

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00118 vom 31. Mai 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2016.00118](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00118)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00118 du 31 mai 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00118 del 31 maggio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

2. Oktober

2015 verneinte die AXA einen Anspruch der

Witwe auf eine

Hinterlassenenrente

aus der obligatorischen Unfallversicherung

(Urk. 8/ A 152 ). Die von X.\_\_\_\_ dagegen erhobene Einsprache vom 2. November 2016 (Urk. 8/ A 155 ) wies die AXA mit Einspracheentscheid vom 15.

April 2016 (Urk. 2) ab.

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 26. Oktober 1987 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2.1**

Gemäss

Art. 28 UVG haben der überlebende Ehegatte und die Kinder Anspruch auf Hinterlassenenrente, wenn der Versicherte an den Folgen des Unfalls (dem gemäss

Art.

### **E. 1.2.2**

Für das Bestehen des Anspruchs auf Hinterlassenenleistungen ist vorausgesetzt, dass der Versicherte „an den Folgen eines versicherten Ereignisses stirbt“ (Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Auflage Bern 1989, S. 426).

Damit ist das Erfordernis des rechtsgenügenden Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Tod) angesprochen, wonach die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG voraussetzt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.2.3**

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Es ist somit zu prüfen, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zwischen dem Tod des Versicherten und dem anerkannten Unfall ein natürlicher Kausalzusammenhang anzunehmen ist. Dies ist eine Tatfrage, für deren Beantwortung in erster Linie auf die medizinischen Beurteilungen abzustellen ist. Ist der natürliche Kausalzusammenhang nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, ist eine zwingende Anspruchsvoraussetzung nicht erfüllt und es besteht keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin.

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 1.5**

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich

widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 1

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid im Wesentlichen auf den Standpunkt, die behandelnden und beratenden Ärzte seien übereinstimmend zum Schluss gekommen, zwischen dem Unfallereignis und dem Tod von Y.\_\_\_\_ sei ein Kausalzusammenhang nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Vielmehr handle es sich um einen natürlichen Todesfall aufgrund einer beidseitigen Lungenentzündung. Selbst wenn gewisse gesundheitliche Vorkommnisse noch in einem - allenfalls teilweisen - Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stünden, so könne nicht von einer generellen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation ausgegangen werden, welche schliesslich zum Tod geführt habe. Damit bestehe kein Anspruch auf die Ausrichtung einer Hinterlassenenrente (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen im Wesentlichen vor, Y.\_\_\_\_ habe seit dem anerkannten Unfallereignis vom 26. Oktober 1987 permanent an verschiedenen Unfallfolgen gelitten. Insbesondere habe er immer wieder an Krampfanfällen, Schluckstörungen, Problemen mit der Nahrungsaufnahme sowie mit der Lunge (Aspirationspneumonie und Lungen-Tbc) gelitten. Gemäss Informationen aus dem Internet handle es sich dabei um völlig typische Folgen eines Schädelhirntraumas (Urk. 1 S. 6). Die Beschwerdeführerin habe nicht berücksichtigt, dass

bei Y.\_\_\_\_

eben gerade wegen dem Unfall im Jahre 1987 immer wieder Schluck- und Lungenprobleme

aufgetreten seien und es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur deswegen überhaupt zur Lungenentzündung, welche schliesslich zu seinem Tode geführt habe, gekommen sei. Insbesondere genüge es rechtsprechungsgemäss, wenn der Unfall für den Tod zumindest eine Teilursache darstelle. Die Tatsachen, dass sämtliche Vorfahren von Y.\_\_\_\_ durchschnittlich 90 Jahre alt geworden seien und die durchschnittliche Lebenserwartung von Männern in der Schweiz generell bei mehr als 80 Jahre liege, erhellte zusätzlich, dass der Tod von Y.\_\_\_\_ unnatürlich früh eingetreten sei (Urk. 1 S. 7). So habe denn auch der zuletzt behandelnde Arzt Dr. I.\_\_\_\_ bestätigt, Y.\_\_\_\_

sei an den Folgen des Unfalls vom 26. Oktober 1987 verstorben. Gemäss der Beweismaxime, wonach die sogenannte spontanen Aussagen in der Regel unbefangener und zuverlässiger seien als spätere Darstellungen, verdiene diese klare Aussage besondere Beachtung. Demgegenüber habe der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. G. \_\_\_\_, Y. \_\_\_\_, nie persönlich gesehen. Im Übrigen lasse seine Beurteilung wesentliche Diagnosen und Anfälle (insbesondere diverse Krampfanfälle und Hinweise auf Schluck- und Lungenprobleme) ausser Acht (Urk. 1 S. 8) und habe Dr. G. \_\_\_\_, seine Einschätzung in keiner Weise begründet. Auch der zweite beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. H. \_\_\_\_, habe die Aktenlage nicht vollständig wiedergegeben und insbesondere den Umstand ausser Acht gelassen, dass in den Akten mehrere Hinweise auf Schluckbeschwerden vorhanden seien. Im Übrigen habe Dr. H. \_\_\_\_, klar die Meinung vertreten, dass sowohl die epileptischen Anfälle bis 1989 als auch diejenigen im Jahr 2010 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge des Unfalls 1987 eingestuft werden müssten. Damit sei Dr. H. \_\_\_\_, derselben Meinung wie Dr. I. \_\_\_\_, und anderer Ansicht als Dr. G. \_\_\_\_, (Urk. 1 S. 10). Hinweise auf einen natürlichen Tod gebe es in casu keine. Im Zweifelsfalle sei ein gerichtliches Gutachten aus dem Bereich der Neurologie, eventuell Pneumologie, einzuholen (Urk. 1 S. 11). Nachdem die Beschwerdegegnerin den Unfall von 1987 anerkannt habe, liege es rechtsprechungsgemäss nunmehr an ihr

zu beweisen, dass der Tod von Y. \_\_\_\_, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich auf Ursachen beruhe, welche nichts mit dem Unfall von 1987 zu tun hätten (Urk. 1 S. 12).

### **E. 2.3**

In der Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen aus, allein der Umstand, dass Schluckstörungen resp. der Verdacht auf solche sowie Aspirationspneumonie in den Akten verschiedentlich dokumentiert

worden seien, vermöge einen Kausalzusammenhang zum Unfall im Jahre 1987 nicht zu beweisen (Urk. 7 S. 7). Zwar seien in den Jahren 1988/89 tatsächlich Schluckschwierigkeiten festgehalten worden. Entscheidend sei dem gegenüber einzig der Zustand, in welchem sich Y. \_\_\_\_, vor seinem Tod befunden habe und nicht etwa derjenige in den Jahren 1988/89 oder in den

Jahren danach. Jedenfalls seien in den Jahren vor seinem Tod weder Schluckstörungen noch Lungenprobleme explizit festgehalten worden. Insbesondere sei in den vorliegenden Akten lediglich der Verdacht auf eine Aspirationspneumonie festgehalten worden. Dieser sei schliesslich durch den Schädel-CT-Nachweis eines Subduralhämatoms

temporo-parietal links vom Tisch geräumt worden (Urk. 1 S. 9). Im Übrigen sei die Familienanamnese oder durchschnittliche Lebenserwartung zur Beurteilung der Kausalität irrelevant. Sodann habe Dr. I. \_\_\_\_, auf entsprechende Nachfragen eingeräumt, nicht beurteilen zu können, ob die beidseitige Lungenentzündung eine Kausalfolge des Unfalls von 1987 sei. Die erste unbegründete Stellungnahme, wonach Y. \_\_\_\_, an den Unfallfolgen von 1987 gestorben sei, könne damit nicht als Beleg für die Version der Beschwerdeführerin herangezogen werden (Urk. 7 S. 11 f.). Entgegen der Beschwerdeführerin habe Dr. H. \_\_\_\_, erklärt, die epileptischen Anfälle 2010 seien hauptsächlich als Folge des damals diagnostizierten Subduralhämatoms und eher als Unfallfolgen einzustufen. Eine sekundäre Epilepsie 2010 sei zu einem kleineren Teil auch als unfallkausal zu werten. Damit habe Dr.

H.\_\_\_\_ keinesfalls klar die Meinung vertreten, die epileptischen Anfälle 1989 bis 2010 seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge zu taxieren. Ausserdem habe Dr. G.\_\_\_\_ ausdrücklich festgehalten, die epileptischen Anfälle 2010 stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis von 1987 (Urk. 7 S. 14 f.). Zusammenfassend habe kein behandelnder oder begutachtender Arzt - selbst der durch die Beschwerdeführerin angeführte behandelnde Arzt Dr. I.\_\_\_\_ - einen

Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 26. Oktober 1987 und dem Todeseintritt am 6. Juli 2015 bestätigt. Die Berichte des behandelnden Arztes Dr. I.\_\_\_\_ und der begutachtenden Ärzte Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_

würden den Vorgaben der Rechtsprechung entsprechen und diese hätten insbesondere keine wesentlichen Aktenstücke

übersehen (Urk. 7 S. 15).

#### **E. 2.4**

In der unaufgefordert zugestellten Stellungnahme vom 3. August 2016 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen in der Beschwerde fest. Ergänzend stellte sie sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe zu beweisen, dass der Tod von Y.\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht (auch nicht teilweise) auf das Unfallereignis im Jahr 1987 zurückzuführen sei (Urk.

#### **E. 2.5**

Mit Stellungnahme vom 5. September 2016 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen in der Beschwerdeantwort fest. Ergänzend führte sie im Wesentlichen aus, im Zusammenhang mit der Frage nach der natürlichen Unfallkausalität des Todes von Y.\_\_\_\_ treffe sie eine Abklärungspflicht, nicht aber eine Pflicht zu beweisen, dass der Tod nicht Folge des Unfalls sei (Urk. 14 S. 2). Dieser Abklärungspflicht sei sie nachgekommen (Urk.

#### **E. 2.6**

In einer weiteren Stellungnahme vom 8. September 2016 führte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen erneut aus, die Beschwerdegegnerin verkenne, dass blosser Teilkausalitäten rechtsprechungsgemäss ausreichen (Urk.

#### **E. 7**

Im Mai 2016 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 15. April 2016 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr eine Hinterlassenenrente aus der obligatorischen Unfallversicherung im Sinne von Art. 28 ff des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 21. Juli 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was der Beschwerdeführer in am 25. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Mit unaufgefordert eingereichter Stellungnahme vom 3. August 2016 teilte die Beschwerdeführerin dem Gericht mit, vollumfänglich an den Ausführungen gemäss Beschwerde vom 17. Mai 2016 festzuhalten

(Urk. 10). Ausserdem legte sie die Honorarnote ihres Rechtvertreters auf (Urk. 11).

Das Doppel der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 3. August 2016 wurde der Beschwerdegegnerin am 4. August 2016 zur Stellungnahme innert angesetzter Frist

zugestellt ( Urk. 12). Mit Eingabe vom 5. September 2016 hielt die Beschwerdegegnerin unter Beilage von Urk. 15 (Vorlage/Fragekatalog an den beratenden Arzt Dr.

H.\_\_\_\_

vom 19. Januar 2016) an ihren Anträgen gemäss Beschwerdeantwort vom 21. Juli 2016 fest ( Urk. 14) . Die Doppel dieser Eingabe wurde der Beschwerdeführerin am 6. September 2016 zur Stellungnahme innert angesetzter Frist zugestellt ( Urk. 16). Mit Eingabe vom 8. September 2016 hielt die Beschwerdeführerin an ihren bisherigen Anträgen vollumfänglich fest ( Urk. 17), was der Beschwerdegegnerin am 9. September 2016 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 19). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die Akten ist, soweit für die Entscheidung erforderlich, in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 9**

Abs. 3 UVG Berufskrankheiten gleichgestellt sind) stirbt.

Dies stellt einen - vom Tod der versicherten Person abgeleiteten - selbständigen Anspruch dar (BGE 135 V 153 Erw. 4.4 S. 158 f. und Erw. 4.11 S. 161 f.).

### **E. 10**

S. 4 ).

### **E. 14**

S. 5 f. ) .

### **E. 17**

S. 3). 3. 3.1

Gemäss Zwischenbericht der J.\_\_\_\_ vom 16. August 1988 wurde

bei Y.\_\_\_\_ ein schweres Schädelhirntrauma nach Schussverletzung mit spastischem Hemisyndrom links diagnostiziert. Unter Physiotherapie hätten gewisse Fortschritte im Bereich der Grobmotorik erzielt werden können . Durch Mundtraining und Sprachstimulation hätten sich auch Fortschritte im Bereich der Schluckschwierigkeiten gezeigt . Es sei jedoch mit einer bleibenden Hirnorganischen Schädigung grösseren Ausmasses zu rechnen ( Urk. 8/M2). 3.2

Von Juli bis September 1988 hielt sich Y.\_\_\_\_ zur intensiven Rehabilitation in der K.\_\_\_\_ auf , primär zum Gehtraining sowie zur Verbesserung der Ess- und Schluckfunktionen . Gemäss Bericht vom 17. November 1988 hätten während der Hospitalisation nur sehr langsame Fortschritte bei stark wechselnder Bewusstseinslage erreicht werden können . Daraufhin wurde Y.\_\_\_\_

in die Höhenklinik A.\_\_\_\_ zurückverlegt ( Urk. 8/M3).

3.3

Gemäss Bericht der J.\_\_\_\_

A.\_\_\_\_ vom 23. November 1988 waren die Rehabilitationsmöglichkeiten dannzumal ausgeschöpft. Es bestehe ein anhaltender Hirnsubstanzverlust mit einem hirnlokalen psychoorganischen Syndrom ( Urk. 8/M4). Im Dezember 1988 wurde Y.\_\_\_\_ im kantonalen Krankenhaus C.\_\_\_\_ hospitalisiert ( Urk. 8/M5). 3.4

Dem Bericht des B.\_\_\_\_ vom 20. Juni 1989 ist in somatischer Hinsicht ein stationärer Verlauf zu entnehmen. Demgegenüber habe sich die psychische Situation eher verschlechtert. Der letzte Grand Mal Anfall habe sich im April 1989 zugetragen (Urk. 8/M6, wobei keine Angaben über frühere Anfälle bestehen, vgl. 8/M7). 3.5

In den folgenden Jahren wurde im Wesentlichen ein unveränderter Zustand bei Status nach Schädelhirntrauma frontoparietal rechts am 26. Oktober 1987 mit motorischem Hemisyndrom links, zentraler Facialparese links, organischem Psychosyndrom mit Desorientiertheit und Antriebsstörung sowie posttraumatische (sekundäre) Epilepsie dokumentiert (Zwischenberichte des L.\_\_\_\_ vom 24. August 1992, 1. Juni 1993, 7. Juni 1994, 27. Januar 1995, Urk. 8/M8-11). 3.6

Im Februar 2010 erlitt

Y.\_\_\_\_

einen epileptischen Anfall mit Zungenbiss und Urinabgang, woraufhin er notfallmässig im Spital M.\_\_\_\_ zur Überwachung stationär aufgenommen

wurde. Nach Angaben seiner Angehörigen habe es sich dabei um den ersten epileptischen Anfall seit 20 Jahren gehandelt (vgl. Urk. 8/M16). Noch selben Tags sei es zu einem weiteren tonisch-klonisch generalisierten Krampfanfall gekommen. Der weitere Verlauf habe sich problemlos gestaltet, so dass Y.\_\_\_\_ bei gutem Allgemeinzustand und anfallsfrei habe entlassen werden können. Dem

Austrittsbericht

vom 4. März 2010 sind – nebst dem bekannten Schädelhirntrauma – folgende Diagnosen zu entnehmen

(Urk. 8/M14) :

- Status nach zerebralem Insult 1999 mit - residueller Hemiparese des linken Arms - Status nach Lungen-Tbc - Status nach symptomatischen Bradykardien - DD Nebenwirkung Carbamazepin - Thrombopenie, vorbestehend - DD Nebenwirkung Carbamazepin 3.7

Im März 2010 wurde Y.\_\_\_\_ aufgrund einer unklaren Vigilanzminderung mit Verdacht auf Aspirationspneumonie dem Spital D.\_\_\_\_ zugeführt. Ein Schädel-CT ergab den Nachweis eines zweiseitigen Subduralhämatoms

temporo-parietal links sowie einer kleinen Blutung temporal rechts. Die beurteilenden Ärzte kamen zum Schluss, retrospektive sei der epileptische Anfall vom Februar 2010 und die nachfolgende Vigilanzminderung am ehesten im Rahmen des vorliegenden Subduralhämatoms zu erklären (Verlegungsbericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 18. März 2010, Urk. 8/M16). 3.8

Am 18. März 2010 wurde das chronische Subduralhämatom links mittels zweier Bohrlöcher im B.\_\_\_\_

evakuiert. Der Eingriff erfolgte komplikationslos (vgl. Bericht des B.\_\_\_\_ vom 25. März 2010, Urk. 8/M20).

3.9

Zufolge Schluckschwierigkeiten wurde Y.\_\_\_\_

Ende März 2010 eine PEG-Sonde eingelegt, mittels welcher er zunächst vollständig ernährt wurde. Im Mai 2010 trat insoweit eine Besserung ein, dass er nunmehr kleinere Mahlzeiten ohne Aspirationsgefahr oral einnehmen konnte. Gleichzeitig wurde er in Teil der Flüssigkeit und Nahrung zur Sicherung einer ausreichenden Kalorienzufuhr weiterhin per Sonde ergänzt (vgl. Urk. 8/M16, Urk. 8/M22). 3.10

Nach Lage der vorliegenden Akten litt Y.\_\_\_\_ in den nachfolgenden Jahren insbesondere an Urinkontinenz unklarer Ätiologie sowie an rezidivierenden Harnwegsinfektionen (Urk. 8/M28, Urk. 8/M36, Urk. 8/M48). Im Bericht vom 25. September 2015 hielt der zuletzt behandelnde Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Leitender Arzt, Pflegezentrum F.\_\_\_\_, folgende Diagnosen fest (Urk. 8/M57): - Zerebraler Insult 1999 (1) - Subakut chronisches Subduralhämatom links 20.02. 2010, DD im Rahmen zerebraler Krampfanfall (2) - Epilepsie, ED 20.02. 2010 - mehrfach Bohrlochtrepanation, akute Nachblutung 03/2010 (B.\_\_\_\_) - Anlage PEG 03/2010 bei progredienter Dysphagie - Niereninsuffizienz Stadium IV (3) - Harn- und Stuhlinkontinenz (4) - neurogen bedingt - Arterielle Hypertonie, zuletzt unbehandelt (5) - Status nach Lungen-Tbc (6) - Status nach oberer gastrointestinaler Blutung 03/2010 (7) - Status nach symptomatischer Bradykardie und Thrombopenie 2010 (8) - DD unter Therapie mit Carbamazepin - Chronische Obstipation (9) 3. 1 1

Seit 2010 hielt sich Y.\_\_\_\_ bis zu seinem Tod am 6. Juli 2015 im Pflegezentrum F.\_\_\_\_ auf. Dr. I.\_\_\_\_ bestätigte mit Schreiben zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 11. September 2015, Y.\_\_\_\_ sei an den Unfallfolgen vom 26. Oktober 1987 verstorben (Urk. 8/M55). Auf entsprechende Rückfragen führte er mit Schreiben vom 13. Januar 2016 aus, die Diagnosen 1,

2,

8 und 9 (vgl. E. 3.10) seien seines Erachtens als mögliche Folgeerkrankungen des Unfalls von 1987 zu sehen. Bei den Diagnosen 3, 4, 5, 6 und 7 (vgl. E. 3.10) handle es sich seines Erachtens eher als Begleiterkrankungen. Klinisch habe zuletzt eine beidseitige Lungenentzündung vorgelegen. Diese sei als mutmasslich wahrscheinlichste Todesursache anzusehen (Respiratorische Globalinsuffizienz bei Pneumonie beidseits). Ob dies letztlich eine Kausalfolge des Unfalls von 1987 gewesen sei, könne er indes nicht beurteilen (Urk. 8/M59). 3.1 2

In seiner Aktenbeurteilung vom 7. Oktober 2015 kam Dr. G.\_\_\_\_ zum Schluss, Y.\_\_\_\_ habe ungeachtet der traumatischen Schädelhirnverletzung bereits 1999 einen zerebrovaskulären Insult mit residueller Hemiparese des linken Arms erlitten. Zur entscheidenden Verschlechterung sei es im Februar 2010 aufgrund der epileptischen Anfälle

sowie des diagnostizierten Subduralhämatoms

temporo-parietal links gekommen. Diese Befunde und Erkrankungen, welche schliesslich zum Tod geführt hätten, würden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit dem Unfallereignis von 1987 im Zusammenhang stehen (Urk. 8/M58). 3.1 3

In seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2016 hielt

Dr. H.\_\_\_\_

fest, das

Hemisyndrom links 1988 sei anfänglich eine Unfallfolge. So sei der rechte Hirnlappen frontal geschädigt worden ,

was sich jedoch erfreulich zurückgebildet habe . Der zerebrovaskuläre Insult 1999 mit residueller Hemiparese am Arm links stehe eher im Zusammenhang mit der arteriellen Hypertonie . Ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zum Unfall 1987 könne nicht bejaht werden. Die epileptischen Anfälle 1989 seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal. Der epileptische Anfall 2010 sei hauptsächlich als Folge des damals diagnostizierten Subduralhämatoms zu werten. Gleichzeitig dürfe eine erhöhte Epileptogenese vom rechten Frontallappen angenommen werden, sodass eine sekundäre Epilepsie 2010 zu einem kleineren Teil auch unfallkausal zu gelten habe. Das im Februar 2010 diagnostizierte Subduralhämatom sei nicht durch die Immobilität oder Ernährungsschwierigkeiten erklärbar. Es könne in diesem Alter völlig unabhängig von jedem Unfall auftreten. Häufig genüge ein banaler Kopfanprall. Der Tod

sei wahrscheinlich durch eine beidseitige Lungenentzündung eingetreten, was bei Bettlägerigkeit nach Hemisyndrom 1999 bei einem 73-jährigen Patienten nicht erstaune. Einen überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang zum Unfall von 1987 sei nicht auszumachen. Wäre eine Schädigung vom Hirnstamm eingetreten und wäre der Schluckakt gestört gewesen, so wäre eine Unfallkausalität eher zu befürworten. Da allerdings keinerlei Hinweise auf Schluckschwierigkeiten bestünden, sei das Auftreten der Lungenentzündung schicksalhaft . Mithin könne die Lungenentzündung nicht als Folge der vor allem rechts frontalen Hirnverletzung mit Amaurose rechts betrachtet werden ( Urk. 8/M60 ) . 4.

#### 4.1

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer an den Folgen einer respiratorischen Globalinsuffizienz bei beidseitiger Pneumonie verstarb (vgl. Urk. 8/M59, Urk. 8/M60 S. 2).

#### 4.2

Soweit sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt stellt, es sei unfallbedingt immer wieder zu Schluck- und Lungenproblemen gekommen und es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur deswegen zur tödlichen Lungenentzündung gekommen ( Urk. 1 S. 7), ist dem zunächst entgegenzuhalten, dass den vorliegenden Akten einzig zu entnehmen ist, dass Y.\_\_\_\_ in den Jahren 1988 und 2010 an Schluckschwierigkeiten erlitten hatte ( Urk. 8/M2, Urk. 8/22), er Ende März 2010 vollständig mittels PEG-Sonde ernährt werden musste und sich die Schluckbeschwerden jedenfalls ab Mai 2010 dergestalt verbesserten, dass die orale Aufnahme kleinerer Mahlzeiten ohne Aspirationsgefahr wieder möglich wurde. Dass Y.\_\_\_\_ bis zu seinem Tod an anhaltenden Schluckbeschwerden litt, ist den Akten jedenfalls nicht zu entnehmen und vermochte denn auch die Beschwerdeführerin nicht stichhaltig darzutun (vgl. in diesem Zusammenhang auch die Gesprächszusammenfassung vom 18. Februar 2011 hinsichtlich des Pflege- und Überwachungsaufwandes , Urk. 10/A126, Rubriken Morgen- Mittag- und Nachtessen: Das Essen wird - nach allfälliger Vorbereitung wie Brot streichen und in Stücke schneiden - vorgelegt bzw. hingestellt und er nimmt unter Aufsicht die Medikamente ein). Selbst wenn davon auszugehen wäre, so könnten Schluckschwierigkeiten zwar als mögliche (Teil-)Ursache der Lungenentzündung in Betracht gezogen werden, was denn auch die Beschwerdegegnerin nicht in Abrede stellt. Demgegenüber vermag die bloße Möglichkeit dem im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit selbstredend nicht Genüge zu tun. In diesem Zusammenhang bleibt

denn auch darauf hinzuweisen, dass es hier – entgegen der irri gen Vorstellung der Beschwerdeführerin –

keine anspruchsaufhebende Tat frage zu beurteilen gilt, sondern der für Hinterbliebenenleistungen leistungs begründenden natürlichen Kausalzusammenhang, weshalb die Beweislast nicht beim Unfallversicherer, sondern bei der versicherten Person bzw. bei der leistungsbeanspruchenden Person liegt (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_637/2013 vom 1 1. März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen). 4. 3

Was die behaupteten Lungenprobleme betrifft (vgl. Urk. 1 S. 6), so ist ledig lich ein Status nach Lungen-Tbc (unbekannten Datums , angeblich im letzten Schuljahr, vgl. Gutachten vom 1 1. Juli 1988, Urk. 10/M1 ) sowie der Ver dacht auf eine Aspirationspneumonie ( Urk. 8/M2) aktenkundig. Ganz zu schweigen davon, dass eine bloss e Verdachtsdiagnose dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht standzuhalten vermag, ist damit auch ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zum Todes eintritt

Jahrzehnte später nicht ausgewiesen. 4. 4

Aus dem Umstand, dass sämtliche Vorfahren von Y.\_\_\_\_ durchschnitt lich 90 Jahre geworden seien und die durchschnittliche Lebens erwartung von Männern in der Schweiz generell bei mehr als 80 Jahren liege ( Urk. 1 S. 7), vermag die Beschwerdeführerin selbstredend nichts zu ihrem Vorteil abzuleiten. 4.5

Sodann räumte auch der behandelnde Dr. I.\_\_\_\_

mit Schreiben vom 13. Januar 2016 ein, nicht beurteilen zu können, ob die Todesursache letzt endlich Kausalfolge des Unfalls von 1987 sei. Der Hinweis der Beschwerde führerin auf die Beweismaxime „der Aussage der ersten Stunde“ ( Urk. 1 S. 8), wonach auf das Schreiben von Dr. G.\_\_\_\_ vom 11. September 2015 abzustellen sei, gemäss welchem Y.\_\_\_\_ an den Unfallfolgen gestor ben sei, erweist sich in diesem Zusammenhang als unbehelflich und geht ins Le e re. 4.6

I m angefochtenen Einspracheentscheid stützte sich d ie Beschwerdegegnerin vom 15 . April 2016 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht schliesslich auf die

fachärztlich- neurologische Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2016, welche diese r in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den medizini schen Akten abgab. Es sind keine konkreten Indizien ersichtlich , welche gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ sprechen . Soweit die Beschwerdeführerin moniert, in der Kurzzusammenfassung der Aktenlage von Dr. H.\_\_\_\_

würden „Hinweise auf diverse Krampfanfälle zwischen 1989 und 2010, die immer wieder festgehaltene Schluckstörungen sowie auf die Aspirationspneumonie im Jahre 2010“ fehlen ( Urk. 1 S. 9) , so hat er damit lediglich die Aktenlage korrekt erfasst (vgl. vorstehend E. 4. 2 , E. 4. 3 ).

M it der Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_

vom 12. Februar 2016

liegt eine ebenso aufschlussreich e wie beweiskräftige Entscheidungsgrundlage vor, womit – entgegen der Beschwerdeführer in – auch kein weiterer Abklärungs bedarf

besteht (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

Mit ihren übrigen Einwänden ist die Beschwerdeführerin mangels Relevanz nicht zu hören.  
4. 7

Zusammenfassend besteht

zwischen dem Todeseintritt am 6. Juli 2015 und der beim Unfallereignis vom 26. Oktober 1987 erlittenen rechtsfrontalen Hirnverletzung kein überwiegend wahrscheinlicher (natürlicher) Kausalzusammenhang, weshalb die Beschwerdeführerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Hinterlassenenrente zu Recht verneinte.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Ausgangsgemäss ist keine Prozessentschädigung zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
HurstHediger

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