

BGer 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018

Bundesgericht, 2018-02-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_589_2017

FR: TF 8C_589/2017 du 21 février 2018

IT: TF 8C_589/2017 del 21 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann wegen Rechtsverletzungen gemäss Art. 95 und 96 BGG erhoben werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Immerhin prüft es, unter Berücksichtigung der allgemeinen Rüge- und Begründungspflicht im Beschwerdeverfahren (Art. 42 Abs. 1 und 2 BGG), grundsätzlich nur die geltend gemachten Vorbringen, falls allfällige weitere rechtliche Mängel nicht geradezu offensichtlich sind (BGE 141 V 234 E. 1 S. 236 ; 138 I 274 E. 1.6 S. 280). Es ist jedenfalls nicht gehalten, wie eine erstinstanzliche Behörde alle sich stellenden rechtlichen Fragen zu untersuchen, wenn diese vor Bundesgericht nicht mehr vorgetragen werden (BGE 133 II 249 E. 1.4.1 S. 254).

Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Militär- oder Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

E. 2.1

Die Vorinstanz hat die Rechtsgrundlagen zur Beurteilung der Streitsache zutreffend dargelegt. Dies betrifft die Ausführungen zu dem gemäss den übergangsrechtlichen Regelungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 anwendbaren Recht, zu den Voraussetzungen des Anspruchs auf Leistungen der Unfallversicherung (Art. 6 UVG), insbesondere zum Erfordernis eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung sowie zum Beweiswert ärztlicher Berichte. Darauf kann verwiesen werden.

E. 2.2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzt, indem sie einen Rückfall zum versicherten Unfall sowie eine richtunggebende Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustands und damit einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden verneinte.

E. 3.1.1

Gemäss Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend

können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296 f.; Urteil 8C_934/2014 vom 8. Januar 2016 E. 3.2, in: SVR 2016 UV Nr. 15 S. 46; Urteil U 180/93 vom 18. Juli 1994 E. 2, in: RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326).

E. 3.1.2

Die vom Unfallversicherer einmal anerkannte Leistungspflicht entfällt erst, wenn dieser nachweist, dass der Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; Urteil 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.1.2, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55; Urteil U 180/93 vom 18. Juli 1994 E. 3b, in: RKUV 1994 U Nr. 206 S. 326). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so bezeichnet die Rechtsprechung dies als richtunggebende Verschlimmerung (Urteil 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.1.1, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55 mit Hinweisen).

E. 3.2.1

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (Urteil 8C_819/2016 vom 4. August 2017 E. 3.2.1). Die Parteien tragen im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; 117 V 261 E. 3b S. 264).

E. 3.2.2

Bei Rückfällen und Spätfolgen obliegt es der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (Urteil 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55 mit Hinweis). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (Urteile 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55; U 180/93 vom 18. Juli 1994 E. 3b, in: RKUV 1994 U Nr. 206 S. 326). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2, in:

SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55).

E. 3.2.3

Die Beweislast für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens liegt demgegenüber beim Unfallversicherer, weil es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt. Auch dies muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Urteil 8C_901/2009 vom 14. Juni 2010 E. 3.2 mit Hinweisen, in: SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12, E. 3.2 mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil 8C_816/2009 vom E. 4.3 in: SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125). Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (zum Ganzen: Urteil 8C_269/2016 vom 10. August 2016 E. 2.4).

E. 3.2.4

Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Dabei ist zu beachten, dass ärztliche Auskünfte, die allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, beweisrechtlich nicht zu verwerten sind (vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc": BGE 142 V 325 E. 2.3.2.2 S. 330; 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.)

E. 4.1

In Würdigung der medizinischen Akten, die im angefochtenen Entscheid zutreffend zusammengefasst wurden, kam die Vorinstanz einerseits zum Ergebnis, dass die heute geltend gemachten Kaubeschwerden, die Kaufunktionsstörung, das CMD (Craniomandibuläre Dysfunktion; mit Symptomen wie Tinnitus und Kopfschmerzen) und die Zahnfehlstellung zeitlich erst weit nach dem Unfallereignis dokumentiert worden und keine bzw. keine eindeutigen Brückensymptome ausgewiesen seien. Mithin sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan, dass zwischen dem Unfallereignis und diesen geklagten Beschwerden eine natürliche und adäquate Kausalität im Sinn eines Rückfalls bestehe. Andererseits folge aus dem Gutachten des Dr. med. et med. dent. B._____, dem Beweiskraft zukomme, dass die Beschwerdeführerin an einem krankhaften Vorzustand mit Kaubeschwerden, Kaufunktionsstörung, CMD und einer Zahnfehlstellung leide, der durch den Unfall jedoch nicht verschlimmert worden sei. Vielmehr sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Gesundheitszustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), bezüglich dieser Leiden bereits im Unfallzeitpunkt erreicht gewesen. Mithin sei die Beschwerdegegnerin für diese Beschwerden nicht leistungspflichtig.

E. 4.2.1

Die Beschwerdeführerin wirft dem kantonalen Gericht zunächst vor, das Vorliegen von Brückensymptomen verkannt zu haben. Dazu verweist sie auf den Bericht der Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Universitätsspitals C._____ vom 18. Februar 2010, dem zu entnehmen ist, dass die Schneidekantendistanz (Abstand der Schneidezahnkanten bei geöffnetem Mund) 30 mm betrage und schmerzhaft eingeschränkt sei. Nach Ansicht der Beschwerdeführerin sollen diese Feststellungen eine unfallbedingt geschädigte Kaufunktion belegen. Dafür spreche auch, dass diese Klinik im Austrittsbericht vom 4. Februar 2010 unter "Procedere" ausschliesslich weiche Kost angeordnet habe.

Sodann seien zwischen dem Unfallereignis und dem von der Beschwerdegegnerin als Rückfallmeldung entgegengenommenen Gesuch des Universitätsspitals C._____ um Kostengutsprache für ein laterales Brauenlift und eine beidseitige Oberlidblepharoplastik vom 27. November 2013 weniger als drei Jahre vergangen. Dabei handle es sich nicht um eine ausserordentlich lange Zeitdauer, so dass die strengen Anforderungen an den Beweis nicht angebracht seien.

E. 4.2.2

In den erwähnten Berichten des Universitätsspitals C._____ werden, wie schon die Vorinstanz ausführte, ausser der Fraktur der lateralen und ventralen Wand der Kieferhöhle (Sinus maxillaris) keine Verletzungen der Zähne oder des Ober- und Unterkiefers beschrieben. Weiter hielt das Universitätsspital C._____ fest, dass der Zahnstatus ohne Hinweis auf ein Trauma und die Okklusion habituell und ungestört sei, zudem seien die Mandibula und Maxilla fest und ohne Anhaltspunkte für Frakturen. Dies bestätigte auch Gutachter Dr. med. et med. dent. B._____ anhand der CT-Aufnahmen vom 30. und 31. Januar 2010. Insofern erweist sich der Hinweis der Beschwerdeführerin auf einen Wikipedia-Artikel zur Mittelgesichtsfraktur als unergiebig, wird dort doch lediglich in allgemeiner Weise erwähnt, dass eine Jochbeinfraktur mit einer Unterkieferfraktur kombiniert sein kann (<https://de.wikipedia.org/wiki/Laterale_Mittelgesichtsfraktur> konsultiert am 15. Februar 2018), was hier gerade nicht der Fall war. In der Folge berichtete das Universitätsspital C._____ am 11. November 2010 sowie am 9. Juni 2011 über eine regelrechte Knochenheilung im Bereich der ehemaligen Frakturen und eine gute Belüftung der beiden Kieferhöhlen, bei einem verbleibenden, leichten Taubheitsgefühl im Bereich des linken Jochbeins. Mithin bestanden keine Anzeichen für die nun strittigen Beschwerden. Zwar erwähnte das Universitätsspital C._____ in seinem Kostengutsprachegesuch vom 23. November 2013 eine beidseitige Kaufunktionsstörung, doch führte es diese (zusammen mit dem Status nach Implantation eines künstlichen Hüftgelenks rechts 1999) lediglich unter den Nebendiagnosen auf und schlug keine Behandlungen dafür vor, so dass die Beschwerdeführerin daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten kann. Ebenso wenig zu helfen vermag ihr der Kostenvoranschlag des Dr. med. dent. D._____, vom 10. Januar 2014, der unfallbedingt angeschlagene (kontusionierte) Zähne meldete, steht dieser Befund doch im Widerspruch zu den eben erwähnten Angaben des Universitätsspitals C._____, wonach keine Zahnläsionen vorlagen. Dass der Beschwerdeführerin nach der Operation der Jochbein-/Jochbogenfraktur im Februar 2010 vorübergehend Schonkost verschrieben wurde, weist ebenfalls nicht auf eine dauerhafte, unfallbedingte Verschlechterung des Kausystems hin, zumal sie selbst nicht behauptet, seit dem Unfall nur noch weiche Speisen essen zu können. Weiter dürfte auch die Schneidekantendistanz im Anschluss an den Unfall und die Operation nur zeitweilig eingeschränkt und schmerzhaft gewesen sein. Denn im März 2015 konstatierte der Gutachter Dr. med. et med. dent. B._____ eine uneingeschränkte Mundöffnung mit 44 mm Schneidekantendistanz sowie eine uneingeschränkte und schmerzfreie Pro- und Laterotrusion. Schliesslich spricht der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin auch längere Zeit nach dem Unfall noch gewisse Heilungskosten (insbesondere für die Oberlidblepharoplastik) übernahm, nicht für das Vorhandensein von Brückensymptomen für die hier zu prüfenden Beschwerden. Angesichts der Aktenlage ist der Vorinstanz darin zuzustimmen, dass ein Rückfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan ist, wobei offen gelassen werden kann, inwiefern die zwischen Unfallereignis und Rückfallmeldung verstrichene Zeit strengere Anforderungen an den Wahrscheinlichkeitsbeweis rechtfertigt.

E. 4.3.1

Bei der Beurteilung der Frage, ob ein krankhafter Vorzustand durch das Unfallereignis richtungsweisend verschlimmert wurde, stützte sich die Vorinstanz, wie gesagt, im Wesentlichen auf das Gutachten des Dr. med. et med. dent. B._____ vom 13. August 2015. Der Gutachter hielt zunächst fest, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben als Kind mit einer kieferorthopädischen Dehnapparatur behandelt worden sei und in ihrer Jugend bereits eine Knirschiene habe tragen müssen. In der Folge sei eine kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgische Bisskorrektur mittels mandibulo-maxillärer Umstellungsosteotomie zur Diskussion gestanden, aber nicht durchgeführt worden. Im Sommer 2014 seien die ersten Prämolaren im Oberkiefer (14/24) wegen Abszessen und Überlastung extrahiert worden. Zudem seien Sägeschnitte im Oberkiefer durchgeführt worden, mit dem Ziel der Funktionswiederherstellung. Weiter führte der Experte aus, dass die Lähmung der linken Gesichtshälfte sowie das Fremdkörpergefühl, Stechen und Brennen über den zur Osteosynthese eingesetzten Metallplatten als nahezu sicher und eine Lidasymmetrie als überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen seien. Weitere geklagte Beschwerden erachtete er nur als möglicherweise unfallkausal (v.a. Spannungskopfschmerzen, Zähneknirschen mit verspannter Kaumuskulatur und Hörverminderung mit Tinnitus). Insbesondere seien die massive Beeinträchtigung der Kaufähigkeit und die Mühe mit dem Mundschluss eher nicht dem Unfallereignis zuzuordnen.

Im Einzelnen legt Dr. med. et med. dent. B._____ dar, dass die Kaubeschwerden infolge der Okklusionsstörung als unfallfremd vorbestehend beurteilt werden müssten, weil bereits im Kindes- und Jugendalter kieferorthopädische bzw. -chirurgische Massnahmen vorgenommen oder diskutiert worden seien. Auch seien in den Berichten des erstbehandelnden Spitals E._____ und des Universitätsspitals C._____ stabile Okklusionsverhältnisse ohne Frakturachweis des Ober- und Unterkiefers beschrieben. Ebenfalls bestätigten die CT-Aufnahmen vom 30. und 31. Januar 2010 die Abwesenheit von jeglichen traumatischen Läsionen des Ober- und Unterkiefers mit einem vorbestehenden frontal offenen Biss und einem Overjet (Überbiss der Frontzähne) von etwa 13 bis 15 mm. Für die Okklusionssituation und die Kaubeschwerden seien zudem weitere unfallfremde posttraumatische Faktoren mitverantwortlich: So zeige sich ein zunehmender horizontaler Knochenschwund im Sinn einer generalisierten Parodontopathie. Die Aufnahmen verdeutlichten den stark progredienten Knochenverlust bis zum Apex, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu den Abszessbildungen und notwendigen Zahnextraktionen im Oberkiefer geführt haben dürfte. Der Knochenschwund sei bereits vier Monate nach dem Trauma klar ersichtlich. Ein dermassen ausgeprägter Knochenschwund entwickle sich nicht in dieser kurzen Zeit, sondern sei vorbestehend und unfallfremd. Deswegen sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch zu den Zahnwanderungen gekommen. Die Kauproblematik/Zahnsituation hätte somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallgeschehen zum heutigen Beschwerdebild geführt und der Status quo sine sei erreicht.

Weiter erläutert der Gutachter, dass es sich bei der CMD und der Myoarthropathie um eine schmerzhafte Fehlregulation des Kauapparats mit psychischem, strukturellem und funktionellem Hintergrund handle. Das Hauptcharakteristikum bestehe in einer muskulären Verspannung des Kausystems mit multifaktoriellen Ursachen und vielschichtiger Symptomatik. Die Beschwerdeführerin habe bereits im Jugendalter eine Aufbisschiene

wegen Knirschens tragen müssen, was klar unfallfremd sei. Im Unfallzusammenhang könnte die emotionale Stresssituation durch das Unfallgeschehen als posttraumatisch gewertet werden und die CMD (sowie, damit zusammenhängend, den Tinnitus und die geklagte Spannungskopfschmerzen) möglicherweise verschlimmert haben. Inwiefern sich die CMD auch auf die Parodontopathie oder spätere Zahnwanderung ausgewirkt habe, könne aus medizinischer Sicht beim besten Willen nicht eingeschätzt werden. Auch sei der schicksalsmässige Verlauf der multifaktoriellen CMD nicht beurteilbar.

E. 4.3.2

Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht zu erschüttern:

E. 4.3.2.1

Zunächst beschränkt sich Dr. med. F. _____ in seinem Bericht vom 13. Januar 2016, auf den die Beschwerdeführerin Bezug nimmt, darauf, anhand eines Vergleichs von Zahnmodellen die Zahnstellung und die Beschwerden vor und nach dem Unfall zu beschreiben. Auch er spricht von einem krankhaften Vorzustand und erwähnt, dass die Beschwerdeführerin schon vor dem Unfall eine Nachtschiene (Michiganschiene) trug. Nach dem Unfall habe sich die Kontaktsituation zwischen dem Ober- und dem Unterkiefer massiv verschlechtert, und dies erkläre die starke Zunahme der muskulären Beschwerden und der Kopfschmerzen. Dass die Verschiebung der Zähne kausal auf den Unfall zurückzuführen ist, behauptet Dr. med. dent. G. _____ jedoch nicht. Ebenso hatte er schon in seinem Bericht vom 28. August 2014 dargelegt, dass ihm eine objektive Zuordnung der Beschwerden der Patientin in "vor und nach dem Unfall" schwerfalle. Im Übrigen erwähnte er auch dort einen fortgeschrittenen Lockerungsgrad der ersten beiden Prämolaren im Oberkiefer durch Stützgewebeverlust, der die Entfernung dieser Zähne notwendig machte, was sich mit der Einschätzung des Gutachters deckt. Die Vorinstanz hielt somit zu Recht fest, dass es sich bei den Ausführungen von Dr. med. dent. G. _____ um eine reine Beurteilung "post hoc ergo propter hoc" handelt, die den Beweis eines natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erbringt (s. E. 3.2.4). Im Übrigen lagen dem Gutachter die Abbildungen der Zahnmodelle vor. Dass er sich nicht vertieft damit auseinandersetzte, schadet, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, nicht, stützte er seine Abhandlungen doch auf verschiedene andere bildgebende Dokumente.

E. 4.3.2.2

Dr. med. dent. D. _____ bestätigte in seinem Bericht vom 30. September 2015 ebenfalls eine vorbestehende CMD, deren Symptome nach dem Unfall und den chirurgischen Eingriffen massiver in Erscheinung getreten seien. Schon bei geringen akzidentellen Einwirkungen und chirurgischen Eingriffen würden im craniomandibulären System vielfältige, diffuse Nebenwirkungen auftreten. Da er im Ruhestand sei, habe er keine eigene klinische Untersuchung vornehmen können. Auch Dr. med. dent. D. _____ vermag somit nicht aufzuzeigen, dass die Verschlechterung der CMD im konkreten Fall überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen ist, sondern gibt im Wesentlichen ebenfalls eine "post hoc ergo propter hoc" -Beurteilung ab. Zwar erachtet es der Gutachter Dr. med. et med. dent. B. _____, wie gezeigt, als grundsätzlich möglich, dass die CMD-Beschwerden durch den Unfall verschlimmert worden sein könnten. Die blosser Möglichkeit genügt allerdings, wie gesagt, nicht für die Annahme eines überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhangs (s. E. 3.2.1). Folglich kommt auch dem Auszug

aus der Website eines deutschen Zahnarztes mit Erläuterungen zur CMD, den die Beschwerdeführerin zitiert, keine Bedeutung zu. Denn dort werden lediglich in allgemeiner Weise die multifaktoriellen Ursachen einer CMD beleuchtet, ohne Bezug auf die konkrete gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin.

E. 4.3.3

Im Ergebnis verletzte die Vorinstanz kein Bundesrecht, als sie eine richtungweisende Verschlechterung eines krankhaften Vorzustands und die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin verneinte. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

E. 5

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu tragen (Art. 66 Abs. 1 BGG).

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