

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/43 vom 8. März 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2012_43

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/43 du 8 mars 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2012/43 del 8 marzo 2013

Regeste

Art. 6 UVG, Art. 11 UVV: Rückfallkausalität bei HWS-Trauma im Grundfall verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 8. März 2013, UV 2012/43). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_271/2013.

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid (Erwägung II.4, II.7, II.9) die rechtliche Voraussetzung der für eine Leistungspflicht des Unfallversicherers erforderlichen Kausalität zwischen Unfall und in dessen Folge eingetretener Gesundheitsschädigung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]; BGE 129 V 181 E. 3) sowie die Leistungspflicht bei Rückfällen zutreffend dar; darauf ist zu verweisen.

E. 2

2.1 Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin mit der Ausrichtung von Leistungen die Unfallkausalität zwischen dem Unfall vom 7. April 2008 und den anschliessend aufgetretenen - eine Heilbehandlung notwendig machenden und eine Arbeitsunfähigkeit bewirkenden - Beschwerden anerkannt hat. In ihrer Telefonnotiz vom 19. Februar 2010 ist sodann von einem Behandlungsabschluss im Januar 2010 die Rede (act. G 17.1/K46). Ihre volle Arbeitsfähigkeit hatte die Beschwerdeführerin bereits im September 2008 wieder erreicht (act. G 17.1/K33). Im Juni bzw. Juli 2011 meldete sie eine erneut aufgetretene Behandlungsbedürftigkeit an. Während sich die Beschwerdegegnerin nun auf den Standpunkt stellt, die Beschwerdeführerin habe zu beweisen, dass die neu gemeldeten Beschwerden im Sinn eines Rückfalls mit dem Unfall vom 7. April 2008 in einem natürlichen Kausalzusammenhang stünden, geht die Beschwerdeführerin von einem Fortdauern des Grundfalls aus, womit die Beschwerdegegnerin den Wegfall der Kausalität beweisen müsste. 2.2 Wenn und solange die (weitere) Erbringung erheblicher Leistungen zur Diskussion steht, hat der Fallabschluss in Form einer Verfügung zu erfolgen (BGE 132 V 417 E. 4; Art. 124 UVV). Erlässt der Versicherer stattdessen nur ein einfaches Schreiben, erlangt dieses in der Regel dann rechtliche Verbindlichkeit, wenn die versicherte Person nicht innerhalb eines Jahres Einwände erhebt (BGE 134 V 145). Ständen zu einem bestimmten Zeitpunkt keine Leistungen mehr zur Diskussion, kann ein Rückfall auch vorliegen, ohne dass der versicherten Person mitgeteilt wurde, der Versicherer schliesse den Fall ab und stelle seine Leistungen ein. In dieser Konstellation ist entscheidend, ob zum damaligen Zeitpunkt davon ausgegangen werden konnte, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten. Dies ist im Rahmen einer

ex-ante-Betrachtung unter Berücksichtigung der konkreten Umstände zu beurteilen. Dabei kommt der Art der Verletzung und dem Verlauf der Genesung eine entscheidende Rolle zu. Lag ein vergleichsweise harmloser Unfall mit günstigem Heilungsverlauf vor, welcher nur während relativ kurzer Zeit einen Anspruch auf Leistungen begründete, wird tendenziell eher von einem stillschweigend erfolgten Abschluss auszugehen sein als nach einen komplizierten Heilungsverlauf. Andererseits ist der Leistungsanspruch unter dem Aspekt des Grundfalls und nicht unter demjenigen des Rückfalls zu prüfen, wenn die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. wenn Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2008, 8C_185/2008, E. 4.3 mit Hinweisen).

E. 2.3.1

Die Beschwerdegegnerin hat den Grundfall nie formell (mit entsprechender Verfügung) abgeschlossen. In den Akten findet sich lediglich eine Notiz vom 19. Februar 2010 über ein Telefongespräch mit der Beschwerdeführerin (act. G 17.1/K46). Es wurde notiert, die Beschwerdeführerin sei letztmals im Januar 2010 bei Dr. D. ___ gewesen. Die Behandlungen seien abgeschlossen worden. Sie fühle sich sehr gut und habe auch keine Kopfschmerzen mehr. Sie gehe noch ein bis zweimal pro Woche ins Krafttraining. Laut Telefonnotiz folgte sodann von der Beschwerdegegnerin die - zwar nicht schriftliche, immerhin aber telefonische bzw. mündliche - Erklärung, dass sie den Fall abschliesse. Die Beschwerdeführerin machte daraufhin gegenüber der Beschwerdegegnerin bis zur Rückfallmeldung vom 29. Juni 2011 (act. G 17.1/K47) keinerlei Versicherungsleistungen geltend. Da die Rückfallmeldung deutlich über ein Jahr nach dem formlosen, immerhin jedoch mündlich mitgeteilten Fallabschluss erfolgte bzw. die Beschwerdeführerin innerhalb eines Jahres keine Einwände gegen die Information der Beschwerdegegnerin vom 19. Februar 2010 erhob, ist nach geltender Praxis von einer Rückfallsituation auszugehen (vgl. BGE 134 V 145).

E. 2.3.2

Die Beschwerdegegnerin durfte im Übrigen auch ex ante betrachtet davon ausgehen, dass nach dem Februar 2010 keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten werde. Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals X. ___ diagnostizierten bei der Versicherten ein HWS-Beschleunigungstrauma (act. G 17.1/M2). Das Unfallereignis vom 7. April 2008 war nicht ohne weiteres als harmlos einzustufen. Eine schwerwiegendere Beeinträchtigung der HWS oder auch anderer Körperteile wäre durch das mehrmalige Überschlagen des Autos durchaus möglich gewesen. Andererseits ist allgemein zu berücksichtigen, dass die Heilung einer HWS-Distorsion ohne strukturelle Läsion (vgl. dazu Erwägung 3.3.1) gemäss medizinischer Erfahrung im Regelfall innerhalb eines gewissen Zeitraums - in der Regel innerhalb von sechs Monaten bzw. spätestens einem Jahr (bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen) nach dem Unfall - eintritt (vgl. dazu E. Bär, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, Ein Update. In Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 79 [2008] S. 100 ff. mit zahlreichen Hinweisen auf ältere Publikationen; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2005, S. 805; Rolf P. O. ___egger, Das "Schleudertrauma" der Halswirbelsäule - Stand der Diskussion, in: SZS 39/1995 S. 255). In seinem Bericht vom 18. Februar 2009 führte Dr. D. ___ aus, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor Taubheitsgefühle in den Fingern III. bis V. sowie Nacken- und Kopfschmerzen beklage. Als Befunde erhob er eine Dysfunktion

der HWS-Gelenke und Muskulatur sowie eine Einschränkung der HWS-Rotation nach rechts zwischen dem 1. und 2. Wirbel um 50%. Unmittelbar nach der manuellen Behandlung habe eine Normalisierung stattgefunden. Es bestehe ein absoluter Zusammenhang der Beschwerden mit dem Unfallereignis. Die Beschwerdeführerin habe zwar auf die bisherigen zahlreichen Therapien nicht angesprochen, sei aber in klarem Gegensatz dazu jetzt fast beschwerdefrei. Sie sei insgesamt fünf Mal bei ihm gewesen und habe ausgesprochen positiv auf seine Behandlung angesprochen, so dass die Behandlungsintervalle sukzessive hätten vergrössert werden können. Vorerst sei ein Intervall von vier Wochen vorgesehen. Geplant sei die Weiterführung seiner manuellen und myofaszialen Behandlung in grösser werdenden Abständen. Die Prognose sei gut. Rezidive seien in den ersten Monaten noch möglich, könnten aber schnell und effizient abgefangen werden (act. G 17.1/M20). Im Verlaufsbericht vom 18. August 2009 hielt Dr. D.____ sodann fest, die Beschwerdeführerin habe erst seit der manuellen und myofaszialen Behandlung bei ihm (bisher neun Sitzungen) eine deutliche Besserung ihrer Beschwerden erfahren. Sie habe zeitweise schmerzfreie Tage, manchmal aber unter Belastung - wenn auch in der Intensität nicht mehr vergleichbar - ähnliche Probleme wie früher. Bei massiven Verspannungen habe sie auch Parästhesien in den Händen. Zurzeit seien nur noch alle acht Wochen Behandlungen nötig. Auf diese spreche sie ausgezeichnet an. Gelegentlich würden nur kleinere Rezidive auftreten. Die letzte Sitzung habe am 8. Juni 2009, die jetzige am 17. August 2009 stattgefunden. Nach seiner Strategie müsse die Beschwerdeführerin über längere Zeit in solchen Abständen oder vielleicht noch grösseren Abständen behandelt werden, damit eine dauerhafte Heilung eintreten könne. Eine intensiviertere Behandlung sei zurzeit nicht notwendig, da die Teil-Rezidive sowieso kommen würden, mit oder ohne intensive Behandlung. Der Endzustand des unfallbedingten Schadens sei noch nicht eingetreten. Es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein noch besseres Heilungsergebnis als jetzt erzielt werden. Der Beweis dafür liege darin, dass die Behandlungsabstände immer mehr hätten vergrössert werden können, ohne dass es der Beschwerdeführerin schlechter gegangen sei. Somit sei dies der Beweis, dass bereits eine deutliche Besserung eingetreten sei, wenn die Beschwerdeführerin auch nicht ganz beschwerdefrei sei. Es bestehe keine dauernde erhebliche Schädigung der Integrität, da immer noch mit einer Verbesserung zu rechnen sei. Allerdings würde er die Beschwerdeführerin gern in so grossen Abständen weiter behandeln. Es sei zu bedenken, dass bis jetzt erst neun Sitzungen nötig gewesen seien und seine Strategie auf Langfristigkeit ausgerichtet sei (act. G 17.1/M21). Im Januar 2010 und damit ein viertel Jahr später wurde die Behandlung bei Dr. D.____ schliesslich abgeschlossen und die Beschwerdeführerin erklärte, es gehe ihr sehr gut, sie habe auch keine Kopfschmerzen mehr (act. G 17.1/K46). Den Berichten von Dr. D.____ sowie der Mitteilung der Beschwerdeführerin ist ohne weiteres ein günstiger Heilungsverlauf ohne bedeutsame Stagnationen, mit nur gewöhnlichen gelegentlichen Teil-Rezidiven und letztlich erreichter Beschwerdefreiheit bzw. bleibendem Erfolg zu entnehmen. Nachdem die Versicherte nach dem Unfall zunächst zu 100% arbeitsunfähig gewesen war, nahm sie ihre Arbeit ab 23. Juni 2008 wieder zu 50% auf und war sodann bereits wieder seit 8. September 2008 in ihrem 60%-Pensum durchgängig voll arbeitsfähig. Angesichts dieser Sachlage und des von der Beschwerdeführerin selbst mitgeteilten Therapieabschlusses bei Dr. D.____ durfte die Beschwerdegegnerin davon ausgehen, es werde keine Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit mehr auftreten (act. G 17.1/K13, K22 f., K28, K33). 2.4 Brückensymptome, die das Geschehen über die leistungsfreie Zeit hinweg als Einheit

kennzeichnen bzw. auf ein Andauern das Grundfalls schliessen lassen würden, sind im konkreten Fall nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (vgl. dazu Th. Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl. Bern 2003, S. 451 f.). Zwar können Brückensymptome naturgemäss auch relativ harmloser Natur sein und dürfen in der Regel nicht nur dann anerkannt werden, wenn sie auch durchgängig ärztlich behandelt wurden (vgl. Urteil des EVG vom 6. Juni 2006, U 12/06, E. 4.3.2). In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist jedoch festzuhalten, dass ein rund 18 Monate dauerndes Intervall gänzlich ohne ärztliche Behandlung oder Kontrolle mit durchgehender Arbeitsfähigkeit, vielmehr für einen Unterbruch der nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden spricht. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin laut Akten ab Februar 2011 physiotherapeutische Behandlungen in der B.____, Heiden, absolvierte (act. G 13.2 f.), laut ärztlichem Attest vom 23. Oktober 2012 am 29. März 2011 Dr. med. J.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulenzentrum am Rosenberg, St. Gallen, konsultierte und ihr dabei eine neue Physiotherapieverordnung ausgestellt wurde (act. G 15.1), vermag an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Die behandlungsfreie Zeit würde damit immer noch ein Jahr betragen. Brückensymptome sind während der behandlungsfreien Zeit fortdauernde Beschwerden dar. Insofern sind weitere ärztliche Untersuchungen bzw. die dabei erhobenen Befunde und Diagnosen sowie fortgesetzte Therapien - wie von der Beschwerdegegnerin in der Duplik vom 21. November 2012 festgehalten (act. G 17, Ziff. 4) - nicht bereits Brückensymptomen gleichzusetzen, vermögen aber massgebenden Hinweis auf Brückensymptome zu bilden. Dies aber selbstverständlich nur, wenn zwischen den beiden Elementen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Laut Angaben im Fragebogen für Rückfälle vom 11. Juli 2011 (act. G 17.1/K50) sowie in der Beschwerde vom 14. Mai 2012 (act. G 1) ging die Beschwerdeführerin nach Abschluss der Therapie bei Dr. D.____ von sich aus ins Krafttraining, zur Fussreflexzonenmassage, zur Körpermassage sowie in die Wassergymnastik (act. G 17.1/K50). Die fraglichen Massnahmen stellen grundsätzlich Therapieoptionen zur Behandlung von HWS-Beschwerden dar. In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin sind sie jedoch durchaus auch blosser Ertüchtigungsübungen und/oder dienen der allgemeinen Förderung körperlichen Wohlbefindens. Nachdem nach dem Abschluss der ärztlichen Behandlung durch Dr. D.____ im Januar 2010 für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr bis zur Geltendmachung weiterer Leistungen keine ärztlichen Berichte über Untersuchungen mehr vorliegen, denen konkrete Befunde und Diagnosen zu entnehmen wären, anhand derer ein Zusammenhang mit der HWS-Problematik hergestellt werden könnte, vermögen die fraglichen Massnahmen somit insgesamt lediglich einen möglichen Hinweis auf Brückensymptome zu bilden. Während des fraglichen Zeitraums konnte mithin mit hinreichender Zuverlässigkeit angenommen werden, die Unfallfolgen seien geheilt, wie es die Definition des Rückfalls (vgl. Erwägung 2.2) verlangt. Von dieser Beurteilung wäre selbst dann auszugehen, wenn gegenüber der Beschwerdeführerin anlässlich des Telefongesprächs vom 19. Februar 2010 nicht wörtlich von einem Fallabschluss, sondern von einer momentanen Einstellung der Behandlung die Rede gewesen wäre. Dabei und angesichts des Umstands, dass die Behandlung bei Dr. D.____ offensichtlich einen massgebenden Heilungserfolg zeitigte, würde es nämlich erstaunen, dass die Beschwerdeführerin bei den angeblich fortdauernden Brückensymptomen die Behandlung bei Dr. D.____ nicht wieder aufnahm. Die Nachteile, die sich aus dem fehlenden Nachweis von Brückensymptomen ergeben, gehen zu Lasten der Beschwerdeführerin, die daraus

Ansprüche für sich ableiten möchte. Als Ergebnis daraus ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der am 29. Juni und 11. Juli 2011 gemeldeten Beschwerden auch unter diesem Aspekt als Rückfall zu prüfen.

E. 3

3.1 Dass die Beschwerdeführerin unter den im Rückfallfragebogen vom 11. Juli 2011 angeführten Beschwerden, die eine Heilbehandlung notwendig machten (vgl. u. a. act. G 1.5, act. G 15.1), leidet, wird damit nicht in Abrede gestellt. Vorliegend gilt es jedoch die Anspruchsberechtigung der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Beschwerdegegnerin als Unfallversicherer und damit die Kausalität der geklagten Beschwerden zum Unfall vom 7. April 2008 zu prüfen (vgl. Art. 6 UVG). Von Bedeutung ist vorerst die Frage nach dem Vorliegen relevanter unfallkausaler somatischer Befunde im Sinn struktureller Veränderungen. 3.2 Die Beschwerdeführerin klagt(e) zunächst sowohl im Rahmen des Grundfalls als auch des Rückfalls über neurologische Beschwerden bzw. Ausfälle im Sinne von Schmerzen in den rechten Arm bis in die Finger ausstrahlend sowie Sensibilitätsstörungen in Händen und Füßen (act. G 17.1/M5 f., M10, M20, act. G 13.5). Im Rahmen des Grundfalls wurde am 14. Juni 2008 eine erste neurologische Untersuchung durch Dr. med. K.____, Facharzt Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, St. Gallen, durchgeführt (act. G 17.1/M10). Dieser Arzt verneinte eine posttraumatische Ulnaris- oder Medianus-Neuropathie verneinte. Die Neurographie habe keine Hinweise auf eine Neuropathie ergeben. Auffallend sei lediglich die deutlich zu grosse distale motorische Latenzzeit am Nervus medianus links. Hier liege aber mit grosser Sicherheit kein Karpaltunnelsyndrom vor, für das es auch klinisch keinen direkten Anhalt gebe, sondern eine Innervationsanomalie, da die proximale Latenz völlig normal und das Antwortpotential bei proximaler höher als bei distaler Reizung gewesen sei. Klinisch würde die Verteilung der Beschwerden (bis auf die hier angegebenen Sensibilitätsstörungen links radial, die eher zu C6 passen würde) zu einem radikulären Syndrom C7, C8 beidseits passen. Eine Wurzelläsion sei jedoch im MRT ausgeschlossen worden, weshalb er kein EMG der paravertebralen Muskulatur zum Nachweis einer eventuellen Wurzelläsion durchgeführt habe. Die Beschwerden würden zu einer Zerrung des Armplexus passen. Ursache könne beispielsweise ein stumpfes Schultertrauma eventuell mit Schleuderbewegung des Kopfes zur Gegenseite sein. Zur Untersuchung des unteren Armplexus käme noch ein Schulter-MRT in Frage, er habe jedoch Zweifel, ob man angesichts der doch geringen klinischen Symptome eine entsprechende Läsion im Plexusbereich, falls vorhanden, überhaupt nachweisen könnte. Angesichts der geringen Symptome sei eine nur leichte Nervenläsion wahrscheinlich und es sei mit einer Ausheilung innerhalb von 2 bis 6 Monaten nach dem Unfall zu rechnen. Im Bericht über das Schulter-MRT rechts vom 30. September 2008, durchgeführt durch Dr. med. L.____, Facharzt medizinische Radiologie FMH, wurde keine Verletzung des Armplexus festgehalten (act. G 17.1/M15). Am 27. August 2012 wurde die Beschwerdeführerin im Rahmen des Rückfalls durch Dr. med. M.____, Neurologie FMH, St. Gallen, neurologisch und elektrophysiologisch untersucht. Die Neurologin diagnostizierte ein unklare Sensibilitätsstörung und "Blockadezustände". Aus neurologischer Sicht könne sie jedoch die beklagten Beschwerden nicht näher einordnen. Eine Polyneuropathie sei klinisch und elektrophysiologisch nicht nachweisbar (act. G 13.5). Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die neurologischen Untersuchungen keine unfallkausalen Verletzungen der Nerven zeigten (vgl. dazu act. G 13.5: Bericht von Dr. F.____ vom 5. August 2012).

E. 3.3.1

Die Beschwerdeführerin beklagte sodann im Rahmen des Grundfalls und des Rückfalls Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindelbeschwerden. Die anlässlich des Grundfalls durchgeführten radiologischen Untersuchungen der HWS brachten keine somatischen Befunde hervor. So zeigte der Röntgenbefund der HWS anlässlich der Erstbehandlung im Spital X.____ keine frische Fraktur (vgl. act. G 17.1/M2, M4), das HWS-Röntgen mit Funktionsaufnahmen durch Dr. L.____ vom 29. Mai 2008 ein normentsprechendes HWS-Skelett in Neutralposition, eine etwas eingeschränkte Beweglichkeit zwischen Inklination und Reklination in beiden Positionen ein weiterhin normales intervertebrales Alignment, normal weite Bandscheibenräume, keine Zeichen einer segmentalen Instabilität sowie übereinstimmend keine frakturverdächtigen Veränderungen (act. G 17.1/M7), und die gleichentags durchgeführte cervicale Kernspintomographie ebenfalls ein normentsprechendes Bild speziell ohne Anhaltspunkte für eine spinale, foraminale oder recessale Enge und ohne Kompression der C7-Nervenwurzel rechts (act. G 17.1/M8).

E. 3.3.2

Die Beschwerdeführerin hat sich nach Abschluss des Grundfalls bzw. infolge der als Rückfall gemeldeten Beschwerden in Bezug auf die HWS nochmals verschiedentlich medizinisch abklären lassen. Unfallkausale strukturelle Veränderungen konnten jedoch nach wie vor keine festgestellt werden. Wegen der Schwindelbeschwerden wurde zunächst eine otorhinolaryngologische Untersuchung durch Dr. E.____ durchgeführt. Der ORL-Facharzt konnte laut Bericht vom 15. August 2011 in der Vestibularisprüfung keine eindeutigen Nystagmen feststellen. Die von ihm erhobenen Befunde bezeichnete er lediglich als fraglich und möglich und hielt abschliessend fest, dass er mit seinen Untersuchungsmethoden beim Zustand nach Schleudertrauma sehr feine okulo vestibuläre Dysbalancen nicht feststellen könne. Dies bedürfe einer relativ aufwendigen Abklärung, wofür er eine Weiterabklärung durch Dr. G.____ empfehle (act. G 17.1/M22). Eine solche fand in der Folge statt. Die im audio-neurootologischen Bericht von Dr. G.____ vom 13. September 2011 (act. G 17.1/M24) festgehaltenen Untersuchungsergebnisse vermögen jedoch ebenfalls keinen überwiegend wahrscheinlichen Beweis für eine unfallkausale organische Schwindelursache sowie die ausserdem beklagten Kopfschmerzen und Cervico-Cephalgien zu erbringen. Dr. G.____ stellt in seinem Bericht die Diagnosen eines Status nach cervico-cephalem Akzelerations-/Dezelerationstrauma im Rahmen des Verkehrsunfalls vom 7. April 2008 sowie eines posttraumatischen cervico-encephalen Syndroms und einer Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems mit peripher-zentraler vestibulärer Funktionsstörung linksbetont, visuo-oculomotorischer Funktionsstörung, cervico-proprio-noczeptiver Funktionsstörung rechtsbetont mit rechtsbetonten Cervico-Cephalgien bei multisegmentaler Funktionsstörung der cervicalen Bewegungssegmente, pp der cervicalen Facettengelenke und mit Funktionsstörung entlang des vestibulo-spinalen und cervico-spinalen Reflexes. Von einer peripher-zentralen vestibulären, visuo-oculomotorischen und cervico-proprioceptiven Funktionsstörung könne man anhand des erhobenen Befundmusters im Rahmen der neuro-otometrischen Testbatterie ausgehen. Es handle sich um Befunde, welche die chronifizierten Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden erklären würden. Die posturo-locomotorische Problematik mit posturaler Unsicherheit erkläre sich durch eine Funktionsstörung entlang des vestibulo-spinalen und cervico-spinalen Reflexes und eine geringgradig reduzierte neuro-muskuläre Leistung der unteren Extremitäten. Die chronischen rechtsbetonten

Cervico-Cephalgien bzw. die cervicogenen Kopfschmerzen seien auf eine Funktionsstörung der cervicalen Schmerzschleife im afferenten und efferenten Teil auf der Basis eines Reizzustandes der cervicalen Nociceptoren, vor allem am Niveau der cervicalen Facettengelenke bzw. der Kapseln der cervicalen Facettengelenke zurückzuführen. Die cervico-oculometrischen Testverfahren würden bei einem hochgradig reduzierten Gain entlang des cervico-oculären und cervico-collischen Reflexes auf die Mikroläsionen der Facettengelenke hinweisen und die pathologischen Werte für die somato-sensorische Afferenz der computerisierten dynamischen Posturographie seien mit einer Funktionsstörung entlang des cervico-spinalen Reflexes vereinbar.

E. 3.3.3

Die von Dr. G.____ gestellten Hauptdiagnosen eines Status nach cervico-cephalem Akzelerations-/Dezelerationstrauma im Rahmen des Verkehrsunfalls vom 7. April 2008 sowie eines posttraumatischen cervico-encephalen Syndroms und einer Funktionsstörung des posturalen Kontrollsystems vermögen keine Unfallkausalität zu begründen. Über die Unfallrestfolgen wird damit nichts Konkretes ausgesagt. Ebenso wenig bedeutet das Vorliegen von Schmerzsyndromen automatisch das Vorliegen unfallkausaler struktureller Gesundheitsschädigungen. Laut Roche Lexikon Medizin (5. Aufl. München 2003, S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Der Begriff "posttraumatisch" vermag juristisch gesehen gleichfalls nichts über eine allfällige Unfallkausalität auszusagen, sondern drückt nur aus, dass gewisse Beschwerden bzw. gesundheitliche Störungen nach einem Unfall aufgetreten sind. Die Annahme, dass Gesundheitsbeeinträchtigungen unfallbedingt sein müssen, weil sie nach dem Unfall aufgetreten sind ("post hoc ergo propter hoc"), ist nach ständiger Rechtsprechung beweisrechtlich für sich allein nicht ergiebig (vgl. A. Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; BGE 119 V 335 E. 2b/bb in fine; SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007] E. 7.2.4 S. 54 mit Hinweisen). Die von Dr. G.____ sowohl als Hauptdiagnose, aber insbesondere auch als Begleitdiagnosen dokumentierten Funktionsstörungen belegen sodann ebenfalls keine strukturelle Läsionen. In Bezug auf die von ihm durchgeführten Tests bzw. Untersuchungen fällt auf, dass die Ergebnisse mehrheitlich im Normbereich liegen oder lediglich geringfügig auffällige Befunde ergeben haben. Damit ist nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, woraus sich die von Dr. G.____ festgestellten Funktionsstörungen letztlich ergeben. In seinem Bericht werden zahlreiche Fachbegriffe aneinandergereiht, die für den medizinischen Laien nur schwer verständlich sind, wodurch die Nachvollziehbarkeit der Aussage massiv erschwert ist. Gerade deshalb ist auch nicht zu verstehen, woraus Dr. G.____ letztlich die von ihm angeführten und offensichtlich objektivierten Mikroläsionen der Facettengelenke ableitet. Das diesbezüglich durchgeführte cervico-oculometrische Testverfahren und insbesondere der als hochgradig reduziert bezeichnete Gain entlang des cervico-oculären und cervico-collischen Reflexes ist zumindest im Bericht nicht exakt zu ermitteln. Letzterer wird im Zusammenhang mit dem Blickfolgebewegungstest mit Kopfrotation nach re und li um 45° genannt. Im Bericht sind zudem weitere Gain-Werte aufgeführt, diese jedoch im Normbereich liegend oder nur geringgradig reduziert erhoben. Bei der von Dr. G.____ unter anderem angewandten Posturographie - mit dieser Untersuchungsmethode wurde im konkreten Fall ein weiterer Befund im pathologischen Bereich erhoben (Gesamtaequilibriumscore) - handelt es sich

nach der Rechtsprechung sodann um eine Untersuchungsmethode, mit welcher sich nur beschränkte Erkenntnisse gewinnen lassen. Die Posturographie liefert zwar zusätzlich Informationen und es lassen sich damit sonst nicht fassbare Gleichgewichtsstörungen objektivieren. Sie vermag jedoch keine direkten Aussagen zur Ätiologie des Leidens und zu dessen allfälliger Unfallkausalität zu machen. Auch lässt sich daraus nicht unmittelbar auf eine bestimmte Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit schliessen. Sie bildet deshalb lediglich ein zusätzliches Element bei der Beurteilung vestibulärer Störungen (vgl. die Urteile des EVG vom 29. März 2006, U 254/04, E. 2.3.2, und U 197/04, E. 3.2, bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2009, 8C_964/2008, E. 3.2.3). Der Wortteil "-algie" der Begleitdiagnose Cervico-Cephalgie bedeutet schliesslich einfach Schmerz, Leid (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl. Berlin 2010, S. 49). Dessen Ursache bzw. eine dafür verantwortliche, konkrete unfallkausale strukturelle Läsion wird damit nicht erhoben. Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die medizinischen Abklärungen von Dr. G.____ keine durch den Unfall bedingte, objektiv ausgewiesene organisch-strukturelle Befunde für den Schwindel sowie die Kopf- und Nackenschmerzen der Beschwerdeführerin zu belegen vermögen.

E. 3.3.4

Den Berichten von Dr. F.____ und Dr. H.____ vom 15. August 2011 (act. G 17.1/M23) bzw. 4. Oktober 2011 (act. G 17.1/M26 f.) sind schliesslich für die fraglichen Beschwerden ebenfalls keine Hinweise auf organisch-strukturelle Befunde bzw. Diagnosen zu entnehmen. Hinsichtlich der von den beiden Ärzten gestellten Diagnosen "Gleichgewichtsstörungen, Cervikozephalgie" bzw. "chronisch, therapieresistente Schulter- und Nackenschmerzen rechts paravertebral betont, Cervikozephalgien rechtsbetont sowie exazerbierend-/rezidivierender Drehschwindel bei St. n. Schleudertrauma mit HWS-Distorsion im April vor 3 Jahren" ist auf die Ausführungen im Zusammenhang mit dem Bericht von Dr. G.____ zu verweisen (vgl. Erwägung 3.3.3). Zu ergänzen ist, dass eine Chronifizierung gleichfalls nicht für ein unfallkausales organisches Substrat spricht. Im Verlauf einer solchen wird das ursprünglich erlittene Verletzungsmuster für das Ausmass der erlebten Behinderung immer bedeutungsloser. Andere Faktoren, wie zum Beispiel das Individuum selber, die Arbeitsumstände, das soziale Umfeld, das medizinische und legale System sowie ökonomische Umstände spielen eine massgebende Rolle (vgl. Bär/Bertrand/Kiener, Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Dr. F.____ hält sodann in seinem Bericht eine unfallfremde differentialdiagnostische Möglichkeit als Ursache für die Schwindelbeschwerden - Otolithen ("OhrO.____e") im Bereich der linken Bogengänge - fest. Hinsichtlich der von beiden Ärzten manuell erhobenen Befunde ist schliesslich - soweit sich diese überhaupt ausserhalb des Normbereichs befinden - festzuhalten, dass eine solche Untersuchung nur klinische, nicht aber somatisch-strukturelle Ergebnisse zu Tage fördert. Als solche gelten Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde lediglich auf die Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Entsprechend können ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde, Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen betrachtet werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, mit zahlreichen Hinweisen, sowie

vom 7. Februar 2008, U 13/07, E. 3.2 und 3.3). 3.4 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die medizinischen Abklärungen keine durch den Unfall bedingten organisch strukturellen Befunde ergeben haben.

E. 4

4.1 Ist - wie dies konkret der Fall ist - ein Schleudertrauma oder eine äquivalente Verletzung der HWS (vgl. dazu SVR 2003 UV Nr. 12 S. 36 E. 3.1.2 mit Hinweisen [U 78/02]) diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit in der Regel auch ohne nachweisbare pathologische bzw. organische Befunde anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Dieses Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden muss nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Es genügt, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren (Urteile des Bundesgerichts vom 30. Januar 2007, U 215/05, und vom 15. März 2007, U 258/06; RKUV 2000 Nr. 359 S. 29 E. 5e). Im Weiteren muss nach der Rechtsprechung (vgl. dazu Urteil des EVG vom 4. November 2005, U 312/05) nicht der gesamte Beschwerdekatalog vorliegen, um von einer Unfallkausalität ausgehen zu können. Da bei der Beschwerdeführerin wichtige der einschlägigen Symptome (Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel) zeitnah nach dem Unfall aufgetreten waren (vgl. act. G 17.1/M1), wurde von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Grundfalls das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und fraglichen Beschwerden anerkannt. Es wurde nie in Frage gestellt und ist in den medizinischen Akten auch mehrfach belegt (vgl. act. G 17.1/M 3f., M20), dass die Beschwerdeführerin wegen des Unfalls an Schmerzen und Einschränkungen litt, die zu vorübergehender Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit führten.

4.2 Hinsichtlich der mit Rückfallmeldung vom 11. Juli 2011 (act. G 17.1/K50) vorgebrachten Beschwerden müssen nun aber in die Beurteilung der Frage nach deren natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 7. April 2008 weitere Umstände miteinbezogen werden. Es fragt sich, unter welchen Umständen noch von einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität ausgegangen werden kann. Diesem Erfordernis kann insbesondere eine explizite und schlüssig begründete ärztliche Kausalitätszuweisung genügen. Ein mögliches Indiz für eine Rückfallkausalität bilden sodann die bereits erwähnten Brückensymptome, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen.

4.3 Wie in Erwägung 2.4 ausgeführt, sind im konkreten Fall für den Zeitraum von rund einem Jahr, d.h. zwischen dem Behandlungsabschluss bei Dr. D. ___ im Januar 2010 (act. G 17.1/K46) mindestens bis zur Vorstellung bei Dr. J. ___ am 29. März 2011 (G 15.1), Brückensymptome nicht rechtsgenügend nachgewiesen. Bereits aufgrund dieser Tatsache erscheint ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den in der Rückfallmeldung vom 11. Juli 2011 geklagten Beschwerden - schmerzhafte Hals-Nackenverspannungen, Nacken-Hinterkopfschmerzen, Migräne mit Erbrechen, Benommenheit, Missemmpfinden im Gesicht und in den Händen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schwindel und Gangunsicherheit (act. G 17.1/M11) - fraglich.

4.4 Im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung ist weiter der Verlauf der Beschwerdesymptomatik in Betracht zu ziehen. Im Rahmen des

Grundfalls klagte die Beschwerdeführerin einzig über Nacken- und Kopfschmerzen sowie über Schwindelbeschwerden. Das neu geklagte Beschwerdebild (vgl. Erwägung 4.3 und den in den Berichten von Dr. F.____ vom 5. August 2012 nochmals ergänzten Beschwerdekatalog [act. G 13.4 f.]) stellt zwar ebenfalls ein typisches Leidensprofil für eine HWS-Verletzung dar (vgl. dazu Liste in H. Schmidt, J. Senn, Hrsg., Schleudertrauma - neuester Stand: Medizin, Biomechanik, Recht und Case Management, 1. Aufl. Zürich 2004, S. 14 f.), zeichnet sich jedoch gegenüber dem Beschwerdebild des Grundfalls durch eine massgebende Symptomausweitung aus. Treten neuartige Symptome nach einer mehrmonatigen Latenzzeit auf, müssen diese als für eine HWS-Verletzung untypisch bezeichnet und können nicht als natürlich kausal der HWS-Verletzung zugeordnet werden (vgl. dazu Erwägung 4.1). In Bezug auf die Aktivierung von nicht objektivierbaren Unfallverletzungen ist es bei Vorliegen einer langen Latenzzeit wahrscheinlicher, dass die neuen Beschwerden nunmehr auf einen anderen, unfallunabhängigen Kausalverlauf zurückzuführen sind. 4.5 Die Beschwerdeführerin hat sich infolge der als Rückfall gemeldeten Beschwerden nochmals verschiedentlich abklären lassen. Eine überzeugende, schlüssig begründete ärztliche Einschätzung, welche die (Re-)aktivierung der nicht objektivierbaren Unfallverletzungen dem Unfallereignis vom 7. April 2008 zuordnet, liegt jedoch nicht bei den Akten, womit sich ein natürlicher Kausalzusammenhang nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit begründen lässt. 4.5.1 Am 16. Juni 2011 fand eine erste Konsultation bei Dr. F.____ statt. Im Fragenkatalog der Beschwerdegegnerin hielt der Arzt am 15. August 2011 fest, dass die von ihm erhobenen Befunde/Diagnosen überwiegend wahrscheinlich in natürlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 7. April 2008 stehen würden. Zur Begründung führte er an, dass Beschwerdebeginn und -art durch den Unfall erklärbar seien und keine andere Ursache bekannt sei. Auf die Frage, ob die zur Zeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf das Unfallereignis vom 7. April 2008 als alleinige oder Teilursache zurückzuführen seien, antwortete er, er könne dies nur annehmen, aber nicht sicher sagen. Zum Schluss bestätigte er nochmals, dass keine anderen Faktoren als das Unfallereignis bekannt seien, welche den Heilungsverlauf verzögern würden (act. G 17.1/M23). Am 5. August 2012 berichtete Dr. F.____, das aktuelle Krankheitsbild werde durch eine Reizung (Irritation) der Nervensysteme im Kopfbereich bzw. der Wirbelsäule hervorgerufen. Für andere Ursachen, als den stattgehabten Unfall, fänden sich keine Hinweise. Die Kausalität lasse sich also aufgrund der hohen Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge (das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin entspreche genau den möglichen anatomisch geschädigten Strukturen) und der fehlenden Ursache bzw. Erklärbarkeit anderer Erkrankungen, herleiten (act. G 13.4). Seine Erklärung, das aktuelle Krankheitsbild werde durch eine Reizung (Irritation) der Nervensysteme im Kopfbereich bzw. der Wirbelsäule hervorgerufen, wofür der stattgehabte Unfall ursächlich sei, kommt einer Behauptung gleich, für welche es keine überzeugende Begründung gibt. Im Übrigen räumt er in seinem weiteren Bericht vom 5. August 2012 (act. G 13.5) ein, dass auch andere, krankheitsbedingte Gründe für die Nervenstörung in Frage kommen könnten. Seiner anfänglichen Bejahung der überwiegend wahrscheinlichen Kausalität im Bericht vom 15. August 2011 schliesst sich letztlich auch die nicht mehr mit der gleichen Überzeugungskraft ausgestattete Formulierung an, er könne eine alleinige Unfallkausalität oder Teilursächlichkeit des Unfalls nur annehmen, aber nicht sicher bestätigen. Genauso wie vieles möglich ist, kann vieles auch angenommen werden oder als gleich wahrscheinlich gelten. Der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist damit jedoch nicht erfüllt. Zusammenfassend ist mithin festzuhalten,

dass die Ausführungen von Dr. F. ___ einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 7. April 2008 und der als Rückfall gemeldeten Beschwerdesymptomatik nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermögen. 4.5.2 Ab 7. Juli 2011 gab sich die Beschwerdeführerin bei Dr. H. ___ in Behandlung, welcher am 21. September 2011 ebenfalls den Fragenkatalog der Beschwerdegegnerin ausfüllte (act. G 17.1/M25). Auch er stellte eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität zum Unfallereignis vom 7. April 2008 fest und verneinte das Vorliegen unfallfremder Faktoren. Im Übrigen verwies er auf seinen Bericht vom 4. Oktober 2011 (act. G 17.1/M26 f.). Seiner Feststellung im Fragenkatalog widersprechend verwies er darin unter der Rubrik "Beurteilung und Procedere" auf das Untersuchungsergebnis von Dr. E. ___, der einen Verdacht auf Otolithen im Bereich der linken Bogengänge gestellt habe. Dieser sei der Patientin ausführlich als differentialdiagnostische Möglichkeit für ihre Schwindelbeschwerden dargelegt worden. Im Weiteren hielt Dr. H. ___ fest, dass sich die Patientin nach Abschluss ihres Urlaubs hinsichtlich der vorbekannten HWS-Beschwerden deutlich gebessert gezeigt habe. Weitere Kontrolltermine beim behandelnden HNO-Spezialisten seien nicht geplant gewesen. Er habe mit der Patientin besprochen, bei Persistenz der Beschwerden als interventionelles Vorgehen eine selektive Präzisionsdiagnostik mit Blockade des 3. Occipitalnerven vorzunehmen. In Anbetracht des lindernden Leidensdrucks sehe die Patientin jedoch zum aktuellen Zeitpunkt hiervon ab. Sie werde gegebenenfalls bei gesteigertem Leidensdruck erneut bei ihm vorstellig. - Die Ausführungen von Dr. H. ___ vermögen keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität der Rückfallsymptomatik zu begründen. Vielmehr verweist er auf einen unfallfremden Faktor und beschreibt im weiteren einen massgebenden Beschwerderückgang. Entsprechend konnten von ihm durchwegs normale Befunde erhoben werden. Seine anamnestischen Ausführungen vermögen sodann ebenfalls nichts zur Kausalitätsbeurteilung beizutragen, sondern beschreiben lediglich den Grundfall, hinsichtlich welchem die Beschwerdegegnerin einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfall und damaligen Beschwerden anerkannt und Leistungen erbracht hat. Schliesslich vermögen auch seine Diagnosen - chronische therapieresistente Schulter- und Nackenschmerzen rechts paravertebral betont, Cervikocephalgien rechtsbetont sowie exazerbierender rezidivierender Drehschwindel bei Status nach Schleudertrauma mit HWS-Distorsion im April vor 3 Jahre - keinen überwiegend wahrscheinlichen Hinweis auf eine Unfallkausalität zu bieten (vgl. Erwägung 3.3.3). Die Einschätzung von Dr. H. ___ im Fragenkatalog vom 21. September 2011 (act. G 17.1/M25) einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität basiert mithin nicht auf einer schlüssigen und überzeugenden Begründung. Auf seinen im Bericht vom 14. November 2011 (act. G 4.1/38) einzig hergestellten zeitlichen Zusammenhang zum Unfall kann ebenfalls nicht abgestellt werden (vgl. Erwägung 3.3.3: "post hoc ergo propter hoc"). 4.5.3 Der beratende Arzt Dr. I. ___ bezeichnet schliesslich in seiner Beurteilung vom 5. Oktober 2011 (act. G 17.1/M28) die Kausalität des Rückfalls zum Ereignis vom 7. April 2008 lediglich als möglich und nicht als wahrscheinlich oder gar sicher. Der Umstand, dass er seine Beurteilung ausschliesslich aufgrund der Akten abgegeben und die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht hat, steht deren Beweiswert nicht entgegen. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (vgl. dazu PVG 1996 Nr. 89, 265 E. 3b; RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 E. 5b). Den Anmerkungen von Dr. I. ___ ist zu entnehmen, dass er seine Einschätzung in Kenntnis der Vorakten bis und mit Eingang 4. Oktober 2011 abgegeben hat. Act. G 17.1/M26 trägt von

der Beschwerdegegnerin einen Eingangsstempel vom 4. Oktober 2011, womit davon auszugehen ist, dass der fragliche Bericht - wie von der Beschwerdegegnerin dargelegt - gleichentags bei ihr eingegangen ist und Dr. I.____ damit auch dieses Aktenstück vorlag. Der beratende Arzt begründet seine Beurteilung damit, es handle sich bei den Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin um unspezifische und häufig auftretende Beschwerden (Schwindel, Nackenschmerzen), welche durch viele verschiedene Ursachen ausgelöst werden könnten. Die (neuen) Symptome seien medizinisch ab Juli 2011 und damit 18 Monate nach Abschluss der früheren Behandlung dokumentiert, und eigentliche Brückensymptome und unfallspezifische Befunde würden fehlen. Seine Folgerung umfasst damit die im Rahmen der vorliegenden Kausalitätsbeurteilung massgebenden Umstände und erscheint angesichts des vorstehend Gesagten in der Schlussfolgerung einer Verneinung der Rückfallkausalität durchaus schlüssig und überzeugend. Nachdem die Beschwerdeführerin bis zur Rückfallmeldung mindestens ein Jahr lang keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Unfallversicherung erhob, kommt weiteren möglichen Ursachen für die erneut geklagten Beschwerden besonderes Gewicht zu bzw. kann jedenfalls nicht mehr als ein möglicher Kausalzusammenhang angenommen werden. 4.5.4 An dieser Beurteilung vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass Dr. I.____ die Berichte von Dr. H.____ vom 14. November 2011 (act. 4.1/38), von Dr. O.____ vom 18. Oktober 2011 (act. G 1.5) und von der Fachpsychologin N.____ vom 16. März 2012 (act. G 1.6) nicht vorgelegen haben. Die fraglichen Berichte bringen keine neuen, die Rückfallkausalität anders zu betrachtenden Erkenntnisse hervor. Wie in Erwägung 4.5.2 bereits für die früheren Berichte dargelegt, vermag die Argumentation von Dr. H.____ die Unfallkausalität der als Rückfall gemeldeten Beschwerden nicht als überwiegend wahrscheinlich nachzuweisen. Die Begründungen von Dr. O.____ sind sodann im konkreten Fall gerade nicht so ausgestaltet, dass sie zu überzeugen vermöchten. Im Rahmen des Grundfalls zeigte sich bei der Beschwerdeführerin ein positives Ansprechen auf die Therapie bei Dr. D.____, weshalb die Behandlung im Januar 2010 abgeschlossen werden konnte. Auch der zeitliche Verlauf spricht hier gegen eine Rückfallkausalität (Erwägung 2.3.1, 2.4). Die aktuellen Befunde stellen sich schliesslich weder als speziell unfallspezifisch dar noch lassen sie sich radiologisch einer Unfallverletzung zuordnen (vgl. Erwägung 3). Fachpsychologin N.____ stellt die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, weswegen sich die Beschwerdeführerin bei ihr seit 16. Februar 2012 in psychotherapeutischer Behandlung befand. Grundsätzlich kann eine psychische Problematik, welche erst nach einer Latenzzeit von rund vier Jahren auftritt, nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Teil des für ein Schleudertrauma oder eine schleudertraumaähnlichen Verletzung typischen Beschwerdebilds von organischen und psychischen Beschwerden betrachtet werden. Dies zumal die im konkreten Fall gestellte psychiatrische Diagnose nicht zum typischen Beschwerdebild im Anschluss an ein HWS-Trauma gehört und damit nicht auf ein komplexes Gesamtbild von aus dem Unfall hervorgehenden organischen und psychischen Beschwerden (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.2.1, 7.1 und BGE 117 V 359 E. 5d/aa) hinweist. Doch auch im Sinne einer psychischen Fehlreaktion, die nach einem Unfall stattgefunden hat (vgl. BGE 115 V 133) erscheint der natürliche Kausalzusammenhang der von Fachpsychologin N.____ gestellten Diagnose zum Unfallereignis vom 7. April 2008 nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Im fraglichen Bericht wird nicht auf das Unfallereignis vom 7. April 2008 Bezug genommen und es erscheint angesichts der sehr langen, vierjährigen Latenzzeit im besten Fall möglich, dass die beschriebenen psychischen Probleme auf dieses zurückzuführen sind (vgl.

Pschyrembel, a.a.O., S. 247). Dies zumal die Wirkungen eines Unfalls hinsichtlich allfälliger psychischer Belastung im Regelfall mit der Zeit abnehmen und nicht nach mehreren Jahren plötzlich auftreten.

E. 5

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin mangels überwiegend wahrscheinlicher natürlicher Kausalität zwischen den als Rückfall gemeldeten Beschwerden und dem Unfall vom 7. April 2008 auf erneute Leistungen abgelehnt hat. Es ist nicht zu erwarten, dass weitere medizinische Abklärungen wesentliche neue Erkenntnisse aufzuzeigen vermögen, die den erforderlichen Nachweis liefern, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d). Fehlt es nach dem Gesagten am rechtsgenügenden Nachweis eines natürlichen Kausalzusammenhangs, muss auf die Frage der Adäquanz (BGE 125 V 461 E. 5a) nicht mehr eingegangen werden.

E. 6

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 13. April 2012 abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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