht sei. Spätestens mit der Operation vom 3. Juli 1989 entfalle eine Aktivierung der vorbestehenden Gonarthrose als Grund für die fortbestehenden Kniegelenkbeschwerden. Eine sachgerechte Therapie der Gicht sei in den Akten nicht belegt. Auch im Bericht zur Operation vom 25. Juni 1990 (s. Suva-Nr. 1 S. 7), betreffend die schwere Retropatellararthrose und die Spondylophyten, welche die

Kniegelenksfunktion mechanisch behindert hätten («Streckdefizit bei Gonarthrose»), würden noch Zeichen einer Gicht («Kalkspritzer» im Gelenk) beschrieben. Im Rahmen der Diagnostik der Kniebeschwerden links, die zur stationären Aufnahme am 2. Juni 2018 ins Kantonsspital G. ___ geführt hätten, sei erneut eine Gicht mit Gelenkbeteiligung (Nachweis von Harnsäurekristallen im linken Gelenkpunktat) erwähnt worden (s. Suva-Nr. 36 S. 7). Das spreche dagegen, dass die chronische und systemische Krankheit Gicht zuvor adäquat behandelt worden sei. Neben den Harnsäurekristallen seien auch Pyrophosphat-Kristalle im Punktat des Kniegelenksergusses links nachgewiesen worden, welche eine sog. Pseudo-Gicht mit den nahezu gleichen Symptomen wie bei einer Gicht auslösen könnten. Bestätigung finde die Diagnose zudem im radiologischen Nachweis einer Chondrocalcinose. Ein Zusammenhang der Gicht mit dem bereits zum Zeitpunkt des Unfalls bestehenden insulinpflichtigen Diabetes mellitus sei wahrscheinlich, denn Ketoazidosen führten zu einem Anstieg der Harnsäurekonzentration im Blut. Eine chronische Gicht bewirke eine fortschreitende Zerstörung gelenknaher Knochenanteile und im Verlauf eine Deformierung der Gelenke. Weiter könne die chronische Gicht über die Bildung von Harnsäuresteinen auch zu Nierenschäden führen (A.S. 39).

Die Verordnung von NSAR werde erstmals im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 22. November 1990 als Bedarfsmedikation mit Ponstan erwähnt (s. Suva-Nr. 2 S. 33). Eine regelmässige Medikation mit NSAR zufolge des Unfalls vom 9. Mai 1989 werde damit nicht dokumentiert. Eine Bedarfsmedikation lasse auch nicht an eine Überdosierung der Medikamente mit der Folge von Organschäden denken. Der Bericht der Rehabilitationsklinik F. ___ vom 25. Januar 1991 (s. Suva-Nr. 2 S. 26 ff.) nenne als Medikament lediglich Insulin zur Therapie des Diabetes mellitus, aber keine analgetische Medikation. Eine NSAR-Therapie von unfallkausalen Beschwerden in einer organschädigenden Dosierung sei nicht dokumentiert. Die Aussage des Hausarztes pract. med. J. ___ vom 30. Januar 2019 (s. E. II. 3.2.4 hiervor), dass die Niereninsuffizienz zu einem grossen Teil durch die langjährige NSAR-Einnahme infolge des Unfalls aus dem Jahr 1989 mitverursacht worden sei, entbehre damit ihrer Grundlage. Die Einnahme von Ponstan in höherer Dosierung (drei bis vier Tabletten täglich) werde erstmals im kreisärztlichen Bericht vom 17. Juni 1993 erwähnt (s. Suva-Nr. 3 S. 2). Zu diesem Zeitpunkt hätten Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr gespielt, worin dem Kreisarzt Dr. med. I. ___ beizupflichten sei (s. E. II. 3.2.5 hiervor). Dieser argumentiere nachvollziehbar, dass im Rahmen der Arthroskopie vom 3. Juli 1989 keine strukturellen unfallkausalen Läsionen mehr nachgewiesen worden seien. Auch seine Aussage, dass spätestens vier bis sechs Monate nach dem Ereignis vom

E. 3.2.1

hiervor), womit ein Einfluss der Niereninsuffizienz auf die tödliche Pneumonie entfällt. Auch aus den Hausarztberichten lässt sich nicht ableiten, dass während der Hospitalisation ein Lungenödem auftrat. Pract. med. J. ___ hielt vielmehr im Bericht vom 30. Januar 2019 fest (Suva-Nr. 29 S. 5, Hervorhebung nicht im Originaltext): «Der [Versicherte] hatte jedoch schon seit Jahren an einer [] Niereninsuffizienz gelitten, welche immer wieder zu Lungenödemen geführt hatte». Aus dieser Formulierung muss geschlossen werden, dass pract. med. J. ___ von Lungenödem vor der Hospitalisation ab Juni 2018 spricht, welche sich nicht mit der tödlichen Pneumonie ab Juli 2018 in Verbindung bringen lassen.

3.4.2.4 Die Beschwerdeführerin beruft sich weiter auf Dr. med. H. ___, wonach die Niereninsuffizienz mitursächlich für das Voranschreiten der zerebrovaskulären Erkrankung

sei, die wiederum zu Schluckstörungen und damit zur tödlichen Aspirationspneumonie geführt habe. Dr. med. H. ___ behauptet zwar einen solchen Zusammenhang (E. II. 3.2.2 hiervor), begründet ihn aber nicht näher und vermag daher nicht zu überzeugen. Die Suva-Ärzte sehen den 2009 erlittenen Schlaganfall vielmehr vor dem Hintergrund des vorbestehenden Diabetes mellitus und der Arteriosklerose (A.S. 42 + 45), also eindeutig unfallfremden Faktoren. Im Übrigen ist die Niereninsuffizienz erstmals 2010 belegt worden, also nach dem Schlaganfall im Jahr 2009.

3.4.2.5 Pract. med. J. ___ erwähnt in seinem Bericht vom 9. Oktober 2019 schliesslich noch eine Gangunsicherheit, welche auch auf die Verletzung am rechten Knie zurückgehe und den Sturz mitverursacht habe, der kurz darauf zum Spitaleintritt am 2. Juni 2018 geführt habe (E. II.

E. 3.2.6

hiervor). Dem ist zu entgegnen, dass die Beschwerden am rechten Knie im Jahr 2018 längst nicht mehr unfallkausal waren (s. E. II. 3.4.2.1 hiervor), eine allfällige Gangunsicherheit also von vornherein nicht mit dem Unfall von 1989 in Verbindung gebracht werden kann.

3.5 Zusammenfassend ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 9. Mai 1989 und dem Tod des Versicherten am 1. August 2018 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, weshalb die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf Hinterlassenenleistungen besitzt. Die Beschwerde stellt sich daher als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

4. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

5. Im Beschwerdeverfahren der Unfallversicherung sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Haldemann

E. 3.4

3.4.1 Der angefochtene Einspracheentscheid stützte sich auf die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. I. ___ vom 26. April 2019 (E. II. 3.2.5 hiervor). In der Beschwerde wurde zutreffend kritisiert, dass sich diese Stellungnahme nur mit dem Bericht von Dr. med. H. ___ befasste, nicht aber mit den Berichten von pract. med. J. ___, welche dem Kreisarzt nicht vorlagen. Diese Lücke wurde nun aber geschlossen, indem die Beschwerdegegnerin während des Beschwerdeverfahrens eine polydisziplinäre Beurteilung des eigenen Kompetenzzentrums für Versicherungsmedizin einholte. Dies ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin zulässig. Der Sozialversicherungsträger hat nämlich die Möglichkeit, seinen angefochtenen Einspracheentscheid bis zur Stellungnahme gegenüber dem Sozialversicherungsrichter in Wiedererwägung zu ziehen (Art. 53 Abs. 3 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). In diesem Rahmen sind ergänzende Abklärungen des Versicherungsträgers während des hängigen Beschwerdeverfahrens nicht schlechterdings ausgeschlossen. Da die Beschwerdeführerin ihrer Beschwerdeschrift Arztberichte beilegte, welche die Beschwerdegegnerin noch nicht kannte, kann es der Beschwerdegegnerin nicht verwehrt werden, zusammen mit der Beschwerdeantwort eine neue Beurteilung durch ihre versicherungsinternen Ärzte einzureichen (s. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C_151/2019 vom 20. August 2019 E. 7.2 und 8C_67/2017 vom 14. Juni 2017 E. 5.6). Hinzu kommt, dass das Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin zwar eine umfassende interdisziplinäre Stellungnahme abgab, es sich dabei aber um eine reine Aktenbeurteilung handelte. Da diese innerhalb der ordentlichen, nicht erstreckten Frist zur Beschwerdeantwort erging, führte sie zu keiner zeitlichen Verzögerung des Verfahrens. Somit erweist sich die Einholung einer weiteren versicherungsinternen Beurteilung während des Beschwerdeverfahrens auch in dieser Hinsicht als statthaft (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_793/2018 vom 7. Mai 2019 E. 3.3.1).

3.4.2 Die interdisziplinäre Beurteilung durch das Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin vom 5. November 2019 basiert auf den medizinischen Unterlagen, welche über den Versicherten zur Verfügung stehen. Da dieser nicht mehr lebt, kann selbstredend keine persönliche Untersuchung, sondern nur noch eine reine Aktenbeurteilung erfolgen.

Die Beschwerdeführerin erachtet die fragliche Beurteilung vom 5. November 2019 als nicht verlässlich. In der Tat sind den Suva-Ärzten bei der Sachverhaltsfeststellung ein paar Ungenauigkeiten unterlaufen. Namentlich gehen sie davon aus, dass die regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln erst seit Juni 1993 dokumentiert sei (A.S. 40). Dies trifft indes nicht zu. Der Versicherte erklärte nämlich am 3. Juni 1992 gegenüber der Beschwerdegegnerin, wegen der Knieschmerzen nehme er täglich drei bis vier Ponstan (Suva-Nr. 3 S. 26), so dass durchaus von einer höheren Dosierung gesprochen werden kann (vgl. dazu med. pract. K. ___, A.S. 40). In eine ähnliche Richtung geht die Aussage des Versicherten vom 14. Januar 1993 gegenüber dem Kreisarzt, wonach Ponstan am besten helfe und er daneben bei Bedarf Brufen und Optifen nehme (Suva-Nr. 3 S. 15). Weiter verwiesen die Suva-Ärzte auf den Nikotinkonsum des Versicherten (A.S. 43), obwohl dieser offenbar Nichtraucher gewesen war (s. Auskunft von Dr. med. C. ___ vom 4. Dezember 1992, Suva-Nr. 3 S. 17). All dies berührt aber nicht den wesentlichen Inhalt der Beurteilung vom 5. November 2019 und besitzt daher nicht genügend Gewicht, um wenigstens geringe Zweifel daran zu erwecken. Die fragliche Beurteilung geniesst vielmehr vollen Beweiswert. Sie stammt von Fachärzten der einschlägigen Disziplinen, welche zu

einem übereinstimmenden Schluss gelangten, beruht auf einer umfassenden und sorgfältigen Würdigung der Vorakten einschliesslich der radiologischen Aufnahmen (A.S. 30 - 38) und ist, unterlegt mit Zitaten aus der medizinischen Fachliteratur (A.S. 48), nachvollziehbar begründet:

3.4.2.1 Die Suva-Ärzte des Kompetenzzentrums für Versicherungsmedizin halten einmal fest, die persistierenden Schmerzen am rechten Knie seien spätestens vier bis sechs Monate nach dem Unfallereignis vom 9. Mai 1989 nicht mehr als unfallbedingt zu werten (A.S. 40). Sie begründen dies einerseits überzeugend damit, dass seinerzeit keine traumatischen strukturellen Läsionen vorgelegen hätten. Dies deckt sich mit dem Bericht des Kreisarztes Dr. med. I.____ vom 26. April 2019 (E. II. 3.2.5 hiervor), welcher sich dabei auf die echtzeitlichen Operationsberichte aus den Jahren 1989 und 1990 stützte (Suva-Nr. 1 S. 7, 35 und 41). Andererseits verweisen die Suva-Ärzte darauf, dass krankhafte und damit unfallfremde Zustände das rechte Kniegelenk beeinflusst hätten, nämlich die schon vor dem Unfall bestehende Pan-Gonarthrose sowie die Gicht, welche im Juli 1989 festgestellt wurde und sich mit den beobachteten Entzündungszeichen vereinbaren liess. Dies korrespondiert sowohl mit den behandelnden Ärzten, welche von einer durch den Unfall aktivierten Gonarthrose ausgingen (s. E. II. 3.1 hiervor) als auch mit der Auffassung des Kreisarztes Dr. med. O.____, Spezialarzt für Chirurgie FMH, der am 14. Februar 1994 (Suva-Nr. 4 S. 29 ff.) von einem unfallfremd vorgeschädigten Kniegelenk sprach, indem der Sturz eine vorbestehende, ungewöhnlich ausgeprägte Gonarthrose traumatisiert habe.

Die persistierenden Beschwerden am rechten Knie waren somit spätestens ab November 1989 (d.h. ein halbes Jahr nach dem Unfall vom 9. Mai 1989) nicht mehr unfallkausal. Selbst wenn der Versicherte in der Folge jahrelang Schmerzmittel eingenommen hätte, stünde dies folglich nicht mehr in Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Dementsprechend wird die Kausalkette zwischen dem Unfall und dem Tod des Versicherten schon dadurch unterbrochen, dass die Niereninsuffizienz nicht mit dem Unfall in Verbindung gebracht werden kann. Vor diesem Hintergrund spielt es denn auch keine Rolle, ob die Schmerzmittel erst ab 1993 regelmässig genommen wurden oder bereits früher. Die Berichte von pract. med. J.____ (E. II. 3.2.4 + 3.2.6 hiervor) enthalten zu diesem Punkt keine objektiven Erkenntnisse, welche geeignet wären, die Einschätzung der Suva-Ärzte in Zweifel zu ziehen. Pract. med. J.____ geht vielmehr einfach davon aus, dass die Schmerzen im rechten Knie bis zum Tod des Versicherten auf den Unfall von 1989 zurückgingen, ohne dies näher zu begründen. Dr. med. H.____ wiederum bezieht den NSAR-Einsatz auf die Beschwerden am linken Knie, nicht aber am rechten Knie (E. II. 3.2.2 hiervor), welches vom hier interessierenden Unfall am 9. Mai 1989 betroffen war.

Die Beschwerdeführerin rügt, es gehe nicht an, dass die Beschwerdegegnerin jetzt die Unfallkausalität der anhaltenden Schmerzen am rechten Knie rundweg verneine, nachdem sie dem Versicherten deswegen jahrzehntelang eine Invalidenrente ausgerichtet habe. Dies mag auf den ersten Blick durchaus befremdlich wirken. Der Beschwerdeführerin ist jedoch zu entgegen, dass Verfügungen, welche die Unfallversicherung gegenüber einer versicherten Person erlassen hat, gegenüber den Hinterlassenen keine Bindungswirkung entfalten. Die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Hinterlassenenleistungen sind vielmehr frei überprüfbar. Die Beschwerdegegnerin durfte daher trotz der Rente, die sie dem Versicherten gewährt hatte, im Hinblick auf die geltend gemachten Hinterlassenenleistungen prüfen, welche Bedeutung dem Unfall vom 9. Mai 1989 zukam (Ackermann, a.a.O., Art. 28 N 4).

3.4.2.2 Weiter ist festzuhalten, dass die Suva-Ärzte einen Zusammenhang zwischen Schmerzmitteln und Niereninsuffizienz bestenfalls für möglich halten, zumal wenn die Nieren wie hier nicht vorgeschädigt sind. Dies wird mit dem Hinweis auf epidemiologische Studien untermauert (A.S. 45). Die blossе Möglichkeit, dass sich etwas auf eine bestimmte Weise zugetragen hat, entspricht indes nicht dem sozialversicherungsrechtlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_242/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. H.____ den Schmerzmitteln einen «wahrscheinlich» ungünstigen Einfluss auf die Nierenerkrankung zuschreibt (E. II. 3.2.2 hiervor). Eine blossе Wahrscheinlichkeit vermag jedoch dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ebenfalls nicht zu genügen (s. Urteil des Bundesgerichts 9C_463/2017 vom 21. September 2017 E. 5.2). Im Übrigen ist die Aussage, es habe ein ungünstiger Einfluss bestanden, ohnehin ziemlich vage und wenig aussagekräftig.

Hinzu kommt, dass beim Versicherten mit der Gicht und dem Diabetes mellitus seit Jahrzehnten zwei Leiden vorlagen, welche laut den Suva-Ärzten ebenfalls geeignet waren, eine Niereninsuffizienz herbeizuführen. Man kann also nicht sagen, der Schmerzmittelkonsum sei die einzige denkbare Ursache für die Niereninsuffizienz. Dies ergibt sich denn auch aus dem Bericht von Dr. med. H.____, der die Niereninsuffizienz in erster Linie auf die Nephrokalzinose bei Pankreasinsuffizienz und in zweiter Linie auf die Arteriosklerose zurückführt, bevor er überhaupt auf die Rolle des Schmerzmittelkonsums eingeht (E. II. 3.2.2 hiervor).

3.4.2.3 Die Beschwerdeführerin begründet den Zusammenhang zwischen Niereninsuffizienz und Pneumonie damit, dass die Niereninsuffizienz zu Lungenödemem führe, was eine Pneumonie begünstige resp. deren Verlauf erschwere. Diese Argumentation verfängt jedoch nicht. In den Spitalberichten wird nämlich für den Zeitraum von der Aufnahme des Versicherten am 2. Juni 2018 bis zu seinem Tod am 1. August 2018 gar kein Lungenödem erwähnt (E. II.

E. 4

Unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 11. November 2019 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheides (A.S. 25 ff.). Sie reicht dazu eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung ihres Kompetenzzentrums für Versicherungsmedizin ein (A.S. 29 ff.). 2.3 Die Beschwerdeführerin hält mit Replik vom 13. Januar 2020 an ihren Beschwerdebegehren fest (A.S. 55 ff.). Die Beschwerdegegnerin wiederum verzichtet am 21. Januar 2020 auf eine ausführliche Duplik und erneuert ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 63). 2.4 Die Vertreterin der Beschwerdeführerin reicht am 18. Mai 2020 eine Kostennote ein (A.S. 67 ff.), welche am 19. Mai 2020 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin geht (A.S. 70). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig und zu prüfen ist, ob es die Beschwerdegegnerin zu Recht abgelehnt hat, nach dem Tod des Versicherten Hinterlassenenleistungen an die Beschwerdeführerin auszurichten. 1.2 Die revidierte Fassung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gleichzeitig wurden auch einige Bestimmungen der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV, SR 832.202) angepasst. Gemäss der

Übergangsbestimmung zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben, nach bisherigem Recht gewährt. Dies muss auch bei Hinterlassenenleistungen gelten, da diese daran anknüpfen, dass ein nach UVG versichertes Ereignis, namentlich ein Unfall, eingetreten ist (vgl. Thomas Ackermann in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 28 N 1 + 6). Im vorliegenden Fall ereignete sich der massgebliche Unfall 1989 und damit vor dem Inkrafttreten des neuen Rechts.

2. 2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG).

2.2 Stirbt der Versicherte an den Folgen des Unfalles, so hat der überlebende Ehegatte Anspruch auf eine Hinterlassenenrente (Art. 28 UVG). Voraussetzung ist u.a. ein – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellter – natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem Tod (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112), wobei die Adäquanz bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen wie im vorliegenden Fall als rechtliche Eingrenzung der Haftung des Unfallversicherers, welche sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergibt, praktisch keine Rolle spielt (a.a.O.). Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität genügt eine Teilursächlichkeit (a.a.O., E. 9.5 S. 125), wobei sich die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen erstreckt. 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) entfällt (Urteil des Bundesgerichts 8C_437/2018 vom 20. Mai 2019 E. 2.1). Ob der Tod unmittelbar oder erst Jahre nach dem versicherten Ereignis eintritt, ist dabei unerheblich (Ackermann, a.a.O., Art. 28 N 10). Ist der Tod jedoch nur teilweise die Folge des Unfalls, sind Invalidenrenten, Integritätsentschädigungen und Hinterlassenenrenten angemessen zu kürzen (Art. 36 Abs. 2 UVG).

2.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b / ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3. 3.1 Nachdem der Versicherte am 9. Mai 1989 auf sein rechtes Knie gestürzt war, suchte er am 14. Mai 1989 wegen zunehmender Schmerzen seinen damaligen Hausarzt Dr. med. C. ___ auf. Dieser diagnostizierte im Arzzeugnis UVG vom 19. Mai 1989 (Suva-Nr. 1 S. 46) eine Kontusion des rechten Knies. Die Patella wies eine oberflächliche Abschürfung mit

intensiv geröteter Umgebung auf. Das rechte Knie sei massiv geschwollen und überwärmt. Radiologisch zeige sich eine schwere Gonarthrose. Die behandelnden Ärzte sprachen in der Folge von einer durch die Kontusion aktivierten resp. traumatisierten vorbestehenden Gonarthrose, ausserdem von einer Arthritis urica rechts sowie einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus (s. etwa Dr. med. C.____, 23. Juni und 8. September 1989, Suva-Nr. 1 S. 39 + 42 / Dr. med. D.____, 3. Juli 1989, Nr. 1 S. 41 / Kantonsspital E.____,

E. 5

Oktober 1989, Nr. 1 S. 37 / Rehabilitationsklinik F.____, 25. Januar 1991, Nr. 2 S. 26). Am 28. Juni und 27. September 1989 sowie am 19. Juni 1990 erfolgten chirurgische Eingriff am rechten Kniegelenk (Suva-Nr. 1 S. 7, 35 und 41)

Auf die fraglichen Akten wird in der Folge näher eingegangen, soweit dies für die Beurteilung der Angelegenheit erforderlich ist (s. E. II. 3.3 + 3.4 hiernach).

E. 6

Überlaufblase bei benigner Prostatahyperplasie

E. 7

Hypernatriämie

E. 8

Cerebrovaskuläre Erkrankung, Status nach ischämischen cerebrovaskulären Insult im Jahr 2009 (mit passagerer armbetonter Hemiparese rechts, Mundastparese rechts, Dysarthrie und Ataxie) sowie Verdacht auf Insult im Mai 2018 (mit seitheriger Verschlechterung der Dysarthrie, Dysphagie und Feinmotorik)

E. 9

Mai 1989 keine Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten, sei zu bestätigen. So habe die Operation vom 27. September 1989 lediglich die Retropatellararthrose und einen Hochstand der Kniescheibe, beides nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal, betroffen (s. Suva-Nr. 1 S. 35). Die vorbestehende Arthrose habe bei eigener Einsichtnahme in die Bildgebung keine Verschlimmerung erfahren. Nach den durchgeführten Operationen mit Entfernung der Osteophyten imponiere das Knie sogar radiologisch gebessert (A.S. 40). Auch die Aussage von Dr. med. H.____ vom 16. August 2018, der Beschwerdeführer habe vom Unfall im Jahr 1989 weg einen massiven Gebrauch von NSAR betrieben, lasse sich anhand der zeitnahen ärztlichen Berichte nicht bestätigen. Dr. med. H.____ postuliere allerdings auch nur, dass «wahrscheinlich» der NSAR-Gebrauch die Progredienz der Niereninsuffizienz ungünstig beeinflusst habe. Bezüglich seiner Aussage, die Niereninsuffizienz sei sicher mitverantwortlich für die rasche Progredienz der zerebrovaskulären Erkrankung, die letztlich auf Grund der Schluckstörungen zur Pneumonie geführt habe, sei auf die nephrologische Beurteilung verwiesen (A.S. 41).

Bereits im Operationsbericht vom 3. Juli 1989 würden als Co-Morbidität zur Gonarthrose rechts ein Diabetes mellitus und eine Gicht dokumentiert (s. Suva-Nr. 1 S. 41). Der kreisärztliche Bericht vom 12. April 1990 beschreibe mit einem BMI von 32,24 eine Adipositas Grad I (s. Suva-Nr. 1 S. 18). Der Bericht der Rehaklinik F.____ vom 25. Januar 1991 nenne eine koronare Herzkrankheit mit einem Status nach zweimaligem Myocardinfarkt (s. Suva-Nr. 2 S. 26). Der Zeitpunkt dieser Infarkte bleibe unklar; da die kardiale Erkrankung jedoch als Grund dafür genannt werde, zunächst keine Endoprothese

des Kniegelenks zu implantieren, sei sie als gravierend anzusehen. Der Austrittsbericht des Kantonsspitals G.____ vom 28. Mai [Juni] 2018 (Suva-Nr. 36 S. 1 f.) erwähne zusätzlich u.a. ein permanentes Vorhofflimmern des Herzens, eine cerebro-vasculäre Verschlusskrankheit mit Status nach einem cerebro-vaskulären Insult (Schlaganfall) im Jahr 2009, einen Status nach Pankreatitis mit der Folge einer Pankreasinsuffizienz, eine COPD mit der Folge einer schweren pulmonal-arteriellen Hypertonie und eine Prostata-Hyperplasie mit der Notwendigkeit eines suprapubischen Dauerkatheters (A.S. 41). Um diesen Katheter herum habe sich gemäss Austrittsbericht vom 6. August 2018 ein zu diesem Zeitpunkt bereits drei Jahre bestehender fistelnder Abszess gebildet (Suva-Nr. 36 S. 18). Dem Austrittsbericht vom 28. Juni 2018 sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer damals bereits seit mehreren Monaten bettlägerig gewesen sei und sich der Allgemeinzustand in den letzten zwei Monaten vor der Aufnahme am 2. Juni 2018 zunehmend verschlechtert habe (Suva-Nr. 36 S. 2). Als Grund für die Hospitalisation würden Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks genannt, Beschwerden im rechten Kniegelenk fänden keine Erwähnung. Das wecke erhebliche Zweifel an den Behauptungen des Hausarztes pract. med. J.____ vom 9. Oktober 2019, eine Gangunsicherheit habe den Sturz wenige Tage vor der Aufnahme ins Kantonsspital G.____ «stark begünstigt» (E. II. 3.2.6 hiervor); eine Gangunsicherheit auf Grund der beidseitigen Gonarthrosen stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht im Vordergrund, wenn der Versicherte zuvor bereits mehrere Monate bettlägerig und schwer herzkrank gewesen sei sowie an den Folgen eines Schlaganfalls (gemäss Spitalbericht vom 16. Juli 2018 mit Ataxie, Suva-Nr. 36 S. 8) gelitten habe, also polymorbid gewesen sei. Das Postulat des Hausarztes in der Stellungnahme vom

E. 10

Permanentes Vorhofflimmern (Erstdiagnose Mai 2012)

E. 11

Hypertensive Kardiopathie

E. 12

Verdacht auf koronare Herzerkrankung

E. 13

Februar 2019, ohne die Knieschmerzen wäre es nie zu der Aspirationspneumonie gekommen (Suva-Nr. 23 S. 4), verliere in Anbetracht der langjährig und zum Teil bereits vor dem Unfall vom 9. Mai 1989 bestehenden schweren Krankheiten die Glaubwürdigkeit. Die Aspirationen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des nach dem Schlaganfall von 2009 gestörten Schluckakts. Die Konstellation aus Diabetes mellitus, Adipositas und koronarer Herzkrankheit lasse auf das Vorliegen eines metabolischen Syndroms schliessen. Nicht nur die Koronararterien seien dabei von der Arteriosklerose betroffen, sondern vor allem auch die das Hirn versorgenden Arterien (A.S. 42).

Auch die Behauptung von pract. med. J.____ vom 9. Oktober 2019, die Pneumonie sei durch zunehmende Wassereinlagerungen in den Lungen begünstigt worden (E. II. 3.2.6 hiervor), finde in den Berichten des Kantonsspitals G.____ keine Bestätigung. Der Austrittsbericht vom 6. August 2018 dokumentiere, dass es trotz geeigneter Massnahmen wie pürierte Kost zu wiederholten Aspirationen gekommen sei (Suva-Nr. 36 S. 18). Bei einer Aspiration gelangten Nahrungsbestandteile oder auch Speichel in die Atemwege anstatt in die

Speiseröhre. In den Bronchien und den Lungenbläschen verursachten die Fremdkörper eine chemische Entzündung (Pneumonitis), die häufig durch eine bakterielle Infektion (Pneumonie) kompliziert werde. Die Pneumonitis zufolge der Aspiration prädisponiere zur bakteriellen Pneumonie (S. 42). Gemäss Austrittsbericht des Kantonsspitals G.____ vom 6. August 2018 sei die Auskultation der Lungen bei der Aufnahme am 16. Juli 2018 unauffällig und die Zunge trocken gewesen (Suva-Nr. 36 S. 18). Dies spreche deutlich gegen die vom Hausarzt postulierte «Wassereinlagerung in den Lungen», jedoch für einen Mangel an Flüssigkeit. Erst nach den rezidivierenden Aspirationen hätten dann als Zeichen einer Pneumonie rechts basale Rasselgeräusche auskultiert werden können (a.a.O.). Radiologisch seien zu diesem Zeitpunkt keine Zeichen eines Lungenödems dokumentiert und auch in der Folge nicht beschrieben worden (A.S. 43).

An den Postulaten des Hausarztes und seinen daraus abgeleiteten Konklusionen bestünden erhebliche Zweifel. Seiner Argumentation bezüglich einer Unfallkausalität des Todes des Versicherten könne nicht gefolgt werden. Der Tod stehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. Mai 1989. Eine langfristige und / oder hochdosierte Einnahme von NSAR sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Grund des Unfalls erforderlich gewesen (A.S. 43).

3.3.2 Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt fest, neurologisch gesehen seien folgende Gesundheitsbeeinträchtigungen von Bedeutung: Eine kardio-vaskuläre Erkrankung mit zwei Herzinfarkten und ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus seien seit 1991 bekannt. Im Austrittsbericht des Kantonsspitals G.____ würden im Juni 2018 eine hypertensive und valvuläre Kardiopathie, ein permanentes Vorhofflimmern mit Erstdiagnose im Mai 2012, eine zerebrovaskuläre Verschlusskrankung mit Erstdiagnose im Jahr 2009, mehrere zerebrovaskuläre Insulte mit passagerer armbetonter Hemiparese rechts, Mundastparese rechts, Dysarthrie und Ataxie sowie eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit schwerer pulmonal-arterieller Hypertonie erwähnt (s. Suva-Nr. 36 S. 1 f.). Anlässlich einer stationären Neurorehabilitation vom 21. Juni bis 16. Juli 2018 habe man eine Wesensveränderung mit Wahngedanken und akustischen Halluzinationen festgestellt; der Beschwerdeführer habe Nahrung und Medikation verweigert. Es hätten Zeichen einer schweren Depression bestanden (s. Suva-Nr. 36 S. 14). Während des anschliessenden stationären Aufenthalts im Kantonsspital G.____ vom 16. Juli bis 1. August 2018 sei schliesslich am 20. Juli 2018 eine Aspirationspneumonie bei Schluckstörungen diagnostiziert worden (s. Suva-Nr. 36 S. 18). Der Versicherte sei multimorbid gewesen. Die aufgezählten Gesundheitsbeeinträchtigungen könnten keinesfalls durch die Einnahme von Schmerzmitteln erklärt werden. Vielmehr handle es sich um typische Erkrankungen des Alters, anlagebedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen und Folgeerkrankungen des Lebenswandels, z. B. des Nikotinkonsums mit 20 Pack Years. Die Konstellation dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen sei zweifellos geeignet gewesen, den Tod des Versicherten am 1. August 2018 herbeizuführen. Aus neurologischer Perspektive ergäben sich abgestützt auf die zur Verfügung stehende medizinische Dokumentation keine Hinweise, die einen kausalen Zusammenhang des Todes zum Unfall 9. Mai 1989 begründen könnten (A.S. 43).

3.3.3 Prof. Dr. med. N.____, Klinische Epidemiologin und Fachärztin für Innere Medizin, erklärte, die nephrologische Beurteilung finde auf der Grundlage einer unvollständigen Aktendokumentation statt. Die vorliegenden medizinischen Unterlagen umfassten den Zeitraum vom 18. Mai 1989 bis zum August 1994 mit dem Vermerk, dass das Dossier ab dem 15. Dezember 1998 nicht mehr physisch nachgeführt werde (s. Suva-Nrn. 1 - 5). Für

die letzten Lebensmonate (2. Juni bis 1. August 2018) lägen ausführliche Austrittsberichte des Kantonsspitals sowie einige Berichte des Hausarztes pract. med. J.____ und des behandelnden Nephrologen Dr. med. H.____ vor. Für den Zeitraum von Dezember 1998 bis zum 2. Juni 2018 fänden sich keine medizinischen Dokumente. Insbesondere fehlten internistische und nephrologische Originalbefunde, wie z.B. der Befund zur Nierenbiopsie aus dem Jahr 2010 sowie der medizinische Kontext und die Fragestellung, welche die Biopsie veranlasst habe, so dass die nephrologische Beurteilung weitgehend auf der Grundlage sekundärer Dokumentation in Zwischen- und Entlassungsberichten erfolge. Trotzdem erscheine es möglich, die Frage nach der unfallkausalen Nierenschädigung durch einen möglichen hohen Konsum an nicht-steroidalen Antirheumatika und die postulierte Kausalkette vom Kniesturz im Mai 1989 bis zum Ableben durch Aspirationspneumonie zu beantworten (A.S. 44):

Wie vom Kreisarzt Dr. med. I.____ dargelegt (E. II. 3.2.5 hiervor) und in den Ausführungen von med. pract. K.____ bestätigt (E. II. 3.3.1 hiervor), habe der am 9. Mai 1989 stattgehabte Sturz des Versicherten auf sein massiv arthrotisch vorgeschädigtes Knie zu keinem strukturellen Schaden geführt. Es sei davon auszugehen, dass ein solcher Kontusionsschaden nach sechs Monaten unfallkausal abgeklungen sei. Was den NSAR-Konsum im ersten Jahr nach dem Unfall angehe, so lägen für den Zeitraum bis zur kreisärztlichen Untersuchung am 12. April 1990 (s. Suva-Nr. 1 S. 18) über zehn Arztzeugnisse und ärztliche Zwischenberichte (vor allem des Hausarztes Dr. med. C.____) sowie Entlassungsberichte aus dem Kantonsspital E.____ vor. Nur in den beiden Berichten des Hausarztes zeitnah zum Unfall (19. Mai und 23. Juni 1989, s. Suva-Nrn. 1 S. 42 + 46) würden als Behandlung antiphlogistische Schmerzmittel aufgeführt. In allen nachfolgenden Berichten fehlten solche Hinweise, erst recht auf eine Behandlung mit dem Opioid-Derivat Tramal, welches in der Beschwerdeschrift aufgeführt werde. Der Kreisarztbericht vom 12. April 1990 zitiere den Versicherten, wonach er weiterhin intensiv Physiotherapie sowie Heimtraining zur Mobilisation und Kräftigung betreibe und möglichst wenig Schmerzmittel nehme (s. Suva-Nr. 1 S. 18). Die fehlende Dokumentation einer Behandlung mit Schmerzmitteln oder gar mit massiven Dosen von Schmerzmitteln widerspreche der Aussage von Dr. med. H.____ vom 16. August 2018 (E. II. 3.2.2 hiervor), seit dem Unfall von 1989 seien massiv NSAR eingesetzt worden (A.S. 44).

Was die Nierenerkrankung betreffe, so berichte der behandelnde Nephrologe Dr. med. H.____ am 16. August 2019 (E. II. 3.2.2 hiervor), durch die Biopsie vom 22. Januar 2010 sei gesichert, dass die Niereninsuffizienz «hauptsächlich» auf eine Nephrokalzinose zurückzuführen sei, verursacht durch eine Pankreasinsuffizienz. NSAR verursachten weder eine Pankreasinsuffizienz noch eine Nephrokalzinose. Darüber hinaus finde das Nierenproblem, welches zur Biopsie geführt habe, mehr als 20 Jahre nach dem Unfall statt. In den vorliegenden Dokumenten bis August 1994 sei zu keinem Zeitpunkt von einer Nierenerkrankung, einer eingeschränkten Nierenfunktion oder einer stattgehabten Pankreaserkrankung mit nachfolgender Pankreasinsuffizienz die Rede gewesen. Von daher sei kein Zusammenhang zwischen NSAR und der Nephrokalzinose als Hauptursache für die Nierenerkrankung ersichtlich. Als weitere Risikofaktoren für die Niereninsuffizienz kämen Bluthochdruck und der bereits 1989 dokumentierte Diabetes mellitus Typ 2 in Frage, der in der Niere («diabetische Glomerulosklerose», Bericht Kantonsspital G.____ vom 28. Juni 2018, s. Suva-Nr. 36 S. 1) wie auch in anderen Organen zu erheblichen Komplikationen geführt habe (Retinopathie in den Augen, Nervenschädigung in Form von Polyneuropathie,

koronare Herzerkrankung mit abgelaufenem Herzinfarkt, Schlaganfall im Jahr 2009). Die «diabetische Glomerulosklerose» sei eine histologische Diagnose und könne daher nur über eine Nierenbiopsie gestellt worden sein. Leider liege weder der histologische Originalbericht vor noch gebe es einen Hinweis, in welchem Jahr die Biopsie stattgefunden habe (A.S. 45).

Grosse epidemiologische Studien hätten bei Personen ohne vorbestehenden Nierenschaden bisher keinen überzeugenden Zusammenhang zwischen chronischer NSAR-Einnahme und chronischer Niereninsuffizienz nachzuweisen vermocht. Möglicherweise könnten grosse Mengen von NSAR in einigen Fällen eine chronische Niereninsuffizienz hervorrufen. Angesichts der hohen Zahl an Verordnungen sei die Anzahl betroffener Patienten gering. Ausserdem sei es möglich, dass NSAR bei Patienten mit vorbestehender Nierenerkrankung zu deren Progredienz beitragen. Für den Zeitraum der unfallkausalen Kontusion des rechten Knie, d.h. bis zur kreisärztlichen Untersuchung am 12. April 1990 (s. Suva-Nr. 1 S. 18), sei weder ein relevanter Konsum an NSAR-Schmerzmitteln beschrieben noch habe zu diesem Zeitpunkt bereits eine Nierenerkrankung vorgelegen. In der Gesamtschau sei für den Zeitraum der unfallkausalen Kontusion des rechten Knies, d.h. bis zur ersten kreisärztlichen Untersuchung am 12. April 1990, weder ein relevanter Konsum an NSAR oder anderen Schmerzmitteln dokumentiert noch eine Nierenerkrankung erwähnt worden. Ursache für eine nach 1994 diagnostizierte Nierenerkrankung seien eine 2010 histologisch gesicherte Nephrokalzinose auf dem Boden einer Pankreasinsuffizienz sowie die diabetesbedingte Glomerulosklerose bei einem mehr als 30 Jahre bestehenden Typ 2-Diabetes mellitus, der neben dem Nierenbefall zu weiteren Endorganschäden (Augen, Nerven, Herz, Gehirn) geführt habe. Damit sei die postulierte Kausalkette von der 1989 erlittenen Kniekontusion ohne strukturellen Schaden hin zur Niereninsuffizienz und der Aspirationspneumonie als Todesursache nicht überwiegend kausal (A.S. 45).

Der Hausarzt pract. med. J.____ postuliere in seinen drei Berichten aus dem Jahr 2019 (E. II. 3.2.4 + 3.2.6 hiervoor) einen starken Zusammenhang zwischen der langjährigen NSAR-Einnahme, der Niereninsuffizienz und der Aspirationspneumonie, an welcher der Versicherte letztendlich verstorben sei (A.S. 45 f.). Dabei blieben in dieser «Kausalkette» die beiden histologisch nachgewiesenen Hauptursachen für die Nierenerkrankung ■ die Nephrokalzinose und die diabetische Glomerulosklerose ■ völlig unerwähnt. Wie ausgeführt, könne nicht ausgeschlossen werden, dass die Einnahme der NSAR möglicherweise einen Beitrag geleistet habe. Im Vergleich zur Pankreasinsuffizienz und zum Diabetes mellitus mit nachgewiesenem ursächlichem Zusammenhang zur Nierenerkrankung sei die Auswirkung der NSAR auf die Entwicklung einer Nierenerkrankung oder ihrer Verschlechterung möglich, aber sicher nicht überwiegend wahrscheinlich (A.S. 46).

3.3.4 Die Suva-Ärzte gelangten gemeinsam zum Schluss, dass zwischen dem Unfall vom 9. Mai 1989 und dem Tod des Versicherten am 1. August 2018 aus medizinischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein kausaler Zusammenhang bestehe. Der Argumentation von pract. med. J.____ und Dr. med. H.____ könne nicht gefolgt werden (A.S. 46).

E. 14

Hyperoxalurie bei schwerer Pankreasinsuffizienz bei Status nach Pankreatitis

E. 15

COPD mit schwerer pulmonal-arterieller Hypertonie

E. 16

Normochrome normoazytäre Anämie

E. 17

Seniler Pruritus Eine Autopsie des Versicherten unterblieb auf Wunsch seiner Angehörigen (Suva-Nr. 36 S. 19). 3.2.2 Dr. med. H.____, Leitender Arzt am Kantonsspital G.____, hielt im Bericht vom 16. August 2018 (Suva-Nr. 15) fest, der Versicherte sei an einer Aspirationspneumonie verstorben. Er habe seit vielen Jahren an einer schweren Niereninsuffizienz multifaktorieller Ursache gelitten. Die Insuffizienz sei gemäss Nierenbiopsie vom 22. Januar 2010 hauptsächlich durch eine Nephrokalzinose bei Pankreasinsuffizienz verursacht worden. Zusätzlich habe eine mässige Arteriosklerose vorgelegen. Anamnestisch habe vom Unfall im Mai 1989 bis 2010 ein massiver Gebrauch von NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika) bei Schmerzen des linken Knies bestanden, der wahrscheinlich auch die Progredienz der Niereninsuffizienz ungünstig beeinflusst habe. Insgesamt sei die Niereninsuffizienz sicher mitverantwortlich für das rasche Voranschreiten der zerebrovaskulären Erkrankung, die letztendlich auf Grund der Schluckstörungen zu der Pneumonie geführt habe, an der der Versicherte verstorben sei. 3.2.3 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, verneinte in seiner Stellungnahme vom 21. September 2018 (Suva-Nr. 35 S. 23 f.) einen Zusammenhang mit dem Ereignis von 1989. Der Versicherte sei an den Folgen einer Aspirationspneumonie verstorben, d.h. er habe sich verschluckt und der Fremdkörper habe in der Lunge eine Entzündung verursacht, was letztlich zum Tode geführt habe. Ein Zusammenhang zwischen Knieschmerzen und Aspirationspneumonie sei medizinisch nicht gegeben. 3.2.4 Pract. med. J.____, Facharzt für Allg. Innere Medizin FMH und Hausarzt des Versicherten, führte im Bericht vom 30. Januar 2019 (Suva-Nr. 29 S. 5) aus, als unmittelbare Todesursache werde eine Aspirationspneumonie angegeben. Der Versicherte habe jedoch schon seit Jahren an einer fortschreitenden und zuletzt hochgradigen Niereninsuffizienz gelitten, welche immer wieder zu Lungenödemen geführt habe. Solche könnten unstrittig die Entstehung einer Pneumonie begünstigen bzw. deren Verlauf erschweren. Die Niereninsuffizienz sei zu einem grossen Teil durch eine langjährige NSAR-Einnahme infolge eines Unfalls im Jahr 1989 mitverursacht worden. Ohne Unfall wäre es nicht zu der Niereninsuffizienz gekommen bzw. sie wäre bei Weitem nicht so stark ausgeprägt gewesen. In diesem Fall wäre die Wahrscheinlichkeit, eine durch Aspiration verursachte Pneumonie zu überleben, ungleich höher gewesen. Der Unfall von 1989 sei daher mit ursächlich dafür, dass die Aspirationspneumonie 2018 nicht überlebt worden sei. Die Anfrage der Beschwerdeführerin (Suva-Nr. 23 S. 3) beantwortete pract. med. J.____ mit Schreiben vom 13. Februar 2019 (Suva-Nr. 23 S. 4) wie folgt: Der Unfall von 1989 sei mit dem Beweisgrad der Sicherheit eine Teilursache für den eingetretenen Tod gewesen. Dieser Unfall stehe am Beginn der Ursachenkette. Die Hospitalisierung im Sommer 2018 sei auch noch wegen immobilisierender Schmerzen mit Entzündung im verunfallten Knie erfolgt. Die vom Spital als letzte Todesursache benannte Aspirationspneumonie sei erst einige Zeit nach der Spitaleinweisung entstanden. Einen genauen Anteilsgrad des Unfalls im Verhältnis zu allen Todesursachen könne man hier sicherlich nicht angeben. Zur finalen Todesursache der Aspirationspneumonie wäre es aber ohne die Knieschmerzen, welche Folge des Unfalls gewesen seien, nie gekommen. Ebenso wäre die schwere Niereninsuffizienz, die als Begleitkomplikation das Ableben des

Versicherten begünstigt habe, niemals bzw. nie in dieser Schwere entstanden, wenn nicht infolge des Unfalls eine jahrzehntelange Einnahme von Schmerzmitteln und Entzündungshemmern notwendig gewesen wäre. Somit sei der Unfall aus seiner Sicht mindestens zur Hälfte gegenüber den anderen Todesursachen zu gewichten, wenn nicht stärker.

3.2.5 In einer weiteren Stellungnahme vom 26. April 2019 (Suva-Nr. 26) bekräftigte der Kreisarzt Dr. med. I.____, dass der Todesfall vom 1. August 2018 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. Mai 1989 stehe, sondern ausschliesslich auf krankheitsbedingte Faktoren zurückgehe. Der Versicherte habe erwiesenermassen unter einer Niereninsuffizienz auf Grund einer histologisch gesicherten Nephrokalzinose, verursacht bei Pankreasinsuffizienz, gelitten. Eine Nephrokalzinose werde nicht durch die Einnahme von NSAR hervorgerufen. Ausserdem habe unabhängig vom Schmerzmittelgebrauch eine mässige Arteriosklerose bestanden, welche ebenfalls förderlich für eine Minderung der Nierenfunktion gewesen sei. NSAR-Medikamente könnten zwar auch die Nierenfunktion beeinträchtigen, ob dies hier jedoch der Fall gewesen sei, sei höchst spekulativ und in Anbetracht der gesicherten Diagnosen bestenfalls möglich. Dr. med. H.____ gebe an, dass der Versicherte bis 2010 bei Schmerzen im linken Knie massiv NSAR verwendet habe. Dies möge angesichts der krankheitsbedingten Veränderungen am linken Knie zutreffen. Das Unfallereignis von 1989 habe allerdings das rechte Knie betroffen. Sämtliche behandelnden Ärzte hätten zeitnah zum damaligen Ereignis eine «traumatisierte massive Gonarthrose» diagnostiziert (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Dies bedeute, dass ein vorbestehender, erheblicher abnutzungsbedingter Zustand für einen gewissen Zeitraum in ein schmerzhaftes Stadium versetzt worden sei. Im Juni 1989, also sehr nah zum Ereignis vom Mai 1989, sei eine Arthroskopie durchgeführt worden. Dabei hätten keinerlei Unfallfolgen festgestellt werden können, wohl aber erhebliche abnutzungsbedingte und krankhafte Veränderungen. Überall im Kniegelenk seien kalkspitzenartige Stippchen, im Sinne einer (krankhaften) Kalzinose, sowie massive Osteophyten, als Schutzreaktion des Gelenkes bei erheblichen Abnutzungen, beschrieben worden. Retrospektiv sei festzustellen, dass mit Sicherheit keine strukturellen unfallkausalen Läsionen nachgewiesen worden seien. Aus medizinischer Sicht seien ohne solche Läsionen allerspätestens vier bis sechs Monate nach dem Ereignis auch bei vorgeschädigtem Kniegelenk keine Unfallfolgen mehr gegeben. Auch unter diesem Gesichtspunkt lasse sich naturwissenschaftlich in keiner Weise erklären, wie das Ableben des Versicherten durch eine Aspirationspneumonie mit einer Prellung des Kniegelenkes knapp 30 Jahre zuvor in Zusammenhang stehen solle.

3.2.6 Pract. med. J.____ erklärte im Bericht vom 9. Oktober 2019 (Suva-Nr. 36 S. 6 f.), der Versicherte sei am 2. Juni 2019 wegen beidseitiger Knieschmerzen zur stationären Behandlung ins Kantonsspital G.____ aufgenommen worden. Rechts rührten diese Schmerzen von einem Sturz einige Tage zuvor her, links sei eine Kristallarthropathie festgestellt worden. Beide Knie seien früher bereits verunfallt gewesen (das linke Knie offenbar im Jahr 1971, s. Suva-Nr. 2 S. 33); infolgedessen habe auch eine Gangunsicherheit bestanden, welche den genannten Sturz stark begünstigt habe. Im Spital sei die vorbestehende schwere Niereninsuffizienz dekompensiert. Nach einem Wechsel des Harnblasenkatheters am 12. Juni 2018 sei es zu einem schweren, erst am 26. Juni 2018 entdeckten Harnwegsinfekt gekommen. Durch diesen massiven Infekt habe sich bis Mitte Juli 2018 auch noch ein Delir entwickelt. Zur selben Zeit sei eine abklingende Nierengewebsentzündung festgestellt worden. Wegen der fortschreitenden Verschlechterung des Gesamtzustandes habe man den Versicherten am 16. Juli 2018 zurück ins Kantonsspital G.____ verlegt. Zu diesem Zeitpunkt habe kein auffälliger

Untersuchungsbefund der Lunge vorgelegen. Am 20. Juli 2018 sei schliesslich eine Lungenentzündung diagnostiziert worden. Als Ursache habe man eine Aspiration von Nahrung bei berichteten Schluckstörungen vermutet. Die erneut im Urin entdeckten Pseudomonas-Keime seien als Dauerbesiedlung bei einem langjährigen suprapubischen Katheter interpretiert worden. Ausserdem habe man eine erneute Verschlechterung der Nierenfunktion festgestellt. Wenige Tage später sei der Versicherte verstorben.

Zusammenfassend hätten die beidseitigen Kniebeschwerden zur ersten Hospitalisation im Kantonsspital G.____ und anschliessend zur Rehabilitation im Kantonsspital E.____ geführt. Nach einem dortigen Cystofix-Wechsel sei es zu einem Harnwegsinfekt mit Verschlechterung der Nierenfunktion und einer Nierenentzündung gekommen, beides durch jahrelange Medikamenteneinnahme infolge eines Knie-Unfalls von 1989 vorgeschädigt. Infolgedessen sei ein deliranter Zustand entstanden, welcher mit Haldol und Quetiapin zu hoch dosiert behandelt worden sei, was wiederum eine Verschlechterung der Nierenfunktion begünstigt habe. Nach einer Rückverlegung ins Kantonsspital G.____ habe der Versicherte, begünstigt durch zunehmende Wassereinlagerung in den Lungen, zusätzlich noch eine Lungenentzündung entwickelt, welche schliesslich todesursächlich gewesen sei. Somit bestehe eine vollständige Kausalkette von den Knieschmerzen und der Nierenvorschädigung u.a. wegen langjähriger Schmerzmitteleinnahme bis zum Exitus letalis infolge Lungenentzündung.

3.3 Die Beschwerdegegnerin holte eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung ihres Kompetenzzentrums für Versicherungsmedizin ein, welche am 5. November 2019 erging (A.S. 29 ff.):

3.3.1 Med. pract. K.____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, führte aus, der Versicherte habe fünf Tage nach dem Sturz am 9. Mai 1989 seinen damaligen Hausarzt Dr. med. C.____ aufgesucht. Dieser nenne als Befund auch eine massive Schwellung, Rötung und Überwärmung des Knies. Solche klassischen Entzündungszeichen fänden in der vermuteten Aktivierung der vorbestehenden schweren Pan-Gonarthrose mit Betonung einer Retropatellararthrose keine ausreichende Erklärung (A.S. 38). Die bildgebenden Zeichen einer schweren Pan-Gonarthrose seien bereits im radiologischen Bericht von Dr. med. L.____ vom 9. Juni 1989 beschrieben worden (s. Suva-Nr. 1 S. 43; s.a. Bericht vom 4. August 1989, Nr. 1 S. 40). Eine fortgeschrittene Gonarthrose entstehe indes über viele Jahre und nicht innerhalb eines Monats, d.h. die schwere Pan-Gonarthrose stelle mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Vorzustand dar (A.S. 39). Bereits im Bericht zur ersten Operation am rechten Kniegelenk, der Arthroskopie vom 3. Juli 1989, werde eine Arthritis urica / Gicht diagnostiziert (s. Suva-Nr. 1 S. 41). Passend dazu beschreibe der Operateur Dr. med. D.____ kalkspritzerartige weissliche Beläge in allen Abschnitten des Gelenks zusammen mit einer synovialen Hypertrophie. Zu einer Gicht gehöre typischerweise, wie hier dokumentiert, eine entzündliche Veränderung mit Rötung, Schwellung und Überwärmung des Gelenks. Bei der Gicht handle es sich um eine Stoffwechselerkrankung mit einer Störung der Harnsäureausscheidung über die Nieren und / oder einem zu hohen Aufkommen an Harnsäure im Organismus. Die Harnsäure könne in der Gelenkflüssigkeit kristalline Form annehmen und zu schweren Gelenkdestruktionen führen. Die Gicht sei mit Sicherheit keine Unfallfolge. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Entzündung des rechten Kniegelenks des Versicherten zumindest zu einem überwiegenden Anteil Folge der Gicht sei. Spätestens mit der Operation vom 3. Juli 1989 entfalle eine Aktivierung der vorbestehenden Gonarthrose als Grund für die fortbestehenden Kniegelenkbeschwerden. Eine sachgerechte Therapie der Gicht sei in den Akten nicht belegt. Auch im Bericht zur Operation vom 25. Juni 1990 (s. Suva-Nr. 1 S. 7), betreffend die schwere

Retropatellararthrose und die Spondylophyten, welche die Kniegelenksfunktion mechanisch behindert hätten («Streckdefizit bei Gonarthrose»), würden noch Zeichen einer Gicht («Kalkspritzer» im Gelenk) beschrieben. Im Rahmen der Diagnostik der Kniebeschwerden links, die zur stationären Aufnahme am 2. Juni 2018 ins Kantonsspital G.____ geführt hätten, sei erneut eine Gicht mit Gelenkbeteiligung (Nachweis von Harnsäurekristallen im linken Gelenkpunktat) erwähnt worden (s. Suva-Nr. 36 S. 7). Das spreche dagegen, dass die chronische und systemische Krankheit Gicht zuvor adäquat behandelt worden sei. Neben den Harnsäurekristallen seien auch Pyrophosphat-Kristalle im Punktat des Kniegelenksergusses links nachgewiesen worden, welche eine sog. Pseudo-Gicht mit den nahezu gleichen Symptomen wie bei einer Gicht auslösen könnten. Bestätigung finde die Diagnose zudem im radiologischen Nachweis einer Chondrocalcinose. Ein Zusammenhang der Gicht mit dem bereits zum Zeitpunkt des Unfalls bestehenden insulinpflichtigen Diabetes mellitus sei wahrscheinlich, denn Ketoazidosen führten zu einem Anstieg der Harnsäurekonzentration im Blut. Eine chronische Gicht bewirke eine fortschreitende Zerstörung gelenknaher Knochenanteile und im Verlauf eine Deformierung der Gelenke. Weiter könne die chronische Gicht über die Bildung von Harnsäuresteinen auch zu Nierenschäden führen (A.S. 39). Die Verordnung von NSAR werde erstmals im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 22. November 1990 als Bedarfsmedikation mit Ponstan erwähnt (s. Suva-Nr. 2 S. 33). Eine regelmässige Medikation mit NSAR zufolge des Unfalls vom 9. Mai 1989 werde damit nicht dokumentiert. Eine Bedarfsmedikation lasse auch nicht an eine Überdosierung der Medikamente mit der Folge von Organschäden denken. Der Bericht der Rehabilitationsklinik F.____ vom 25. Januar 1991 (s. Suva-Nr. 2 S. 26 ff.) nenne als Medikament lediglich Insulin zur Therapie des Diabetes mellitus, aber keine analgetische Medikation. Eine NSAR-Therapie von unfallkausalen Beschwerden in einer organschädigenden Dosierung sei nicht dokumentiert. Die Aussage des Hausarztes pract. med. J.____ vom 30. Januar 2019 (s. E. II. 3.2.4 hiervor), dass die Niereninsuffizienz zu einem grossen Teil durch die langjährige NSAR-Einnahme infolge des Unfalls aus dem Jahr 1989 mitverursacht worden sei, entbehre damit ihrer Grundlage. Die Einnahme von Ponstan in höherer Dosierung (drei bis vier Tabletten täglich) werde erstmals im kreisärztlichen Bericht vom 17. Juni 1993 erwähnt (s. Suva-Nr. 3 S. 2). Zu diesem Zeitpunkt hätten Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr gespielt, worin dem Kreisarzt Dr. med. I.____ beizupflichten sei (s. E. II. 3.2.5 hiervor). Dieser argumentiere nachvollziehbar, dass im Rahmen der Arthroskopie vom 3. Juli 1989 keine strukturellen unfallkausalen Läsionen mehr nachgewiesen worden seien. Auch seine Aussage, dass spätestens vier bis sechs Monate nach dem Ereignis vom 9. Mai 1989 keine Unfallfolgen mehr vorgelegen hätten, sei zu bestätigen. So habe die Operation vom 27. September 1989 lediglich die Retropatellararthrose und einen Hochstand der Kniescheibe, beides nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal, betroffen (s. Suva-Nr. 1 S. 35). Die vorbestehende Arthrose habe bei eigener Einsichtnahme in die Bildgebung keine Verschlimmerung erfahren. Nach den durchgeführten Operationen mit Entfernung der Osteophyten imponiere das Knie sogar radiologisch gebessert (A.S. 40). Auch die Aussage von Dr. med. H.____ vom 16. August 2018, der Beschwerdeführer habe vom Unfall im Jahr 1989 weg einen massiven Gebrauch von NSAR betrieben, lasse sich anhand der zeitnahen ärztlichen Berichte nicht bestätigen. Dr. med. H.____ postuliere allerdings auch nur, dass «wahrscheinlich» der NSAR-Gebrauch die Progredienz der Niereninsuffizienz ungünstig beeinflusst habe. Bezüglich seiner Aussage, die

Niereninsuffizienz sei sicher mitverantwortlich für die rasche Progredienz der zerebrovaskulären Erkrankung, die letztlich auf Grund der Schluckstörungen zur Pneumonie geführt habe, sei auf die nephrologische Beurteilung verwiesen (A.S. 41). Bereits im Operationsbericht vom 3. Juli 1989 würden als Co-Morbidität zur Gonarthrose rechts ein Diabetes mellitus und eine Gicht dokumentiert (s. Suva-Nr. 1 S. 41). Der kreisärztliche Bericht vom 12. April 1990 beschreibe mit einem BMI von 32,24 eine Adipositas Grad I (s. Suva-Nr. 1 S. 18). Der Bericht der Rehaklinik F. ___ vom 25. Januar 1991 nenne eine koronare Herzkrankheit mit einem Status nach zweimaligem Myocardinfarkt (s. Suva-Nr. 2 S. 26). Der Zeitpunkt dieser Infarkte bleibe unklar; da die kardiale Erkrankung jedoch als Grund dafür genannt werde, zunächst keine Endoprothese des Kniegelenks zu implantieren, sei sie als gravierend anzusehen. Der Austrittsbericht des Kantonsspitals G. ___ vom 28. Mai [Juni] 2018 (Suva-Nr. 36 S. 1 f.) erwähne zusätzlich u.a. ein permanentes Vorhofflimmern des Herzens, eine cerebro-vasculäre Verschlusskrankheit mit Status nach einem cerebro-vaskulären Insult (Schlaganfall) im Jahr 2009, einen Status nach Pankreatitis mit der Folge einer Pankreasinsuffizienz, eine COPD mit der Folge einer schweren pulmonal-arteriellen Hypertonie und eine Prostata-Hyperplasie mit der Notwendigkeit eines suprapubischen Dauerkatheters (A.S. 41). Um diesen Katheter herum habe sich gemäss Austrittsbericht vom 6. August 2018 ein zu diesem Zeitpunkt bereits drei Jahre bestehender fistelnder Abszess gebildet (Suva-Nr. 36 S. 18). Dem Austrittsbericht vom 28. Juni 2018 sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer damals bereits seit mehreren Monaten bettlägerig gewesen sei und sich der Allgemeinzustand in den letzten zwei Monaten vor der Aufnahme am 2. Juni 2018 zunehmend verschlechtert habe (Suva-Nr. 36 S. 2). Als Grund für die Hospitalisation würden Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks genannt, Beschwerden im rechten Kniegelenk fänden keine Erwähnung. Das wecke erhebliche Zweifel an den Behauptungen des Hausarztes pract. med. J. ___ vom 9. Oktober 2019, eine Gangunsicherheit habe den Sturz wenige Tage vor der Aufnahme ins Kantonsspital G. ___ «stark begünstigt» (E. II. 3.2.6 hiervor); eine Gangunsicherheit auf Grund der beidseitigen Gonarthrosen stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht im Vordergrund, wenn der Versicherte zuvor bereits mehrere Monate bettlägerig und schwer herzkrank gewesen sei sowie an den Folgen eines Schlaganfalls (gemäss Spitalbericht vom 16. Juli 2018 mit Ataxie, Suva-Nr. 36 S. 8) gelitten habe, also polymorbid gewesen sei. Das Postulat des Hausarztes in der Stellungnahme vom 13. Februar 2019, ohne die Knieschmerzen wäre es nie zu der Aspirationspneumonie gekommen (Suva-Nr. 23 S. 4), verliere in Anbetracht der langjährig und zum Teil bereits vor dem Unfall vom 9. Mai 1989 bestehenden schweren Krankheiten die Glaubwürdigkeit. Die Aspirationen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des nach dem Schlaganfall von 2009 gestörten Schluckakts. Die Konstellation aus Diabetes mellitus, Adipositas und koronarer Herzkrankheit lasse auf das Vorliegen eines metabolischen Syndroms schliessen. Nicht nur die Koronararterien seien dabei von der Arteriosklerose betroffen, sondern vor allem auch die das Hirn versorgenden Arterien (A.S. 42). Auch die Behauptung von pract. med. J. ___ vom 9. Oktober 2019, die Pneumonie sei durch zunehmende Wassereinlagerungen in den Lungen begünstigt worden (E. II. 3.2.6 hiervor), finde in den Berichten des Kantonsspitals G. ___ keine Bestätigung. Der Austrittsbericht vom 6. August 2018 dokumentiere, dass es trotz geeigneter Massnahmen wie pürierte Kost zu wiederholten Aspirationen gekommen sei (Suva-Nr. 36 S. 18). Bei einer Aspiration gelangten Nahrungsbestandteile oder auch Speichel in die Atemwege anstatt in die Speiseröhre. In den Bronchien und den Lungenbläschen verursachten die

Fremdkörper eine chemische Entzündung (Pneumonitis), die häufig durch eine bakterielle Infektion (Pneumonie) kompliziert werde. Die Pneumonitis zufolge der Aspiration prädisponiere zur bakteriellen Pneumonie (S. 42). Gemäss Austrittsbericht des Kantonsspitals G.____ vom 6. August 2018 sei die Auskultation der Lungen bei der Aufnahme am 16. Juli 2018 unauffällig und die Zunge trocken gewesen (Suva-Nr. 36 S. 18). Dies spreche deutlich gegen die vom Hausarzt postulierte «Wassereinlagerung in den Lungen», jedoch für einen Mangel an Flüssigkeit. Erst nach den rezidivierenden Aspirationen hätten dann als Zeichen einer Pneumonie rechts basale Rasselgeräusche auskultiert werden können (a.a.O.). Radiologisch seien zu diesem Zeitpunkt keine Zeichen eines Lungenödems dokumentiert und auch in der Folge nicht beschrieben worden (A.S. 43). An den Postulaten des Hausarztes und seinen daraus abgeleiteten Konklusionen bestünden erhebliche Zweifel. Seiner Argumentation bezüglich einer Unfallkausalität des Todes des Versicherten könne nicht gefolgt werden. Der Tod stehe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. Mai 1989. Eine langfristige und / oder hochdosierte Einnahme von NSAR sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Grund des Unfalls erforderlich gewesen (A.S. 43).

3.3.2 Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie FMH, hielt fest, neurologisch gesehen seien folgende Gesundheitsbeeinträchtigungen von Bedeutung: Eine kardio-vaskuläre Erkrankung mit zwei Herzinfarkten und ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus seien seit 1991 bekannt. Im Austrittsbericht des Kantonsspitals G.____ würden im Juni 2018 eine hypertensive und valvuläre Kardiopathie, ein permanentes Vorhofflimmern mit Erstdiagnose im Mai 2012, eine zerebrovaskuläre Verschlusskrankung mit Erstdiagnose im Jahr 2009, mehrere zerebrovaskuläre Insulte mit passagerer armetonter Hemiparese rechts, Mundastparese rechts, Dysarthrie und Ataxie sowie eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit schwerer pulmonal-arterieller Hypertonie erwähnt (s. Suva-Nr. 36 S. 1 f.). Anlässlich einer stationären Neurorehabilitation vom 21. Juni bis 16. Juli 2018 habe man eine Wesensveränderung mit Wahngedanken und akustischen Halluzinationen festgestellt; der Beschwerdeführer habe Nahrung und Medikation verweigert. Es hätten Zeichen einer schweren Depression bestanden (s. Suva-Nr. 36 S. 14). Während des anschliessenden stationären Aufenthalts im Kantonsspital G.____ vom 16. Juli bis 1. August 2018 sei schliesslich am 20. Juli 2018 eine Aspirationspneumonie bei Schluckstörungen diagnostiziert worden (s. Suva-Nr. 36 S. 18). Der Versicherte sei multimorbid gewesen. Die aufgezählten Gesundheitsbeeinträchtigungen könnten keinesfalls durch die Einnahme von Schmerzmitteln erklärt werden. Vielmehr handle es sich um typische Erkrankungen des Alters, anlagebedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen und Folgeerkrankungen des Lebenswandels, z. B. des Nikotinkonsums mit 20 Pack Years. Die Konstellation dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen sei zweifellos geeignet gewesen, den Tod des Versicherten am 1. August 2018 herbeizuführen. Aus neurologischer Perspektive ergäben sich abgestützt auf die zur Verfügung stehende medizinische Dokumentation keine Hinweise, die einen kausalen Zusammenhang des Todes zum Unfall 9. Mai 1989 begründen könnten (A.S. 43).

3.3.3 Prof. Dr. med. N.____, Klinische Epidemiologin und Fachärztin für Innere Medizin, erklärte, die nephrologische Beurteilung finde auf der Grundlage einer unvollständigen Aktendokumentation statt. Die vorliegenden medizinischen Unterlagen umfassten den Zeitraum vom 18. Mai 1989 bis zum August 1994 mit dem Vermerk, dass das Dossier ab dem 15. Dezember 1998 nicht mehr physisch nachgeführt werde (s. Suva-Nrn. 1 - 5). Für die letzten Lebensmonate (2. Juni bis 1. August 2018) lägen ausführliche Austrittsberichte des Kantonsspitals sowie einige Berichte des Hausarztes pract. med. J.____ und des

behandelnden Nephrologen Dr. med. H.____ vor. Für den Zeitraum von Dezember 1998 bis zum 2. Juni 2018 fänden sich keine medizinischen Dokumente. Insbesondere fehlten internistische und nephrologische Originalbefunde, wie z.B. der Befund zur Nierenbiopsie aus dem Jahr 2010 sowie der medizinische Kontext und die Fragestellung, welche die Biopsie veranlasst habe, so dass die nephrologische Beurteilung weitgehend auf der Grundlage sekundärer Dokumentation in Zwischen- und Entlassungsberichten erfolge. Trotzdem erscheine es möglich, die Frage nach der unfallkausalen Nierenschädigung durch einen möglichen hohen Konsum an nicht-steroidalen Antirheumatika und die postulierte Kausalkette vom Kniesturz im Mai 1989 bis zum Ableben durch Aspirationspneumonie zu beantworten (A.S. 44): Wie vom Kreisarzt Dr. med. I.____ dargelegt (E. II. 3.2.5 hiervor) und in den Ausführungen von med. pract. K.____ bestätigt (E. II. 3.3.1 hiervor), habe der am 9. Mai 1989 stattgehabte Sturz des Versicherten auf sein massiv arthrotisch vorgeschädigtes Knie zu keinem strukturellen Schaden geführt. Es sei davon auszugehen, dass ein solcher Kontusionsschaden nach sechs Monaten unfallkausal abgeklungen sei. Was den NSAR-Konsum im ersten Jahr nach dem Unfall angehe, so lägen für den Zeitraum bis zur kreisärztlichen Untersuchung am 12. April 1990 (s. Suva-Nr. 1 S. 18) über zehn Arztzeugnisse und ärztliche Zwischenberichte (vor allem des Hausarztes Dr. med. C.____) sowie Entlassungsberichte aus dem Kantonsspital E.____ vor. Nur in den beiden Berichten des Hausarztes zeitnah zum Unfall (19. Mai und 23. Juni 1989, s. Suva-Nrn. 1 S. 42 + 46) würden als Behandlung antiphlogistische Schmerzmittel aufgeführt. In allen nachfolgenden Berichten fehlten solche Hinweise, erst recht auf eine Behandlung mit dem Opioid-Derivat Tramal, welches in der Beschwerdeschrift aufgeführt werde. Der Kreisarztbericht vom 12. April 1990 zitiere den Versicherten, wonach er weiterhin intensiv Physiotherapie sowie Heimtraining zur Mobilisation und Kräftigung betreibe und möglichst wenig Schmerzmittel nehme (s. Suva-Nr. 1 S. 18). Die fehlende Dokumentation einer Behandlung mit Schmerzmitteln oder gar mit massiven Dosen von Schmerzmitteln widerspreche der Aussage von Dr. med. H.____ vom 16. August 2018 (E. II. 3.2.2 hiervor), seit dem Unfall von 1989 seien massiv NSAR eingesetzt worden (A.S. 44). Was die Nierenerkrankung betreffe, so berichte der behandelnde Nephrologe Dr. med. H.____ am 16. August 2019 (E. II. 3.2.2 hiervor), durch die Biopsie vom 22. Januar 2010 sei gesichert, dass die Niereninsuffizienz «hauptsächlich» auf eine Nephrokalzinose zurückzuführen sei, verursacht durch eine Pankreasinsuffizienz. NSAR verursachten weder eine Pankreasinsuffizienz noch eine Nephrokalzinose. Darüber hinaus finde das Nierenproblem, welches zur Biopsie geführt habe, mehr als 20 Jahre nach dem Unfall statt. In den vorliegenden Dokumenten bis August 1994 sei zu keinem Zeitpunkt von einer Nierenerkrankung, einer eingeschränkten Nierenfunktion oder einer stattgehabten Pankreaserkrankung mit nachfolgender Pankreasinsuffizienz die Rede gewesen. Von daher sei kein Zusammenhang zwischen NSAR und der Nephrokalzinose als Hauptursache für die Nierenerkrankung ersichtlich. Als weitere Risikofaktoren für die Niereninsuffizienz kämen Bluthochdruck und der bereits 1989 dokumentierte Diabetes mellitus Typ 2 in Frage, der in der Niere («diabetische Glomerulosklerose», Bericht Kantonsspital G.____ vom 28. Juni 2018, s. Suva-Nr. 36 S. 1) wie auch in anderen Organen zu erheblichen Komplikationen geführt habe (Retinopathie in den Augen, Nervenschädigung in Form von Polyneuropathie, koronare Herzerkrankung mit abgelaufenem Herzinfarkt, Schlaganfall im Jahr 2009). Die «diabetische Glomerulosklerose» sei eine histologische Diagnose und könne daher nur über eine Nierenbiopsie gestellt worden sein. Leider liege weder der histologische Originalbericht vor noch gebe es einen Hinweis, in welchem Jahr die Biopsie stattgefunden

habe (A.S. 45). Grosse epidemiologische Studien hätten bei Personen ohne vorbestehenden Nierenschaden bisher keinen überzeugenden Zusammenhang zwischen chronischer NSAR-Einnahme und chronischer Niereninsuffizienz nachzuweisen vermocht. Möglicherweise könnten grosse Mengen von NSAR in einigen Fällen eine chronische Niereninsuffizienz hervorrufen. Angesichts der hohen Zahl an Verordnungen sei die Anzahl betroffener Patienten gering. Ausserdem sei es möglich, dass NSAR bei Patienten mit vorbestehender Nierenerkrankung zu deren Progredienz beitragen. Für den Zeitraum der unfallkausalen Kontusion des rechten Knie, d.h. bis zur kreisärztlichen Untersuchung am 12. April 1990 (s. Suva-Nr. 1 S. 18), sei weder ein relevanter Konsum an NSAR-Schmerzmitteln beschrieben noch habe zu diesem Zeitpunkt bereits eine Nierenerkrankung vorgelegen. In der Gesamtschau sei für den Zeitraum der unfallkausalen Kontusion des rechten Knies, d.h. bis zur ersten kreisärztlichen Untersuchung am 12. April 1990, weder ein relevanter Konsum an NSAR oder anderen Schmerzmitteln dokumentiert noch eine Nierenerkrankung erwähnt worden. Ursache für eine nach 1994 diagnostizierte Nierenerkrankung seien eine 2010 histologisch gesicherte Nephrokalzinose auf dem Boden einer Pankreasinsuffizienz sowie die diabetesbedingte Glomerulosklerose bei einem mehr als 30 Jahre bestehenden Typ 2-Diabetes mellitus, der neben dem Nierenbefall zu weiteren Endorganschäden (Augen, Nerven, Herz, Gehirn) geführt habe. Damit sei die postulierte Kausalkette von der 1989 erlittenen Kniekontusion ohne strukturellen Schaden hin zur Niereninsuffizienz und der Aspirationspneumonie als Todesursache nicht überwiegend kausal (A.S. 45). Der Hausarzt pract. med. J.____ postuliere in seinen drei Berichten aus dem Jahr 2019 (E. II. 3.2.4 + 3.2.6 hiervor) einen starken Zusammenhang zwischen der langjährigen NSAR-Einnahme, der Niereninsuffizienz und der Aspirationspneumonie, an welcher der Versicherte letztendlich verstorben sei (A.S. 45 f.). Dabei blieben in dieser «Kausalkette» die beiden histologisch nachgewiesenen Hauptursachen für die Nierenerkrankung – die Nephrokalzinose und die diabetische Glomerulosklerose – völlig unerwähnt. Wie ausgeführt, könne nicht ausgeschlossen werden, dass die Einnahme der NSAR möglicherweise einen Beitrag geleistet habe. Im Vergleich zur Pankreasinsuffizienz und zum Diabetes mellitus mit nachgewiesenem ursächlichem Zusammenhang zur Nierenerkrankung sei die Auswirkung der NSAR auf die Entwicklung einer Nierenerkrankung oder ihrer Verschlechterung möglich, aber sicher nicht überwiegend wahrscheinlich (A.S. 46). 3.3.4 Die Suva-Ärzte gelangten gemeinsam zum Schluss, dass zwischen dem Unfall vom 9. Mai 1989 und dem Tod des Versicherten am 1. August 2018 aus medizinischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein kausaler Zusammenhang bestehe. Der Argumentation von pract. med. J.____ und Dr. med. H.____ könne nicht gefolgt werden (A.S. 46).

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