

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00267 vom 27. Juni 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00267

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00267 du 27 juin 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00267 del 27 giugno 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV). 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; (BGE 118 V 296 Erw. 2c mit Hinweisen).

1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3 Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht der Unfallversicherung 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 296 Erw. 2c in fine).

1.4 Die Rechtsprechung, wonach das Gericht "nicht ohne zwingende Gründe" von der Einschätzung der medizinischen Experten abweicht, hat den Beweiswert von Gerichtsgutachten zum Gegenstand und findet auf versicherungsinterne ärztliche

Beurteilungen nicht Anwendung. Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte unterliegen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. (BGE 123 V 333 f. Erw. 1c mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Strittig ist, ob die bei der Beschwerdeführerin im Oktober 2004 aufgetretenen Beschwerden (Kopfschmerzen mit Ausstrahlung in Nacken, Rücken und den rechten Arm, vgl. Urk. 9/9, ein zervikovertebrales Schmerzsyndrom, Urk. 9/6 Ziff. 5; beziehungsweise vor allem Nackenschmerzen, Urk. 9/25 S. 2 oben) in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 11. April 2004 stehen beziehungsweise standen.

2.2 Die Beschwerdegegnerin verneinte dies mit der Begründung, es könne auf die Beurteilung durch Dr. med. B., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, abgestellt werden, da dieser die Rückfallkausalität der gemeldeten Beschwerden mit sorgfältiger und überzeugender Begründung verneint habe (Urk. 2 S. 4).

2.3 Die Beschwerdeführerin wandte im Wesentlichen ein, Dr. med. C., Neurologie FMH, habe objektivierbare Beschwerden diagnostiziert, welche auch durch die Magnetresonanztomographie (MRI) erhärtet worden seien. Überdies habe Dr. C. erlautert, dass die Schmerzfreiheit für ein Intervall nicht bedeute, dass deshalb die vorhandenen Beschwerden nicht auf den Unfall zurückzuführen seien. Somit sei aufgrund der objektivierbaren Befunde der natürliche wie auch adäquate Kausalzusammenhang erstellt (Urk. 1 S. 4).

E. 3

3.1 Die Erstbehandlung der am 11. April 2004 verunfallten Beschwerdeführerin erfolgte am 14. April 2004 durch Dr. med. D., E., der eine Schädeldkontusion temporal links und eine HWS-Distorsion diagnostizierte (Urk. 9/3 Ziff. 5). Der Behandlungsabschluss erfolgte am 23. April 2004 (Urk. 9/3 Ziff. 10).

Dr. D. attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 12. bis 18. April 2004, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 19. April 2004 und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab 21. April 2004 (Urk. 9/3 Ziff. 8-9).

3.2 Dr. med. F., E., hielt im Arztzeugnis UVG vom 26. November 2004 (Urk. 9/6) fest, die Beschwerdeführerin habe anfangs Oktober 2004 - wie nach dem Unfall - erneute zervikale Schmerzen geklagt (Urk. 9/6 Ziff. 2), und diagnostizierte ein zervikovertebrales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion vor sechs Monaten (Urk. 9/6 Ziff. 5). Bei einer unauffälligen Voranamnese bezüglich Nackenschmerzen sei ein Zusammenhang mit dem Unfall durchaus wahrscheinlich (Urk. 9/6 Ziff. 6).

Die Beschwerdeführerin sei ab 14. Oktober 2004 zu 100 % arbeitsunfähig und ab 25. Oktober 2004 - zeitgleich mit dem Behandlungsabschluss - 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/6 Ziff. 8-10).

3.3 Kreisarzt Dr. med. G., FMH Orthopädische Chirurgie, berichtete am 20. Juli 2005 über die gleichentags durchgeführte kreisärztliche Untersuchung (Urk. 9/14). In seiner Beurteilung führte er aus, dass die Symptomatologie nach dem Unfall

von kurzer Dauer gewesen sei und so wenig eindrücklich, dass keine weiteren Untersuchungen im Nackenbereich erfolgt seien. Die Beschwerdeführerin sei vollständig genesen. Unter diesen Umständen handle es sich wahrscheinlich um ein Problem von Nackenschmerzen ohne grössere Verletzung, das nicht geeignet sei, nach einem mehrmonatigen beschwerdefreien Intervall, sicher oder wahrscheinlich erneut Schmerzen zu verursachen. Deshalb sei die natürliche Kausalität zu verneinen (Urk. 9/14 S. 2 Mitte).

3.4 Dr. H. ____, Chiropraktor SCG/ECU, diagnostizierte in seinem Bericht vom 14. September 2005 (Urk. 9/21) ein traumabedingtes zervikospondylogenes Syndrom. Nach dem Autounfall im April 2004 habe die Beschwerdeführerin über zervikale Beschwerden geklagt, die jedoch rasch abgeklungen seien. Erst nach wenigen Tagen sei es erneut zu einer Schmerzakkzentuierung mit rechtsseitigen zervikalen Beschwerden sowie Parästhesien im Digitus IV und V rechts gekommen (Urk. 9/21 Mitte).

Die Beschwerdeführerin dürfte mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit an den Folgen des HWS-Distorsionstraumas vom April 2004 leiden. Der temporäre Zusammenhang sei in diesem Fall gewährleistet (Urk. 9/21 unten).

3.5 Dr. F. ____, (nunmehr frei praktizierend) bestätigte in seinem Bericht vom 29. September 2005 (Urk. 9/24), dass er die Beschwerdeführerin als Hausarzt seit 14. April 2004 in seiner Sprechstunde betreue. Wegen wiederauftretender Schmerzen im Nacken sei am 14. Oktober 2004 eine erneute Behandlung erfolgt und wegen ausbleibender Besserung sei am 18. Oktober 2004 eine Physiotherapie angeordnet worden, welche eine vorübergehende Besserung erzielt habe. Nach einer kurzen Zeit sei eine erneute Reaktivierung des Schmerzzustandes aufgetreten, weshalb am 4. Januar und am 17. Februar 2005 Physiotherapien verordnet worden seien.

3.6 Dr. med. I. ____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 18. Oktober 2005 (Urk. 9/25) über die neurologische Untersuchung vom 13. Oktober 2005 zuhanden von Dr. F. ____, eine posttraumatische Zervikalgie bei einem Status nach Überdehnungstrauma an der HWS am 11. April 2004 (Urk. 9/25 S. 1).

In seiner Beurteilung führte Dr. I. ____, aus, es beständen anhaltende zervikale Beschwerden auf der rechten Seite, die ohne Zweifel als unfallkausal anzusehen seien. Relevante Befunde seien eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS sowie eine verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur mit Schwerpunkt auf der rechten Seite (Urk. 9/25 S. 2 unten). Im neurologischen Status seien die Befunde unauffällig, so dass keine Hinweise für eine relevante Läsion der Wurzel C8 rechts vorhanden seien. Ebenso wenig beständen Hinweise für eine Verletzung am übrigen Nervensystem (Urk. 9/25 S. 3 oben).

3.7 In seiner neurologischen Beurteilung vom 9. Mai 2006 (Urk. 9/29) hielt Dr. med. B. ____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdeführerin fest, die Untersuchungsbefunde unmittelbar nach dem Unfall im April 2004 und nach dem Auftreten erneuter Beschwerden im Oktober 2004 wiesen jeweils nicht auf eine strukturelle Läsion im Bereich der HWS hin. Deshalb seien damals erweiterte Zusatzuntersuchungen (Röntgenaufnahmen, Elektromyographie etc.) nicht notwendig gewesen. Wie im vorliegenden Fall zeige der natürliche Verlauf eines Whiplash-associated-disorders (WAD) Grad II einen regredienten Verlauf mit Symptombefreiheit innerhalb eines absehbaren Zeitraumes. Nach der neurologischen

Untersuchung bei Dr. I.____ sei wegen fehlenden objektivierbaren neurologischen Ausfälle bewusst keine MRI-Diagnostik veranlasst worden (Urk. 9/29 S. 3 Mitte).

Bei der Beschwerdeführerin ergäben sich keine Hinweise auf sogenannte Bräckensymptome, das heisse auf Beschwerden und Untersuchungsbefunde, die auf das im April 2004 erlittene Trauma zurückzuführen seien und unverändert oder ständig bis Oktober 2004 vorgelegen hätten. Zudem stelle die Tätigkeit der Beschwerdeführerin am Bildschirm einen Risikofaktor für das spontane Auftreten von Nacken- oder Schulterschmerzen (und auch Kopfschmerzen) dar (Urk. 9/29 S. 3 unten).

Die Beschwerden vom Oktober 2004 seien daher allenfalls in einen möglichen Kausalzusammenhang mit dem Trauma vom April 2004 zu setzen. Mit grösserer Wahrscheinlichkeit hätten bei der Beschwerdeführerin im Oktober unfallunabhängige (krankheitsbedingte) Ursachen der unspezifischen Hals-, Schulter- und Armbeschwerden vorgelegen (Urk. 9/29 S. 3 unten).

Die am 22. März 2006 durchgeführte vertebrospinale Kernspintomographie C0-Th5 zeigte laut Dr. med. J.____, FMH medizinische Radiologie, eine deutliche Streckfehlhaltung der HWS sowie eine leichte linkskonvexe Skoliose zervikothorakal. Zudem seien eine kleine mediane Diskushernie C7/Th1 und eine mehrsegmentäre leichte bis mässige Dehydratation der zervikalen Bandscheiben begleitet von einer leichten medianen Diskusprotrusion C5/6 und C6/7, beides ohne neuralen Kontakt, ersichtlich. Ansonsten handle es sich um ein normales übriges vertebrospinales Kernspintogramm C0-Th5 (Urk. 9/31 = Urk. 3/3).

Dr. med. C.____, Neurologie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. Mai 2006 (Urk. 9/32 = Urk. 3/4) zuhanden von Dr. med. K.____, Innere Medizin/Gastroenterologie FMH, ein rezidivierendes posttraumatisches zervikozephalales und irritatives zervikoradikulares C8-Syndrom rechts bei/nach einem HWS-Distorsionstrauma (11. April 2004) und einer Diskushernie C7/Th1 (vertebrospinal gemäss MRI vom 22. März 2006).

Am Tag nach dem Unfall vom 11. April 2004 habe die Beschwerdeführerin über rechtsseitige Kopf-, Nacken-, Schulter-, laterodorsale Oberarm- und ulnare Unterarmschmerzen sowie über ein Kribbeln und Taubheitsgefühl der ulnaren Handseite bis Klein- und Ringfinger rechts geklagt. Nach einer vier- bis fünfmonatigen Beschwerdefreiheit sei im Herbst 2004 die genau gleiche Symptomatik erneut aufgetreten. Migränesymptome, wie insbesondere Übelkeit und Sehstörungen, seien keine vorhanden (Urk. 9/32 S. 1).

Dr. C.____ führte in seiner Beurteilung aus, das rezidivierende rechtsseitige Zervikozephalosyndrom sei Folge einer wahrscheinlichen HWS-Distorsion und einer eventuellen Schädelprellung beim Autounfall vom April 2004. Die rezidivierenden rechtsseitigen Zervikobrachialgien und ulnaren Handparesthesien seien Ausdruck einer intermittierenden Kompression durch die kernspintomographisch nachgewiesenen zervikothorakalen Diskushernie. Die Datierung mit dem Autounfall und die blande prätraumatische Anamnese sprächen dafür, dass die gesamte Symptomatik trotz der freien Intervalle posttraumatisch bedingt sei (Urk. 9/32 S. 3).

Dr. B.____ beurteilte in seinem Bericht vom 9. Oktober 2006 (Urk. 9/34) die in der Kernspintomographie der HWS am 22. März 2006 beschriebenen Auffälligkeiten als

leichtgradige degenerative Veränderungen, wie sie in der Altersgruppe der Beschwerdeführerin ohne vorheriges Trauma gefunden werden könnten. Die fehlende Beeinträchtigung von Strukturen des Nervensystems sei sehr gut vereinbar mit den fehlenden Auffälligkeiten in den klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunden von 2005 und 2006 und den unauffälligen Befunden in den klinisch-neurophysiologischen Untersuchungen von Dr. C. ___ (Urk. 9/34 S. 2 oben).

Die in der Kernspintomographie vom 22. März 2006 beschriebenen Veränderungen seien weder mit Wahrscheinlichkeit als Unfallfolge anzusehen noch als Folge einer Verschlimmerung eines Vorzustandes. Dr. C. ___ habe keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen den degenerativen Veränderungen und dem Autounfall hergestellt. Als Argument für einen potentiellen Unfallzusammenhang der rezidivierenden Schmerzen in der Nacken- und Armregion rechts habe er lediglich die von der Beschwerdeführerin berichtete Beschwerdefreiheit vor dem Unfall genannt. Dr. B. ___ hielt an seiner Beurteilung, wonach eine Kausalität der Beschwerden ab Oktober 2004 mit dem Unfall vom 11. April 2004 allenfalls als möglich, sicher aber nicht als wahrscheinlich einzuschätzen sei, fest (Urk. 9/34 S. 2 unten).

E. 4

4.1 Aus den medizinischen Akten ergibt sich und ist zudem unbestritten, dass sich die Beschwerdeführerin beim versicherten Ereignis eine Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule und eine Schädelprellung zuzog (Urk. 9/3, Urk. 9/29 S. 2).

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, neuropsychologischen Defiziten (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen), Müdigkeit, rascher Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression und Wesensveränderung vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt. Dasselbe gilt bei Verletzungen im Bereich der Halswirbelsäule, die auf einem dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzungsmechanismus (Kopfanprall mit Abknickung der Halswirbelsäule, Distorsionstrauma der Halswirbelsäule mit Kopfanprall) beruhen, sowie bei Vorliegen eines (leichten) Schädel-Hirntraumas, soweit sich dessen Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 6. Juni 2006, U 12/06, Erw. 4.1 mit Hinweisen).

4.2 Der natürliche Kausalzusammenhang betreffend die Beschwerden unmittelbar nach dem versicherten Ereignis ist zu bejahen, da wichtige der einschlägigen Symptome (eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule, Myogelose occipital rechts; vgl. Urk. 9/3 Ziff. 4) zeitnah aufgetreten sind. Weitere Befunde können sich auch erst mit einer gewissen Verzögerung einstellen. Vorliegend ist seit Oktober 2004 unter anderem ein zervikaler, zervikobrachialer beziehungsweise zervikozephaler Schmerzkomplex ausgewiesen (Urk. 9/6, Urk. 9/21, Urk. 9/25, Urk. 9/32).

4.3 Bei diesen Befunden handelt es sich um typische Beschwerden nach Schleudertrauma. Damit die neu aufgetretenen Beeinträchtigungen aber auch noch nach

einer längeren Zeit, während der sich die anfängliche Symptomatik zurückgebildet hat, mit hinreichender Zuverlässigkeit dem Unfall als dem versicherten Ereignis zugerechnet werden können, muss der Beschwerdeverlauf eine gewisse Kontinuität aufweisen. Dieser zeitliche Zusammenhang ist gerade nach Distorsionsverletzungen der Halswirbelsäule von grosser Bedeutung für die Beurteilung der Kausalität, weil ein Zervikalsyndrom - als das nach einer Schleudertraumaverletzung meist zentrale Symptom - in dem Sinne etiologisch unspezifisch ist, als oft auch andere Faktoren (degenerative Veränderungen, muskuläre Dysbalance etc.) als massgebende Ursachen für diese Beeinträchtigungen verantwortlich zeichnen.

4.4.4.4 Dass ein Zervikalsyndrom auf mannigfachen Ursachen beruhen kann, stellt - in Verbindung mit der im Einzelfall fehlenden Objektivierbarkeit unfallspezifischer Verletzungen - den Kausalzusammenhang mit einem Unfall, welcher den Zervikalbereich in Mitleidenschaft zieht, zunehmend in Frage, sobald dieser infolge wachsender zeitlicher Distanz nicht mehr als dominanter Grund - oder zumindest als auslösender Faktor - erscheint. Bei Symptomen, die gleich oder ähnlich geartet sind wie ein früheres, zwischenzeitlich weitgehend abgeklungenes oder verschwundenes Beschwerdebild, erhellt sich die kausale Signifikanz des Unfallereignisses beim Fehlen einer erkennbaren unfallspezifischen Schädigung nur solange, als potentiell konkurrierenden Ursachen vernünftigerweise keine vorrangige Bedeutung zugewiesen werden kann. Insoweit entfällt die Massgeblichkeit des Unfalls mit Bezug auf das Vorhandensein der gesundheitlichen Beeinträchtigung regelmässig, nachdem eine länger dauernde Beschwerdefreiheit geherrscht hat. Beschwerdefreiheit allein ist freilich nicht grundsätzlich mit dem Erreichen des Status quo sine gleichzusetzen, ansonsten wären schon rein begrifflich ausgeschlossen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 6. Juni 2006, U 12/06, Erw. 4.2 mit Hinweisen).

4.5.4.4 Nach dem Unfall vom 11. April 2004 bestand für die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als ATC-Assistentin ab 21. April 2004 eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/3 Ziff. 9). Angesichts des bis Oktober 2004 dauernden Intervalls, währenddem die Beschwerdeführerin arbeitsfähig war und mangels anderer Angaben in den Akten kein Therapiebedarf bestand, fragt sich, unter welchen Umständen noch von einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität ausgegangen werden kann. Diesem Erfordernis kann zunächst eine explizite und schlüssig begründete ärztliche Kausalitätszuweisung genügen; denkbar ist sodann, dass sogenannte Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen.

4.6.4.4 Es liegt eine Vielzahl von ärztlichen Stellungnahmen vor, unter welchen Dr. F. ____, Dr. H. ____, Dr. I. ____, und Dr. C. ____ in ihren Berichten vom 26. November 2004, 14. September und 18. Oktober 2005 sowie vom 29. Mai 2006 (Urk. 9/6, Urk. 9/21, Urk. 9/25, 9/32) darlegten, dass der Unfall vom 11. April 2004 überwiegend wahrscheinlich verantwortlich für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei. Dr. G. ____ und Dr. B. ____ hingegen kamen in ihren Berichten vom 20. Juli 2005, 9. Mai und 9. Oktober 2006 (Urk. 9/14, Urk. 9/29, Urk. 9/34) zum Schluss, die unspezifischen Hals-, Schulter- und Armbeschwerden vom Oktober 2004 hätten mit grösserer Wahrscheinlichkeit unfallunabhängige Ursachen und seien daher lediglich in einen möglichen Kausalzusammenhang mit dem Trauma vom April 2004 zu setzen.

Zu beachten ist, dass insbesondere die von Dr. F., Dr. I. und Dr. C. in den Arztberichten verwendeten Formulierungen wie [...] nach HWS-Distorsion vor sechs Monaten, [...] bei einem Status nach [...]berdehnungstrauma an der HWS am 11. April und [...] bei/nach einem HWS-Distorsionstrauma (11. April 2004) nur eine anamnestische Feststellung treffen und als solche keiner hinreichenden Aussage zur Kausalität entsprechen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 6. Juni 2006, U 12/06, Erw. 4.3.1 mit Hinweisen).

Dr. F., Dr. H. wie auch Dr. C. bejahten die Unfallkausalität trotz der freien Intervalle mit der vor dem Unfall blanden prätraumatischen Anamnese (Urk. 9/32 S. 3), was jedoch für die Annahme einer überwiegenden wahrscheinlichen Kausalität nicht genügt. Denn aus dem Umstand, dass sich vor dem Ereignis im April 2004 keine zervikalen Beschwerden manifestiert hatten, kann in Anwendung der - im unfallversicherungsrechtlichen Bereich untauglichen - Formel post hoc ergo propter hoc, nach welcher eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. BGE 119 V 341 f.), nicht auf einen rechtsgenügenden Zusammenhang geschlossen werden.

Überdies begründete Dr. H. die Kausalität unter Hinweis auf die Erfahrungstatsache, dass ein HWS-Distorsionstrauma bekanntlicherweise auch zu einem späteren Zeitpunkt Beschwerden auslösen könne (Urk. 9/21 unten). In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 8 S. 3) handelt es sich dabei jedoch um eine medizinisch nicht plausible Aussage, die sich zudem anhand der von Dr. H. selber erhobenen Befunde nicht nachvollziehen lässt. So sind insbesondere der am 22. März 2006 durchgeführte Kernspintomographie C0-Th5 keine unfallbedingten Befunde zu entnehmen (Urk. 9/31), und Dr. J. wies ausdrücklich darauf hin, dass sowohl bei der kleinen medianen Diskushernie C7/Th1 wie auch bei der mehrsegmentären leichten bis mässigen Dehydratation der zervikalen Bandscheiben, begleitet von einer leichten medianen Diskusprotrusion C5/6 und C6/7, ein neuraler Kontakt fehle. Diese Feststellung stimmt insofern mit dem Ergebnis der von Dr. C. am 29. Mai 2006 durchgeführte Elektroneurographie des rechten Nervus ulnaris überein, als die karpalen motorischen Überleitungszeiten, die motorischen und sensiblen Leitungsgeschwindigkeiten sowie die Muskelsummen- und sensiblen Nervenaktionspotentiale des rechten Nervus ulnaris normal seien, mithin ein normaler Befund resultierte (Urk. 9/32 S. 2 f.). Angesichts der fehlenden Auffälligkeiten in den von Dr. I. erhobenen klinisch-neurologischen Untersuchungsbefunden von 2005 sowie gemäss Kernspintomographie vom 22. März 2006 und den unauffälligen Befunden in den klinisch-neurophysiologischen Untersuchungen von Dr. C. ist die fehlende Beeinträchtigung von Strukturen des Nervensystems durch Dr. B. nachvollziehbar und schlüssig begründet, zumal bereits Dr. D. anlässlich der Erstbehandlung am 14. April 2004 im Rahmen seiner Befunde keine Besonderheiten bei der peripheren und zervikalen Neurologie festhielt (Urk. 9/3 Ziff. 4). In diesem Zusammenhang sei noch bemerkt, dass die von der Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 11. April 2004 erstmals am 20. Mai 2005 erwähnten Gefühlsstörungen im rechten Arm sowie im Klein- und Ringfinger, die mittels Analgetika offenbar innert kurzer Zeit praktisch abgeklungen seien (Urk. 9/3 Ziff. 7, Urk. 9/11 S. 1), im Widerspruch zu den von Dr. D. unmittelbar nach dem Unfall erhobenen Befunden stehen.

Angesichts dessen, dass weder den Untersuchungsbefunden unmittelbar nach dem Unfall (Urk. 9/3) noch denjenigen nach dem Auftreten erneuter Beschwerden im Oktober 2004 (Urk. 9/6) Hinweise für eine strukturelle Läsion im Bereich der Halswirbelsäule zu entnehmen sind, ist davon auszugehen, dass Zusatzuntersuchungen als nicht notwendig betrachtet wurden (vgl. auch Urk. 9/29 S. 3). Vielmehr liessen bereits die von Dr. H. ___ erhobten Röntgenbefunde der Halswirbelsäule vom 17. August 2005 auf eine Streckhaltung der HWS sowie osteochondrotische Veränderungen des Bewegungssegmentes C5/C6, mithin degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, schliessen (Urk. 9/21). Bestätigt wurden diese Befunde zudem mittels einer im März 2006 durchgeführten Kernspintomographie.

4.7 Vor diesem Hintergrund ist, selbst wenn die Beschwerdeführerin - wie sie beschwerdeweise geltend machte (Urk. 1 S. 2) - in der mehrmonatigen Phase, während welcher keine medizinische Behandlung erforderlich war, gelegentlich unter einschlägigen Beschwerden litt, davon auszugehen, dass diesen nicht die Eigenschaft eindeutiger Brückensymptome zukommt, jedenfalls waren sie im Zeitraum von 21. April bis Oktober 1994 nicht so erheblich, dass eine Behandlung erforderlich war. Obwohl die Befunde und Symptome ab Oktober 2004 zwar ähnlich beschaffen waren wie diejenigen nach dem Unfall vom 11. April 2004 ist der Zusammenhang mit dem versicherten Ereignis durch das beschriebene Intervall in Verbindung mit der Unmassgeblichkeit allfälliger Brückensymptome soweit gelockert, dass zu allen übrigen Fällen mit gleichem Beschwerdebild kein signifikanter Unterschied der ätiologischen Ausgangslage mehr besteht. Zudem sprach die Beschwerdeführerin jeweils gut auf die physiotherapeutische Behandlung an (Urk. 9/24). Ausserdem stellt die Tätigkeit der Beschwerdeführerin, bei welcher sie gemäss eigenen Angaben konzentriert auf den Bildschirm schauen muss (Urk. 9/11 S. 3), nebst den degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule einen Risikofaktor für das Auftreten der Nacken- und Schulterschmerzen im Oktober 2004 dar.

4.8 Die medizinische Kausalitätsbeurteilung durch Dr. B. ___ vom 9. Oktober 2006, wonach der Unfall vom 11. April 2004 lediglich möglicherweise Ursache der Beschwerden ab Oktober 2004 sei, ist somit nachvollziehbar und plausibel, zumal diese Einschätzung in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist und in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet.

An dieser Betrachtungsweise vermag auch der Bericht von Dr. I. ___ vom 18. Oktober 2005 (Urk. 9/25) nichts zu ändern. Denn mehr als eine persönliche Meinung kann in seiner nicht näher begründeten Aussage, dass die bestehenden anhaltenden zervikalen Beschwerden ohne Zweifel als unfallkausal anzusehen seien, nicht erblickt werden. Die von ihm vorgenommene und von Dr. B. ___ abweichende Einschätzung überzeugt daher nicht, weshalb sie nicht geeignet ist, die Schlüssigkeit der Berichte von Dr. B. ___ in Frage zu stellen.

4.9 Nach dem Gesagten liegt für die im Oktober 2004 aufgetretenen Beschwerden in Anbetracht der gesamten Sachlage - namentlich der nur bedingt gegebenen ätiologischen Spezifität der Symptomatik, der konkurrierenden Entstehungsgründe (degenerative Veränderung, Beruf) - ein eigenständiger Beitrag des Unfalls vom 11. April 2004 zur Verursachung der geklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor.

Die Folgen der Beweislosigkeit sind durch die Beschwerdeführerin zu tragen, weshalb eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin entfällt, was zur Bestätigung des angefochtenen Entscheids und zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- Rechtsanwalt Markus Bischoff

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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