

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/70 vom 21. Oktober 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2017_70

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/70 du 21 octobre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2017/70 del 21 ottobre 2019

Regeste

Art. 6 UVG, Art. 11 UVV. Verneinung der Rückfallkausalität bzw. Spätfolgen in Bezug auf eine 14 Jahre nach einem Unfall gemeldete Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Oktober 2019, UV 2017/70). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_802/2019.

Volltext

Entscheid vom 21. Oktober 2019 Besetzung Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. UV 2017/70 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, GN Rechtsanwälte, St. Leonhard-Strasse 20, Postfach 728, 9001 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Sabine Baumann Wey, Vetsch Rechtsanwälte AG, Pilatusstrasse 26, 6003 Luzern, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ war bei der B.____ AG im Büro sowie der Weinhandlung tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten obligatorisch versichert, als sie am 26. Januar 1998 beim Herunternehmen eines Weinharasses stolperte und rückwärts auf den Boden fiel (Suva-act. 1-88, 1-96). Der am 29. Januar 1998 erstbehandelnde Dr. med. C.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, diagnostizierte eine rechtsseitige Diskushernie L5/S1 (Suva-act. 1-94, vgl. CT vom 24. März 1998; Suva-act. 1-93). Die Suva entrichtete Taggelder und kam für die Kosten der Heilbehandlung auf. Ab 24. August 1998 arbeitete die Versicherte wieder zu 50%, der behandelnde Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, wies sie jedoch an, keinerlei Lasten zu heben (Suva-act. 1-79 f.). Da die konservative Therapie erfolglos war, unterzog sich die Versicherte am 17. Dezember 1998 einer Diskektomie L5/S1 rechts (Suva-act. 67 f.). Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis per 31. Januar 1999 auf (Suva-act. 1-73). Mit Verfügung vom 6. April 2000 teilte die Suva der Versicherten mit, dass sie aufgrund der Einschätzung der behandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG; vgl. Suva-act. 1-7, 1-15) ab 1. Februar 2000 von einer Arbeitsfähigkeit von 75% und ab 1. Juni 2000 von 100% ausgehe. Sie stelle daher die Taggeldzahlungen ab 1. Juni 2000 ein (Suva-act. 1-5 f.). Am 19. Juni 2002 stolperte die Versicherte bei ihrer Tätigkeit im Service mit einem Tablett in der Hand auf einer Treppe und verdrehte sich den Oberkörper, ohne jedoch zu stürzen. Sie klagte darauf über akute Rückenschmerzen. Dr. C.____ diagnostizierte eine posttraumatische Lumboischialgie rechts. Vom 1. Juli bis 18. August 2002 attestierte er ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Er schloss die Behandlung am 16. August 2002 ab (vgl.

Zeugnis vom 30. Januar 2003; Suva-act. 2-135 f., Suva-act. 2-164). Die Mobiliar Versicherungen & Vorsorge (nachfolgend: Mobiliar) erbrachte als Unfallversicherer der Arbeitgeberin die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 3. Oktober 2003 stellte die Mobiliar die Leistungen ein (Suva-act. 2-116 f.). Dagegen erhoben die Versicherte, die Suva sowie die Swica Gesundheitsorganisation, Krankenversicherung der Versicherten, Einsprache (Suva-act. 2-105 ff., 2-113, 2-118). Am 12. November 2003 teilte die Mobiliar der Suva mit, dass sie auf die Einsprache mangels Aktivlegitimation nicht eintreten werde (Suva-act. 2-110). Mit Entscheid vom 11. Februar 2004 wies die Mobiliar die weiteren Einsprachen ab (Suva-act. 2-85 ff.). Dagegen erhoben die Versicherte sowie die Swica Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (Suva-act. 3-1 ff., 3-31 ff.). Das Verfahren wurde auf Antrag der Mobiliar zu weiteren Abklärungen sistiert (Suva-act. 3-9 ff., 7-4) und die Verfahrensleitung lud die Suva zum Prozess bei (Suva-act. 5). Am 17. Februar 2004 berichtete Dr. med. E.____, Orthopädie F.____, über eine chronische Lumboischialgie bei Osteochondrose und Diskushernie L5/S1. Es handle sich immer noch um einen Folgeschaden der im Dezember 1998 chirurgisch behandelten posttraumatischen Diskushernie L5/S1 rechts (Suva-act. 2-97 f.). Im September 2004 unterzog sich die Versicherte einer mikrochirurgischen Neurolyse S1 rechts sowie einer dorsolateralen Spondylodese L5/S1 mit Eigenspongiosa und translaminären Schrauben (Suva-act. 53-150 f.). Im Auftrag der Mobiliar wurde die Versicherte im Juni 2006 durch Ärzte der Klinik G.____ bidisziplinär (orthopädisch, neuropsychiatrisch) abgeklärt. Diese beurteilten in ihrem Gutachten vom 25. August 2006, zumindest die erste Diskushernie L5/S1 könne anamnestisch als traumatisch beurteilt werden, mit letzter Sicherheit sei dies zumindest nicht auszuschliessen. Der erneute Unfall vom Juni 2002 stelle höchstens eine Teilursache im Sinne einer erneuten Traumatisierung eines chronischen Vorzustandes dar (Suva-act. 11). Nachdem die Verfahrensleitung die Sistierung aufgehoben hatte (vgl. Suva-act. 15), hob das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 15. Oktober 2008 den Einspracheentscheid vom 11. Februar 2004 auf und wies die Sache zur Abklärung und Festlegung der weiteren Leistungen aufgrund des Unfalls vom 26. Januar 1998 an die Mobiliar zurück (Suva-act. 24). Auf die dagegen von der Suva erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil vom 2. März 2009 nicht ein (Suva-act. 23). Suva-Kreisarzt Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hatte am 5. November 2008 beurteilt, die Versicherte habe mit hoher Wahrscheinlichkeit schon vor dem Ereignis vom 26. Januar 1998 eine Protrusion aufgewiesen. Sowohl dieses Ereignis als auch dasjenige vom 19. Juni 2002 hätten nicht zu einer objektiv fassbaren dauernden Verschlimmerung der Beschwerden geführt. Verantwortlich für die derzeitigen Befunde sei ein degeneratives Bandscheibenleiden (Suva-act. 20). Im Auftrag der Mobiliar (vgl. Suva-act. 2-38) wurde die Versicherte im Juni 2010 durch Ärzte der Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (AEH) mittels Funktionsorientierter Medizinischer Abklärung (FOMA) untersucht. Diese listeten in ihrem Bericht vom 17. August 2010 als Diagnose ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts auf. Sie befanden, eine adaptierte Tätigkeit sei der Versicherten ganztags zumutbar. Falls bei der angestammten Tätigkeit als Buschauffeuse (seit 1. Juli 2007 ausgeübt; vgl. Suva-act. 2-25) längeres Stehen und Sitzen nicht unterbrochen werden könne, bestehe ein vermehrter Pausenbedarf von einer Stunde täglich, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 87.5% (Suva-act. 2-13 ff.). Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie, schätzte den Integritätsschaden in seiner Beurteilung vom 1. Juni 2011 auf 25% (Suva-act. 2-8 ff.). Am 26. September 2011 reichte die damalige Arbeitgeberin der Versicherten, die J.____ AG, der Suva eine Schadenmeldung ein. Am 17.

November 2009 sei es zu einem Rückfall gekommen, die Versicherte sei im Keller gestürzt (Suva-act. 33). Die Suva verneinte mit Schreiben vom 27. September 2011 eine Leistungspflicht, da es sich um Folgen einer nicht bei ihr versicherten Gesundheitsschädigung handle (Suva-act. 34). Dr. E.____ hatte ihr seit 17. November 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 30% attestiert (Suva-act. 35). Am 4. Januar 2012 (falsche Datierung: 2011) meldete Dr. med. K.____, Arzt für Allgemeinmedizin, der Mobiliar einen am 6. Dezember 2011 eingetretenen Rückfall und hielt als Diagnose eine Lumboischialgie fest. Die Versicherte sei vom 6. Dezember 2011 bis 2. Januar 2012 zu 100% arbeitsunfähig gewesen und habe dann die Arbeit wieder zu 30% aufgenommen (Suva-act. 53-84). Mit Verfügung vom 15. März 2012 verneinte die Mobiliar einen Rentenanspruch und sprach der Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 25% zu. Weiter erteilte sie Kostengutsprache für eine Medizinische Trainingstherapie für maximal vier Monate sowie ein Jahresabonnement in einem Fitnesscenter. Ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und ohne Präjudiz sicherte sie die Bezahlung eines Unfalltaggelds zu 30% vom 17. November bis 5. Dezember 2011 und zu 100% vom 6. Dezember 2011 bis 29. Februar 2012 zu (Suva-act. 40). Die dagegen von der Versicherten erhobene Einsprache wies die Mobiliar mit Entscheid vom 28. Mai 2013 ab (Suva-act. 53-43 ff.). Mit Entscheid vom 23. Dezember 2014 wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die dagegen erhobene Beschwerde ab (Suva-act. 53-23 ff.). Das Bundesgericht bestätigte dies mit Urteil vom 29. April 2015 (Suva-act. 53-13 ff.). Dr. E.____ hatte am 4. April 2013 nach Durchführung einer Kernspintomographie beurteilt, eine mechanische Kompression neuraler Strukturen als Ursache der repetitiv auftretenden Lähmungserscheinungen sei auszuschliessen. Diese seien offensichtlich als schmerzbedingt einzustufen. Er sehe derzeit keine Chance, dass die Belastbarkeit über die aktuelle 70%ige Arbeitsfähigkeit hinaus gesteigert werden könne (Suva-act. 53-73). Am 25. Juni 2014 hatte sich die Versicherte einer ventralen interkorporellen und dorsolateralen Spondylodese L3/4, L4/5 mit Femurring Allograft und Eigenspongiosa sowie einer Metallentfernung der translaminären Schrauben L5/S1 unterzogen (Suva-act. 53-62 ff.). Mit Schreiben vom 16. November 2015 forderte die Mobiliar von der Suva einen Betrag von insgesamt Fr. 119'016.65 für die von ihr ab Herbst 2002 erbrachten Leistungen zurück und informierte die Suva über eine Rückfallmeldung der Versicherten vom 23. Juli 2015, in der diese eine Verschlechterung seit März 2012 geltend gemacht hatte (Suva-act. 53-3, vgl. Suva-act. 53-11). Da das Schreiben bei der Suva nicht eingegangen war, sandte die Mobiliar es der Suva am 1. Juli 2016 nochmals zu (Suva-act. 50, 53-1). Dr. med. L.____, Fachärztin für Chirurgie, Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin der Suva, beurteilte am 21. Februar 2017, der Status quo sine sei am 1. Juni 2000 erreicht gewesen. Es bestehe keine Rückfallkausalität und die derzeit beklagten Beschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 26. Januar 1998 zurückzuführen (Suva-act. 67). Mit Verfügung vom 8. März 2017 verneinte die Suva gegenüber der Versicherten ihre Leistungspflicht für die Folgen der am 23. Juli 2015 gemeldeten Verschlechterung, da kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 26. Januar 1998 und der gemeldeten Verschlechterung vom 23. Juli 2015 bestehe (Suva-act. 70). Dagegen erhob die Versicherte am 21. April 2017 Einsprache. Sie reichte unter anderem diverse Berichte von Dr. E.____ ein (Suva-act. 75). Mit Entscheid vom 3. August 2017 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 79). Gegen den Einspracheentscheid vom 3. August 2017 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 13. September 2017. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) beantragte darin dessen Aufhebung. Weiter sei die

Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, ihr die ärztlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere Taggeld, Integritätsentschädigung und Invalidenrente; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie machte geltend, der Rückfall sei unfallkausal und die Beschwerdegegnerin spätestens ab der Rückfallmeldung vom 23. Juli 2015 leistungspflichtig (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Dezember 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie brachte vor, die in den vorherigen Entscheiden des Versicherungsgerichts vorgenommenen unzutreffenden Kausalitätsbeurteilungen würden gegenüber ihr keine Bindungswirkung entfalten. Der Status quo sine sei per 1. Juni 2000 erreicht gewesen und es bestehe keine Rückfallkausalität (act. G7). Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G9). Erwägungen Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung. Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu beurteilen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den am 23. Juli 2015 gemeldeten Rückfall bzw. die Spätfolgen zum Unfall vom 29. Januar 1998. Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (BGE 123 III 110, 112 V 30, 107 V 173, Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 117 V 365 mit Hinweisen; SRV 2000 UV Nr. 14 S. 45). Gemäss Art. 11 UVV werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt, wobei Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände darstellen (vgl. BGE 118 V 293; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326). Praxisgemäss handelt es sich bei einem Rückfall um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit bzw. vermeintlich geheilter Unfallfolgen, so dass es erneut zu ärztlicher Behandlung und möglicherweise zu einer weiteren Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen wird dann gesprochen, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Lauf längerer Zeit organische oder psychische Folgen bewirkt, die zu einem andersgearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein in der Vergangenheit bestandenes Unfallereignis an. Dementsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur dann auslösen, wenn zwischen den erneut vorgebrachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und

ein adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1, BGE 118 V 296 f. E. 2c). Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a, BGE 121 V 210 E. 6c). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsrecht tragen mithin die Parteien 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; bei einer leistungsaufhebenden Tatfrage liegt die Beweislast somit beim Unfallversicherer, bei einer leistungsbegründenden Tatfrage bei der versicherten Person. Diese Beweisregel greift allerdings 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 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf versicherungsinterne medizinische Beurteilungen (darunter fallen auch solche von Vertrauensärzten) zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinn zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Ein Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung besteht gemäss Rechtsprechung nicht (BGE 135 V 465). Mit Entscheid vom 15. Oktober 2008 hielt das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen fest, bezüglich des Unfalls vom 26. Januar 1998 habe noch kein Fallabschluss stattgefunden. Der durch den Unfall vom 19. Juni 2002 ausgelöste Schmerzschub sei seit Herbst 2002 wieder abgeheilt. Die noch bestehenden Beschwerden seien kausal auf den Unfall vom 26. Januar 1998 zurückzuführen und die Mobilgar sei aufgrund der Koordinationsregeln weiterhin leistungspflichtig. Es wies die Streitsache zur Abklärung und Festlegung der weiteren Leistungen aufgrund des Unfalls vom 26. Januar 1998 an die Beschwerdegegnerin zurück (Suva-act. 24). Das Bundesgericht trat mit Entscheid vom 2. März 2009 auf die von Beschwerdegegnerin erhobene Beschwerde mangels Aktivlegitimation nicht ein (Suva-act. 23). Mit Einspracheentscheid vom 28. Mai 2013 verneinte die Mobilgar unter anderem einen Rentenanspruch und sprach der Beschwerdeführerin eine Integritätsentschädigung basierend auf einem Integritätsschaden von 25% zu (Suva-act. 53-43 ff.). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das

Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 23. Dezember 2014 ab. Es erwog, es könne weiterhin auf die im früheren Verfahren vorgenommene Beurteilung und die dort festgestellte Unfallkausalität der Diskushernie L5/S1 abgestellt werden. Es resultiere kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Suva-act. 53-23 ff.). Die Beschwerdegegnerin macht geltend, die früheren Einschätzungen des Versicherungsgerichts, insbesondere bezüglich Kausalität, hätten für sie keine Bindungswirkung (Suva-act. 79, act. G7). Aus der Erwägung des Bundesgerichts in seiner Entscheid vom 2. März 2009 ergibt sich, dass das Versicherungsgericht an die Feststellungen im Rückweisungsentscheid vom 15. Oktober 2008 gebunden ist (vgl. Suva-act. 23, E. 3.5). Wie sich nachfolgend ergibt, ist dies jedoch für die im vorliegenden Verfahren vorzunehmende Beurteilung nicht relevant. Die Beschwerdeführerin meldete der Mobiliar am 23. Juli 2015 eine seit März 2012, mithin der letzten Verfügung der Mobiliar (vgl. Suva-act. 40), eingetretene gesundheitliche Verschlechterung (Suva-act. 53-11). Dr. E.____ berichtete am 12. Juni 2015, von 2012 bis ins Frühjahr 2014 sei eine deutliche Verschlechterung der Rückenproblematik eingetreten. Die Beschwerdeführerin habe mehr Schmerzen beklagt, häufigere Behandlungen benötigt und es seien mehrmals Facetteninfiltrationen durchgeführt worden. Radiologisch habe sich eine deutliche Anschlussdegeneration L3/4 und L4/5 nachweisen lassen, welche letztendlich zur Operation vom 25. Juni 2014 geführt habe (Suva-act. 53-57 f.). Die Rückfall- bzw. Spätfolgenmeldung bezieht sich damit im Wesentlichen auf die Operation vom 25. Juni 2014 und deren Folgen. Die Beschwerdeführerin unterzog sich damals einer ventralen interkorporellen und dorsolateralen Spondylodese L3/4, L4/5 mit Femurring Allograft und Eigenspongiosa sowie einer Metallentfernung der translaminären Schrauben L5/S1 (Suva-act. 53-62 ff.). Unbestritten hatte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die Folgen der Diskushernie L5/S1 rechtskräftig anerkannt (vgl. Suva-act. 24). Bezüglich der Diskushernien L3/4 und L4/5 mangelt es jedoch an einer solchen Anerkennung, weshalb die Beweislast bei der Beschwerdeführerin liegt bzw. sie die Folgen einer allfälligen Beweislosigkeit tragen muss (vgl. E. 2.3). Die Operation erfolgte gemäss Bericht von Dr. E.____ vom 22. Juli 2014 aufgrund einer Lumboischialgie mit Anschlussdegeneration L3/4 und L4/5 sowie wiederholten Bronchitiden (Suva-act. 53-62). Am 13. Oktober 2014 hielt Dr. E.____ fest, im weiteren Sinne müsse davon ausgegangen werden, dass die Degenerationen L3/4 und L4/5 durch die Fusion L5/S1 begünstigt worden seien, welche ihrerseits wegen eines posttraumatischen Zustands durchgeführt worden sei. Im weiteren Sinne sei die aktuelle Behandlung somit zumindest in einem Zusammenhang mit dem Unfall zu sehen. Auf der anderen Seite seien degenerative Veränderungen bei Personen über 40 Jahren nichts Ungewöhnliches und es sei auch nicht ungewöhnlich, dass in diesem Alter Fusionsoperationen notwendig würden (Suva-act. 75-31 f.). Diese vage Äusserung von Dr. E.____ reicht nicht aus, um die Degenerationen L3/4 und L4/5 sowie die deshalb nötig gewordene Operation als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zu betrachten. Gegen eine Unfallkausalität spricht auch die Beurteilung von Dr. L.____ vom 21. Februar 2017, welche befand, bei der Beschwerdeführerin liege ein krankhaft bedingtes, degeneratives Verschleissleiden der Lendenwirbelsäule, welche am 26. Januar 1998 traumatisiert worden sei, vor. Dieses Leiden sei in den folgenden knapp 20 Jahren erwartungsgemäss fortgeschritten. Die Unfallfolgen seien spätestens am 1. Juni 2000 abgeheilt gewesen und es bestehe keine Rückfallkausalität (Suva-act. 67-8 f.). Dr. H.____ hatte bereits am 5. November 2008 über eine deutliche Degeneration der Bandscheibe L3/4, welche keinen Zusammenhang mit den Unfällen vom 26. Januar 1998 und 19. Juni 2002 habe, berichtet (Suva-act. 20-7).

Insgesamt sind die Diskushernien L3/4 und L4/5 damit nur möglicherweise, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich als unfallkausal zu betrachten. Die Beschwerdeführerin hat die Folgen dieser Beweislosigkeit zu tragen. Die ebenfalls anlässlich des Eingriffs vom 25. Juni 2014 durchgeführte Metallentfernung der translaminären Schrauben L5/S1 stand gemäss Lage der Akten nicht im Vordergrund. Dr. E.____ hielt diesbezüglich fest, die Metallentfernung sei geplant gewesen, falls die Schrauben angetroffen würden (Suva-act. 53-63). Daraus ist zu schliessen, dass die Metallentfernung nur deshalb erfolgte, weil ohnehin eine Operation notwendig war. Aus den medizinischen Akten ergibt sich nicht, dass eine Indikation für eine separate Metallentfernung bestanden hätte. Die am 19. März 2014 durchgeführte MR-Untersuchung hatte im Bereich des Segments L5/S1 regelrechte postoperative Verhältnisse nach translaminärer Verschraubung ergeben (Suva-act. 53-68). Aufgrund der im Operationsbericht sowie im Austrittsbericht vom 22. Juli 2014 nur am Rande erwähnten Metallentfernung hatte diese offensichtlich nur einen kleinen Anteil an der Operation, der überwiegend wahrscheinlich kostenmässig nicht abgrenzbar ist (vgl. Suva-act. 53-62 ff.). Jedenfalls fällt er nicht erheblich ins Gewicht. Auch ist unwahrscheinlich, dass die Metallentfernung Folgekosten verursacht hat, welche über die der nicht unfallkausalen Folgekosten der Spondylodesen L3/4 und L4/5 hinausgingen. Insbesondere bestehen keine Hinweise darauf, dass der postoperativ aufgetretene Wundinfekt und die dadurch notwendige notfallmässige Hospitalisation in Zusammenhang mit der Metallentfernung gestanden hätten (vgl. Suva-act. 53-60, 75-32). Zusammenfassend bleibt eine Unfallkausalität der Degenerationen L3/4 und L4/5 beweislos. Die Beschwerdegegnerin ist damit nicht leistungspflichtig bezüglich der damit zusammenhängenden Beschwerden bzw. Behandlungsmassnahmen. Entsprechend den vorherigen Ausführungen entfällt auch eine Leistungspflicht hinsichtlich der Metallentfernung im Bereich L5/S1. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Nach dem Gesagten ist der Einspracheentscheid vom 3. August 2017 im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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