

# GR\_GERICHTE S 2010 92 vom 31. Januar 2011

GR Gerichte, 2011-01-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2010\\_92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2010_92)

FR: GR\_GERICHTE S 2010 92 du 31 janvier 2011

IT: GR\_GERICHTE S 2010 92 del 31 gennaio 2011

## Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 2

a) Am 21. Juli 2006 erlitt die Versicherte erneut einen Verkehrsunfall, als sie mit ihrem Fahrzeug von ... her kommend in Richtung ... fuhr. Wegen einer stehenden Kolonne nach der Rechtskurve vor dem Kreisverkehr ... bremste

sie stark ab und überraschte dadurch das hinter ihr fahrende Fahrzeug, das mit dem Heck ihres eigenen Fahrzeugs kollidierte. Die Versicherte klagte noch vor Ort über Genickschmerzen, lehnte aber die Aufbietung des Sanitätsdienstes ab. Gemäss dem Erhebungsblatt der SUVA vom 30. August 2006 für die Abklärung von HWS-Fällen hatte sich die Versicherte vor dem Unfall gebückt, um etwas aufzulesen; die genaue Position sei aber nicht mehr bekannt. Ihr Hinterkopf habe durch die Kollision an der Kopfstütze aufgeschlagen. Sie habe sich zwei Stunden nach dem Unfall im Spital ... eingefunden, da es ihr allgemein schlecht gegangen sei und sie beim Aufprall einen Stich in der HWS und LWS gespürt habe. Ein erster Arbeitsversuch am darauf folgenden Montag sei gescheitert; am Dienstag sei es ihr zu schlecht gegangen, um ins Spital zu fahren. Ihr Hausarzt, Dr. med. ..., habe sie am Mittwoch (26. Juli 2006) untersucht und vollständig arbeitsunfähig geschrieben. Nun sei sie seit zwei Monaten arbeitsunfähig. Sie leide noch an Schluckweh und Muskelverspannungen. Die Beschwerden HWS/LWS stünden im Verhältnis 80/20 (Aktennotiz der SUVA vom 22. September 2006 über eine Besprechung mit der Versicherten vom 20. September 2006). Im Anschluss an die Erstuntersuchung vom 21. Juli 2006 erstellte das Spital ... am 26. September 2006 mittels Angaben der Versicherten den Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma. Danach war die Versicherte als Fahrerin nicht auf die Heckkollision gefasst und erlitt einen Kopfanprall an der Kopfstütze, wobei die Kopfstellung nicht bekannt war. Die chronologische Befragung zum Unfallablauf ergab keine Anhaltspunkte für eine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücken. Ihre Bewusstseinslage wurde mit einem GCS-Score von 15 bewertet, was einem vollen Bewusstsein entspricht (Glasgow Coma Scale; vgl. dazu BG-Urteil U 276/04 vom 13. Juni 2005 E. 2.2.2). b) Dr. med. ... hielt mit Bericht vom 20. Oktober 2006 fest, die Versicherte habe seit ihrer Jugend eine herabgesetzte Schmerzschwelle mit oft überschüssenden Schmerzen (vor allem am Bewegungsapparat, d.h. Wirbelsäule und Gelenken), ohne dass je Hinweise für einen entzündlichen Prozess oder ein Kompressionssyndrom im Bereich der Wirbelsäule

bestanden hätten. Es seien im Jahr 2003 und im Jahr 2005 jeweils MRI- Untersuchungen veranlasst worden, die mit Ausnahme einer Diskushernie C5/6 (und initialer reaktiver Myelopathie) keine auffälligen Befunde gezeigt hätten. Wegen des Unfalls vom 21. Juli 2006 sei die Versicherte wieder am 26. Juli 2006 zu ihm gekommen. In Berücksichtigung der schwer beeinflussbaren Problematik und der früheren Anamnese empfehle er ein neues MRI der HWS zur Frage, ob die cervikale Myelopathie zugenommen habe und eventuell eine Operationsindikation vorliege. Es bestehe die Gefahr einer Chronifizierung. c) Ebenfalls am 20. Oktober 2006 fand eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. ... statt. In seinem Bericht führte der Kreisarzt aus, die Versicherte habe beim Verkehrsunfall vom 21. Juli 2006 ein charakteristisches cranio- cervikales Beschleunigungstrauma bei leichter HWS-Distorsion erlitten. Die bildgebenden Abklärungen hätten keine Anhaltspunkte für skelettäre oder osteoligamentäre Verletzungsbefunde bei günstigem Alignment der HWS ergeben. Es seien teils erhebliche Diskopathiefunde, insbesondere im Bereich C 5/6, bekannt. Aktuell stünden musculo-skelettale Beschwerden im cervikalen und cervico-occipitalen Bereich im Vordergrund. Auch bestünden Cephalgien anderer Beschwerdecharakteristik als die früher bekannten langjährigen Migräneattacken. Es seien aktuell wenig somatisch und strukturell fassbare Körperbefunde feststellbar. Es bestehe jedoch ein globales gesundheitliches Defizit. Er empfehle dringend eine stationäre umfassende Beurteilung und Rehabilitation der Versicherten. Dabei sei eine Aktualisierung der erweiterten bildgebenden Abklärung (MRI) notwendig und es sei auch eine neurologische fachärztliche Untersuchung und Beurteilung in Erwägung zu ziehen. Aktuell sei die Versicherte als Teilzeitangestellte der ... nicht arbeitsfähig. d) Es folgten zahlreiche ärztliche Abklärungen, Untersuchungen und Berichte über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Versicherten: • Dr. med. ..., Bericht vom 31. Oktober 2006 über die MRI-Untersuchung der HWS in der Klinik Gut; • Klinik ..., Austrittsbericht vom 12. Dezember 2006 über den stationären Aufenthalt vom 7. November 2006 bis 5. Dezember 2006 und ärztlicher Zwischenbericht vom 6. Februar 2007;

• Prof. Dr. med. ... und Dr. med. ..., Arbeitsgruppe für Unfallmechanik, Biomechanische Kurzbeurteilung vom 3. Januar 2007; • Dr. med. ..., Ärztlicher Zwischenbericht vom 2. Februar 2007; • Prof. Dr. med. ..., Bericht vom 23. März 2007; • Dr. med. ... (neuer Hausarzt), Ärztlicher Zwischenbericht vom 24. April 2007 sowie Berichte vom 13. September 2007 und vom 22. Dezember 2008; • Dr. med. ..., kreisärztliche Untersuchung vom 20. Juli 2007 mit Bericht vom 23. Juli 2007: Erwähnung eines weiteren Unfallereignisses vom 14. Juli 2007 in Italien, das zu keiner massgeblichen Verschlimmerung und zu keinen neuen organischen Verletzungssubstraten geführt hat. Eine richtunggebende Verschlimmerung könne insofern ausgeschlossen werden. • Dr. med. ..., Neurologischer Bericht vom 14. November 2007 mit CT vom 9. November 2007 sowie Schreiben vom 29. April 2009; • Dr. phil. ..., Neuropsychologischer Bericht vom 6. Dezember 2007 sowie Schreiben vom 11. Mai 2009; • Dr. med. ..., Orthopädisches Gutachten vom 26. November 2008; • PD Dr. rer. nat. ..., Neuropsychologisches Gutachten vom 23. Dezember 2008; • Dr. med. ..., Neurologisches Gutachten mit interdisziplinärer Beurteilung unter Einbezug der Gutachten Richter und Jokeit vom 19. Januar 2009. Die letzten drei Gutachten legte die Vorinstanz ihren Versicherungsmedizinern Dr. med. ..., Facharzt für Neurologie, und Dr. med. ..., Facharzt für Orthopädische Chirurgie, zur ärztlichen Beurteilung vor. Mit Bericht vom 3. Juli 2009 hielten die beiden SUVA-Ärzte fest, das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. ... sei umfassend und nachvollziehbar. Es integriere die Schlussfolgerungen und Diagnosen von PD Dr. rer. nat. ... und Dr. med. ...,

die keine unfallbedingten Diagnosen gestellt hätten. e) Mit Verfügung vom 14. Juli 2009 stellte die SUVA die Versicherungsleistungen auf den 31. Juli 2009 ein. Die somatischen Befunde stünden nicht in natürlich kausalem Zusammenhang zum Unfall vom 21. Juli 2006. Die heute bestehenden Kopfbeschwerden seien nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur. Der Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe (status quo ante), sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens 12 Monate nach dem Unfall wieder erreicht worden. Die übrigen Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar, so dass die Adäquanz zu prüfen sei. Da die Adäquanz zu verneinen sei, erfolge die Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 31. Juli 2009. Mangels

natürlicher und adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf eine IV-Rente und/oder eine Integritätsentschädigung. Die hiergegen erhobene Einsprache vom 31. August 2009 wies die SUVA mit Entscheid vom 14. Mai 2010 ab.

### **E. 3**

Februar 2005 nicht gehabt; zudem habe er auch keine neuen Aufnahmen erstellt. Diese Unterlassung stelle eine Verletzung der Abklärungspflicht nach Art. 43 ATSG dar. Die Entwicklung der HWS sei gut dokumentiert durch die Aufnahmen der Jahre 2003 und 2005. Das nach dem Unfallereignis erstellte MRI vom 31. Oktober 2006 zeige einen progredienten Verlauf und eine Einengung der Wurzel C6. Hinzu komme eine Protrusion der Bandscheibe C6/7. Daher sei nicht von der Hand zu weisen, dass der Unfall vom 21. Juni 2006 zu einer richtungweisenden Verschlimmerung geführt habe und die unfallbedingten Veränderungen an der HWS auch bildgebend dargestellt werden könnten. Zur Abklärung werde deshalb ein gerichtliches Gutachten beantragt. Eine Rückweisung zur Abklärung an die SUVA gebe dagegen keine Gewähr für eine Unabhängigkeit des Gutachters. Dr. med. ... habe nur ausgeführt, dass Veränderungen im Sinne eines natürlichen Krankheitsverlaufs nicht ausgeschlossen werden könnten, mithin möglich seien. Die SUVA habe aber den Nachweis zu erbringen, dass der natürliche Krankheitsverlauf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zum heutigen Beschwerdebild geführt hätte. Auch habe Dr. med. ... unverständlicherweise keine bildgebende Untersuchung zu den Kieferbeschwerden veranlasst. Er weise lediglich daraufhin, dass er die Kieferaufnahmen nicht beurteilen könne. Dr. med. ... habe auf den bekannten Zusammenhang zwischen HWS-Distorsionen und der Beeinträchtigung von Kiefergelenken sowie auf den Befund der Klinik ... vom November 2006 und auf das MRI vom 3. Juni 2008 hingewiesen. Es fehlten damit Abklärungen zur Frage, ob eine posttraumatische Kiefergelenksarthrose vorliege, oder ob eine vorbestehende, klinisch stumme Kiefergelenksarthrose durch den Unfall richtungweisend traumatisiert worden sei. • Zudem sei sie neurologisch nur ungenügend abgeklärt worden. Im Austrittsbericht der Klinik ... vom 12. Dezember 2006 werde ausgeführt, dass ihre Beschwerden mit grosser Wahrscheinlichkeit unfallbedingt seien. Dr. med. ... unterschlage diese Beurteilung und habe sich dazu nicht geäussert. Es bestünden zwei verschiedene Arten von Kopfschmerzen (Migräne, Kopfweg). Dr. med. ... setzte sich lediglich mit der Migräne auseinander, nehme aber zu den Kopfschmerzen nicht Stellung. Er stütze sich bei seiner Beurteilung auch nicht auf den klinischen Befund, sondern einzig auf Literatur und statistische Angaben. Individualfälle passten jedoch ohne weiteres in die statistische Lücke der zitierten Reihenuntersuchungen. Insbesondere gehe Dr. med. ... bei der Beurteilung des neuen Kopfschmerzes von einem leichten Trauma aus, was aufgrund der Strafakten nicht korrekt sei. Es handle sich vorliegend mindestens um einen

mittelschweren Unfall. Auch erwähne er einen angeblichen Medikamentenmissbrauch. Sie habe jedoch nur die ihr von den Ärzten verschriebenen Medikamente eingenommen. Vor dem Unfall habe sie nicht an diesen neuen Kopfschmerzen gelitten, so dass rechtsgenügend abzuklären sei, ob nicht ein posttraumatischer Kopfschmerz vorliege. Die von Dr. med. ... erwähnten Schluckbeschwerden seien nicht untersucht und beurteilt worden. Damit seien insofern organische Unfallfolgen nicht auszuschliessen. Auch lägen neuropsychologisch ungenügende Schlussfolgerungen vor. PD Dr. rer. nat. ... behaupte, die neuropsychologischen Minderleistungen seien sekundäre Folgen der chronischen Schmerzsymptome. Das stimme nicht und lasse sich nicht begründen, so dass das Gutachten nicht schlüssig sei. • Es sei überdies zu kritisieren, dass kein rheumatologisches Gutachten erstellt worden sei. Aus dem Bericht der Klinik ... ergebe sich, dass eine durch den Unfall verursachte musculo-skelettale Problematik bestehe. Diese sei mit grosser Wahrscheinlichkeit unfallbedingt und objektiv nachweisbar gewesen. Ihre geklagten LWS-Beschwerden seien ebenfalls nicht untersucht und beurteilt worden, obwohl sie angegeben habe, im Zeitpunkt der Kollision einen Zwick in der LWS verspürt und in der Folge nachweislich an vermehrten Beschwerden mit Ausstrahlungen in die Beine gelitten habe. Weder Dr. med. ... noch Dr. med. ... hätten in diesem Zusammenhang bildgebende Abklärungen durchgeführt.

• Es sei nicht rechtens, die notwendigen Abklärungen zum natürlichen Kausalzusammenhang zu unterlassen und auf dieser Basis die Einstellung der Versicherungsleistungen mit der fehlenden Adäquanz zu begründen. Eine rechtsgenügende Abklärung des Sachverhalts sei Voraussetzung für die Beurteilung der Adäquanz. Das gelte insbesondere, weil hier zu erwarten sei, dass bildgebende Unfallfolgen nachgewiesen werden könnten. Es liege hier ein mittelschwerer Unfall vor, da der Unfall sich ausserorts ereignet habe und der auffahrende Fahrzeuglenker mit etwa 60 km/h unterwegs gewesen sei, als er durch die stehende Kolonne überrascht worden sei. Die Adäquanz sei zu bejahen, weil die einschlägigen Kriterien vorlägen: ■Das Kriterium der besonderen Art der erlittenen Verletzung sei aufgrund des nachgewiesenen Vorzustandes gegeben; es liege sogar in besonders ausgeprägter Weise vor. Zudem sei sie im Zeitpunkt der Kollision im Begriff gewesen, ihr Handy vom Fussraum des Fahrzeugs aufzunehmen und habe deshalb eine besondere Körperhaltung eingenommen. ■Das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belasteten ärztlichen Behandlung sei erfüllt, da sie sich seit dem Unfallereignis in medizinischer Behandlung befinde. ■Dasselbe gelte für das Kriterium der erheblichen Beschwerden, da sie gemäss Gutachten von Dr. med. ... mit Schmerzen im Rücken, Nacken, Kopf und Kiefer sowie Konzentration- und Gedächtnisschwierigkeiten, Erschöpfungszuständen und einem Gefühl der Strangulation leben müsse. ■Es liege ein schwieriger Heilungsverlauf aufgrund der langen Behandlungsdauer und geringen Erfolgs vor. Hier hätten sich die vorbestehenden gesundheitlichen Einschränkungen verstärkt und seit dem Unfall leide sie an einem Gefühl der Strangulation und erheblichen Kieferproblemen. ■Eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen sei ebenfalls gegeben.

#### **E. 4**

Mit Vernehmlassung vom 7. September 2010 beantragte die SUVA die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 14. Mai 2010: • Die Beschwerdeführerin habe beim Unfall vom 21. Juli 2006 keine organisch nachweisbaren Verletzungen erlitten. Eine Prüfung der Kausalität habe sodann ergeben, dass das Vorliegen

eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den organisch nicht belegbaren Beschwerden und dem Unfall zu verneinen sei. Deshalb erübrige sich die Prüfung der natürlichen Kausalität im vorliegenden Fall. Somit machten die Anträge der Beschwerdeführerin keinen Sinn. Es entspräche einem administrativen Leerlauf, ein Gutachten zur natürlichen Kausalität durchführen zu lassen, wenn die Adäquanzprüfung schon heute negativ ausfiele.

• Kein Arzt habe vorliegend ein unfallbedingtes organisches Substrat für die Beschwerden der Beschwerdeführerin postuliert; das gelte insbesondere für das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. ... vom 19. Januar 2009. Zum Vorhandensein organischer Unfallfolgen am Kiefer hätten die Dres. med. ... und ... Stellung genommen und festgehalten, eine unfallbedingte Läsion sei objektiv nicht nachweisbar. Wenn Dr. med. ... berichte, eine Beeinträchtigung der Kiefergelenke sei in der klinischen Erfahrung bekannt, so könne dies kein organisches Substrat begründen. Die beschwerdeführerische These einer unfallbedingten oder traumatischen Kiefergelenksarthrose wiederum sei durch keine medizinische Akte belegt. • Die Beschwerdeführerin mache geltend, durch das Unfallereignis vom 21. Juli 2006 sei eine richtunggebende Verschlimmerung der vorbestehenden Befunde an der Wirbelsäule eingetreten. Dies sei durch den progredienten Verlauf der Befunde belegt. Dem widersprächen einerseits sämtliche Mediziner. Andererseits sei eine signifikante dauernde unfallbedingte Verschlimmerung einer vorbestehenden degenerativen Schädigung der Wirbelsäule gemäss Rechtsprechung nur bewiesen, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen aufgrund eines Traumas aufzeige. Dr. med. ... und Dr. med. ... hätten am 3. Juli 2009 bestätigt, die Progredienz der vorbestehenden degenerativen Befunde gehe hier nicht über das zu erwartende Mass hinaus. Somit sei keine richtunggebende Verschlimmerung der Befunde eingetreten. • Bei der Beurteilung der Adäquanz sei von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen auszugehen (Auffahrunfälle mit kollisionsbedingter Geschwindigkeitsänderung unter oder innerhalb von 10-15 km/h). Das Kriterium der besonderen Art der Verletzung sei nur erfüllt, wenn eine erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule vorliege, was in casu nicht der Fall sei. In Bezug auf die Körperhaltung im Zeitpunkt der Kollision sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin selbst einen Anprall des Kopfes an der Nackenstütze angegeben habe. Damit sei mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sie sich wieder in aufrecht sitzender Ausgangsposition befunden habe, als Aufprall stattfand. Hinsichtlich der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung sei nur der stationäre Aufenthalt in ... zu berücksichtigen, der für sich alleine nicht ausreiche, um das Kriterium bejahen zu können. Im Übrigen sei auf den angefochtenen Einsprache- Entscheid zu verweisen. • Sämtliche vorhandenen medizinischen Beurteilungen stützten den Standpunkt der SUVA, so dass kein weiteres Gutachten notwendig sei.

## **E. 5**

Mit Replik vom 22. September 2010 hielt die Beschwerdeführerin fest, dass eine besondere Adäquanzprüfung nur dann erfolge, wenn keine objektivierbaren Beschwerden vorlägen. Hier werde jedoch kritisiert, dass keine rechtsgenügenden orthopädischen Abklärungen vorgenommen worden

seien, um den Nachweis objektivierbarer richtungweisender Verschlimmerungen zu belegen. Ein gerichtliches Gutachten mache deshalb Sinn. Die Ausführungen der SUVA,

keiner der involvierten Ärzte habe eine richtungweisende Verschlimmerung festgestellt, sei nicht überzeugend, da bei der Beurteilung keine aktuellen MRI/Röntgenaufnahmen erstellt worden seien. Wenn die gerichtliche Vorprüfung ergebe, dass kein gerichtliches Gutachten in Auftrag gegeben werde, so werde eine vorläufige Sistierung des Verfahrens bis Ende November 2010 beantragt.

#### **E. 6**

Die SUVA verzichtete mit Schreiben vom 29. September 2010 auf eine Duplik.

#### **E. 7**

Mit Schreiben vom 26. Oktober 2010 zog die Beschwerdeführerin den Sistierungsantrag vom 22. September 2010 zurück und bat um Behandlung der hängigen Beschwerde. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften sowie im angefochtenen Entscheid wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Anfechtungsobjekt im vorliegenden Verfahren ist der Einspracheentscheid der SUVA vom 14. Mai 2010 resp. die diesem zugrunde liegende Verfügung vom 14. Juli 2009. Streitig und zu prüfen ist Frage, ob die Vorinstanz die Versicherungsleistungen infolge fehlender Kausalität zu Recht auf den 31. Juli 2009 eingestellt hat. 2. a) Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt nach dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) und dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und der gesundheitlichen Schädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhanges sind alle Umstände, ohne

deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als verwirklicht gedacht werden kann. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Sachzusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches noch nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 123 V 138 E. 3a, 119 V 138 E. 1, 118 V 289 E. 1b; Pra 3/2004 Nr. 45 E. 2.2.2 S. 235; SVR- Rechtsprechung [SVR] 8-9/2003 UV Nr. 11 E. 3.1 S. 32, Nr. 12 UV E. 3.1.1 S. 35; PVG 2000 Nr. 26, 1994 Nr. 65). b) Als adäquate oder rechtserhebliche Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 125 V 461 E. 5a, 123 V 141 E. 3d, 122 V 416 E. 2a, 121 V 49 E. 3a). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhanges kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b). Sie hat bei allen Gesundheitsschädigungen, die aus ärztlicher Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als natürliche Unfallfolgen gelten, Platz zu greifen. Die Frage der Adäquanz ist eine Rechtsfrage, sie ist nicht von medizinischen Sachverständigen, sondern vom Richter zu beurteilen (SVR 8-9/2003 UV Nr. 12 E. 3.2.1 S. 36, 9/2002 UV Nr. 11 E. 2b S. 31). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt.

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 117 V 366 ff. E. 6). Nach der für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall erarbeiteten

sog. Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft, während nach der bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädel- Hirntraumen anwendbaren sog. Schleudertrauma-Praxis auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BG-Urteil 8C\_441/2010 vom 23. August 2010 E. 3; BGE 134 V 112 E. 2.1 mit Hinweisen). c) Für die Fortsetzung der beantragten Versicherungsleistungen über das angefochtene Einstelldatum vom 31. Juli 2009 hinaus müssen die beiden Erfordernisse des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs kumulativ erfüllt sein. Scheitert der geltend gemachte Anspruch auch nur an einer dieser zwei Voraussetzungen, entfällt die Leistungspflicht aus UVG schon ohne die Prüfung des anderen Kriteriums. Die zentrale Frage in Bezug auf die geklagten Beschwerden ist folglich vorerst nicht, ob diese oder jene medizinische Beurteilung korrekt oder mangelhaft ist, sondern ob hier unfallkausale, relevante strukturelle organische Befunde objektivierbar sind. Diese Frage ist aufgrund der vorhandenen Akten zu prüfen. Ist sie zu verneinen, bleibt zu prüfen, ob ein Leistungsanspruch - trotz organisch nicht ausgewiesener Gesundheitsbeschwerden - dennoch anhand der Adäquanzkriterien bei Schleudertraumata oder äquivalenten HWS- Verletzungen (inkl. Schädel-Hirntraumata) über das Einstelldatum per 31. Juli 2009 zu bejahen gewesen wäre. 3. a) Sowohl vor als auch nach dem Unfallereignis vom 21. Juli 2006 wurden in der Klinik Gut in St. Moritz MRI-Untersuchungen der HWS durchgeführt. Aus diesen Untersuchungen vom 11. Dezember 2003, vom 3. Februar 2005 und vom 31. Oktober 2006 geht hervor, dass im Zusammenhang mit den geklagten Beschwerden lediglich eine Diskushernie C5/6 als struktureller organischer Befund objektivierbar ist: • MRI HWS vom 11. Dezember 2003: Mediollingsseitige Discushernie C5/6 mit eingengtem Nervenwurzelverlauf und Impression des Myelons, noch ohne Myelopathie.

• MRI HWS vom 3. Februar 2005: Chondrose C5/6 mit dorsaler medianer subligamentärer Bandscheibenhernie, Impression des Duralsacks und initialer reaktiver Myelopathie im Myelon. Keine Nervenwurzeleinengung spinal oder foraminal. • MRI HWS vom 31. Oktober 2006: Chondrose im Segment C5/6 mit medianer und paramedian linksseitiger bis knapp foraminal reichender Bandscheibenhernie, Impression des Duralsacks und begleitend leichter Myelopathie, sowie Einengung der Wurzel C6 links. Wie den beiden MRI der HWS vor dem Unfallereignis vom 21. Juli 2006 zu entnehmen ist, ist diese Diskushernie C5/6 vorbestehend und nicht unfallbedingt. Das bestätigt die nach dem Unfall am 31. Oktober 2006 durchgeführte MRI-Untersuchung, in deren Anschluss Dr. med. ... von einer Progredienz der Befunde im Vergleich zur Voruntersuchung vom Februar 2005 spricht. Die anlässlich dieser Untersuchung erkennbare Protrusion der Bandscheibe im Segment C 6/7, ohne Einengung der Nervenwurzeln oder des Spinalkanals wird in den späteren Untersuchungen und Abklärungen nie mehr erwähnt. Sie hat sich also entweder zurückgebildet oder ist folgenlos geblieben. Schliesslich anerkennt auch die Beschwerdeführerin, dass sie bereits vor dem erwähnten Unfallereignis degenerative Wirbelsäulenveränderungen aufgewiesen habe. b) Die Beschwerdeführerin kritisiert jedoch,

ihr sei durch unterlassene Abklärungen der Nachweis verwehrt worden, dass das Unfallereignis zu einer richtungweisenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe. Insbesondere seien Dr. med. ..., auf dessen Bericht vom 26. November 2008 sich die SUVA stützte, die MRI-Bilder vom 3. Februar 2005 und vom 11. Dezember 2003 nicht vorgelegen. Zudem habe er auch keine neuen MRI- Aufnahmen erstellt. Dieses Vorbringen ist unbegründet, wurde doch im Anschluss an das Unfallereignis am 31. Oktober 2006 ein MRI der HWS in der Klinik Gut veranlasst, um unfallbedingte strukturelle organische Befunde feststellen zu können. Diese Aufnahme lag Dr. med. ... vor. Im Ergebnis zeigte sich in Bezug auf die Diskushernie eine Progredienz zur Voruntersuchung, ansonsten aber kein unfallbedingter nachweisbarer Befund. Aufgrund der fehlenden klinischen Hinweise für eine radikuläre Wurzelsymptomatik C6 und/oder eine Schädigung der Rückenmarksbahnen im Rahmen einer

Myelopathie lag keine Indikation für eine neuerliche MRI-Untersuchung Ende des Jahres 2008 vor (Dr. med. ... und Dr. med. ..., Bericht vom 3. Juli 2009, S. 3 f.). Damit kann es Dr. med. ... nicht zum Vorwurf gemacht werden, dass kein neues MRI veranlasst wurde. Das Vorliegen unfallbedingter struktureller Nachweise wurde mittels der MRI-Untersuchung vom 31. Oktober 2006 genügend abgeklärt. Was die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte richtungweisende Verschlimmerung betrifft, ist eine solche dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung der degenerativen Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule auszuschliessen. Nach geltender Rechtsprechung kann eine signifikante und damit dauernde Verschlimmerung einer vorbestandenen degenerativen Schädigung der Wirbelsäule nur dann als durch einen Unfall hervorgerufen angesehen werden, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel sowie das Auftreten und Verschlimmern von Verletzungen auf Grund eines Traumas aufzeigt (BG-Urteil 8C\_726/2010 vom 19. November 2010 E. 3.4 mit Hinweisen). Die zeitliche Dauer, während welcher eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, beträgt nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr. Es handelt sich dabei um einen unfallmedizinisch allgemein anerkannten Verlauf vorbestehender Wirbelsäulenerkrankungen nach einem Unfallereignis ohne strukturelle Verletzungen der Wirbelsäule (BG-Urteil 8C\_726/2010 vom 19. November 2010 E. 3.4 mit Hinweisen, Urteil 8C\_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.6). Die medizinischen Akten enthalten keine Hinweise darauf, dass sich der degenerative Zustand der HWS im Zeitpunkt des Unfallereignisses vom 21. Juli 2006 derart verändert hätte. So zeigte die MRI-Untersuchung vom 31. Oktober 2006 in Bezug auf den Befund C5/6 lediglich eine Progredienz der vorbestehenden degenerativen Befunde, die nach Dr. med. ... und Dr. med. ... unter Berücksichtigung sämtlicher Untersuchungsbefunde nicht über das

zu erwartende Mass hinausgeht (Bericht vom 3. Juli 2009, S. 2 f.). Zudem spricht auch das Ergebnis der Arbeitsgruppe für Biomechanik - die durch die Kollision bedingte Geschwindigkeitsänderung bewegte sich unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereichs von 10-15 km/h, so dass die von der HWS ausgehenden Beschwerden und Befunde im Normalfall eher nicht erklärbar sind - gegen eine richtungweisende Veränderung des degenerativen Vorzustandes (Dr. med. ... und Dr. med. ..., Bericht vom 3. Juli 2009, S. 3). Entsprechend wird das Vorliegen einer richtunggebenden Verschlimmerung einer degenerativen Erkrankung in den medizinischen Akten auch nirgends diskutiert (vgl. Klinik

..., Austrittsbericht vom 12. Dezember 2006; Dr. med. ..., Bericht vom 23. März 2007; Dr. med. ..., kreisärztliche Untersuchung vom 20. Juli 2007 mit Bericht vom 23. Juli 2007; Dr. med. ..., Neurologisches Gutachten vom 19. Januar 2009). Daher ist eine richtungweisende Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes auszuschliessen. c) Die Beschwerdeführerin führt weiter aus, sie habe regelmässig darauf hingewiesen, dass der Unfall vom 21. Juli 2006 zu Kieferbeschwerden geführt habe. Dr. med. ... habe unverständlicherweise darauf verzichtet, durch aktuelle bildgebende Methoden die seit dem Unfall eingetretene Verschlechterung zu beurteilen. Er halte lediglich fest, dass er die Kieferaufnahmen nicht beurteilen könne. Gesichtsverletzungen erlitt die Beschwerdeführerin infolge des Unfallereignisses vom 22. Oktober 1997, als sie mit ihrem Auto ins Rutschen kam, gegen einen Felsen prallte und der Airbag ihr ins Gesicht schlug. Mit Bagatellunfall-Meldung UVG vom 24. Oktober 1997 schilderte sie starke Prellungen im Gesichtsbereich (Nase) und an der Schulter sowie eine zerbrochene Brille. Am 27. Februar 1998 schrieb sie der SUVA, sie sei wegen ihres Schleudertraumas immer noch in Behandlung. Von Kieferbeschwerden ist explizit nicht die Rede; das gilt auch für die Aktennotizen der SUVA vom 28. April 1998 und vom 17. Juni 1998 über Telefongespräche mit der Beschwerdeführerin. Ebenso keinen Hinweis auf Kieferbeschwerden lassen sich dem Bericht von Dr. med. ... vom 30. Juni 1998 und dem Bericht von Dr. med. ... über die kreisärztliche Untersuchung vom 14. August 1998

entnehmen. Erstmals Anzeichen für Kieferbeschwerden lassen sich erst dem Bericht von Prof. Dr. med. ... vom 11. Februar 2005 entnehmen („Knacksen“ in den Unterkiefer), der mehr als sieben Jahre nach dem Unfallereignis vom 22. Oktober 1997 erstellt wurde. Auch im Anschluss an das Unfallereignis vom 21. Juli 2006 machte die Beschwerdeführerin keine Kieferbeschwerden geltend. Vielmehr gab sie an, infolge des Unfalls einen Kopfanprall des Hinterkopfs an der Kopfstütze erlitten zu haben (vgl. Erhebungsblatt der SUVA für die Abklärung von HWS- Fällen vom 30. August 2006; Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma des Spitals ... vom 26. September 2006). Nicht erwähnt werden Kieferbeschwerden dann auch im Bericht von Dr. med. ... vom 20. Oktober 2006, der die Beschwerdeführerin am 26. Juli 2006 untersucht hatte. Nach dem Unfallereignis erwähnt werden Kieferbeschwerden erstmalig im Bericht von Dr. med. ... über die kreisärztliche Untersuchung vom 20. Oktober 2006. Die Beschwerdeführerin gab damals an, auch bei geringer Anstrengung an Kopfbeschwerden uneinheitlicher Ausprägung zu leiden. Sie empfinde die Schmerzen teils im Stirnbereich, meist druckartig auch im seitlichen Kopf- und Gesichtsbereich, teils im rechtsseitigen Kieferbereich. Bei der Befundaufnahme und bei der ärztlichen Beurteilung wurden Kieferbeschwerden aber nicht mehr erwähnt. Die Klinik ... diagnostizierte in der Folge gemäss Austrittsbericht vom 12. Dezember 2006 eine Kiefergelenksarthrose (rechts). Da die Beschwerdeführerin immer wieder Schmerzen beim Kauen im Bereich des rechten Kiefers angegeben worden habe, seien Röntgenbilder angefertigt worden. Diese hätten deutliche Zeichen einer Kiefergelenksarthrose rechts mit entsprechend verstärkter Sklerose an der vorderen Gelenkspfanne, bei normaler Beweglichkeit des Kieferköpfchens ergeben. Eindeutige Hinweise auf eine Destruktion des Discus articularis hätten sich nicht ergeben (S. 2 und S. 14, Röntgenaufnahmen vom 23. November 2006). Die knackenden Geräusche beim Kauen im Kiefergelenk hätten sich bis zum Austritt der Beschwerdeführerin aus der stationären Behandlung deutlich verbessert (S. 5). Ihr sei empfohlen worden, beim Zahnarzt eine Kieferschiene anfertigen zu

lassen. Damit könne eine Entlastung des Kiefergelenks rechts erreicht werden (S. 2). Ein MRI der Kiefergelenke vom 3. Juni 2008 ergab eine deutliche Veränderung des Kieferköpfchens rechts mit wahrscheinlicher anlagebedingter Hypoplasie und entsprechend weniger stark ausgebildeten Processus condylaris und flacher Pfanne. Zudem liege eine deutliche Degeneration des Diskus articularis rechts mit Luxation, welcher bei offenem Mund keine Retraktion zeigt, mit deutlicher Deformierung vor. Links seien das Kieferköpfchen und auch der Diskus regelrecht mit normaler Bewegung und Retraktion. Dies veranlasste Dr. med. ... am 29. April 2009 zur Frage, ob nicht eine vorbestehende Kiefergelenksarthrose durch das Unfallereignis traumatisiert worden sei. Zusammenfassend ist zunächst festzuhalten, dass eine unfallbedingte Läsion der Kiefergelenke objektiv nicht nachweisbar ist. Das MRI vom 3. Juni 2008 hat keine Anzeichen unfallbedingter Veränderungen an den Kiefergelenken erkennen lassen (vgl. Dr. med. ... und Dr. med. ..., Bericht vom 3. Juli 2009). Eine posttraumatische Kiefergelenksarthrose liegt damit nicht vor. Eine richtunggebende Traumatisierung der vorbestehenden klinisch stummen Kiefergelenksarthrose ist sodann ebenfalls auszuschliessen. Keine der ärztlichen Beurteilungen und auch keine der radiologische Aufnahmen der Kiefergelenke (Röntgenaufnahmen, MRI) lässt den Schluss zu, dass die Kieferproblematik der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 22. Oktober 1997 oder den Unfall vom 21. Juli 2006 zurückzuführen ist. Gegen eine richtunggebende Traumatisierung spricht auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfallereignis vom 22. Oktober 1997 nie explizit Kieferprobleme geltend gemacht und auch nach dem späteren Unfallereignis vom 21. Juli 2006 keine Kieferprobleme geschildert hat. Zudem erlitt die Beschwerdeführerin ihren eigenen Angaben nach infolge des Unfallereignisses vom 21. Juli 2006 einen Anprall des Hinterkopfes an der Kopfstütze, was eine richtunggebende Traumatisierung der vorbestehenden Kiefergelenksarthrose ebenfalls wenig wahrscheinlich macht.

d) Die Beschwerdeführerin bringt ferner vor, es sei kein rheumatologisches Gutachten erstellt worden. Damit sei auch die von der Klinik ... festgestellte musculo-skelettale Problematik ungenügend abgeklärt worden, die mit grosser Wahrscheinlichkeit unfallbedingt und objektiv nachweisbar gewesen wäre. Zudem seien auch die geklagten Beschwerden der LWS nicht untersucht und beurteilt worden, so dass eine bildgebend feststellbare Verschlimmerung des Vorzustandes nicht ausgeschlossen werden könne. Dem ist entgegen zu halten, dass die Klinik ... im Austrittsbericht vom 12. Dezember 2006 festhielt, neben den festgestellten muskulären Beschwerden beständen degenerative Veränderungen Halswirbelsäule sowie eine Diskushernie C 5/6. Diese radiologischen Befunde unterstützten mit Sicherheit die Beschwerden der Patientin, hätten jedoch schon vor dem Unfall bestanden. Sie seien bis zum Unfallereignis aber klinisch stumm gewesen, so dass von einer Aktivierung durch den Unfall ausgegangen werden müsse. Daraus ergibt sich ohne weiteres, dass die muskulären Beschwerden zwar unfallbedingt waren, jedoch auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen der HWS zurückzuführen sind. In deren Zusammenhang liegt, wie bereits ausgeführt, kein traumatischer organisch nachgewiesener Befund vor. Ebenso ist eine richtunggebende Verschlimmerung dieses degenerativen Vorzustandes auszuschliessen. Sonstige strukturelle Veränderungen der HWS, die Ursache der geklagten muskulären Beschwerden hätten sein können, konnten gemäss MRI der HWS vom 31. Oktober 2006 nicht festgestellt werden. Damit liegt auch den geklagten muskulären Beschwerden kein unfallbedingter organisch nachweisbarer Befund zugrunde. Die von der Beschwerdeführerin erwähnten Beschwerden der LWS wurden von der Klinik

... am 13. November 2006 mit Röntgenaufnahmen der LWS untersucht. Es zeigte sich eine bereits klinisch festgestellte Fehllage in Form einer rechtskonvexen Torsionsskoliose, einer Streckhaltung thorakolumbal und einer Lordose lumbosakral. Zudem waren mässige degenerative Veränderungen von L3 bis S1 sichtbar, die in ihrem Ausmass wahrscheinlich einen geringen Einfluss auf die Symptomatik hatten. Eine Instabilität bestand dagegen nicht. Ein traumatischer und bildgebend

nachweisbarer Befund konnte nicht erhoben werden. Ein richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes ist ebenfalls auszuschliessen, da Dr. med. ... die Befunde der LWS für im Normbereich liegend beurteilte (Neurologischer Bericht vom 14. November 2007; vgl. auch Dr. med. ..., Orthopädisches Gutachten vom 26. November 2008). e) Was die von der Beschwerdeführerin geklagte Migräne betrifft, so bezeichnete Dr. med. ... diese als neurogene Entzündung, so dass von einer organisch abgestützten Erkrankung auszugehen sei. Ein bildgebend nachweisbarer Befund im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung liegt hier aber nicht vor (vgl. BG-Urteil 8C\_141/2007 vom 28. Juli 2008 E. 5.4.1). Die geklagte Migräne wäre im Übrigen aber ohnehin nicht durch das Unfallereignis verursacht worden, da eine Migräne gemäss Dr. med. ... nach heutigem Kenntnisstand nicht durch eine HWS-Distorsion ausgelöst werden kann. Eine vorübergehende Verschlechterung der vorbestehenden Migräne sei dagegen zeitlich begrenzt über 6-12 Monate vorstellbar (Neurologischer Bericht vom 19. Januar 2009, S. 22). Im Weiteren sind auch die geklagten Spannungskopfschmerzen und die anamnestisch erfassten Schluckbeschwerden bildlich nicht nachgewiesen. Hinsichtlich der Schluckbeschwerden ist auf das MRI der Kiefergelenke im Diagnosezentrum ... vom 3. Juni 2008 zu verweisen, das keine unfallbedingte Läsion der Kiefergelenke und damit insofern keinen strukturell nachweisbaren Befund ergeben hat. Zudem hat Dr. med. ... festgehalten, dass die weiteren von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wie Schlafstörungen, Globusgefühl, Zähneknirschen, Kälte- und Lichtempfindlichkeit und Erschöpfbarkeit neurologisch nicht objektivierbar sind. Unter dem Begriff „Globusgefühl“ bzw. Globussymptom versteht man gemäss Pschyrembel ein intermittierend oder kontinuierlich auftretendes Gefühl eines im Rache steckenden Klosses, eventuell mit Druckgefühl bzw. Schluckzwang (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl. 2007, S. 701). Nach dem Roche Lexikon Medizin bezeichnet der Begriff Globussyndrom ein intermittierendes Fremdkörper- und Engegefühl im Schlund (Roche Lexikon Medizin, 3. Aufl. 1993, S. 637). Unter den Begriff Globusgefühl sind damit

auch die geklagten Schluckbeschwerden zu subsumieren, die infolgedessen neurologisch nicht objektivierbar sind. Aber selbst wenn man die Schluckbeschwerden nicht unter den Begriff Globusgefühl subsumieren wollte, ist aufgrund der exemplarischen Natur der Aufzählung der weiteren Beschwerden anzunehmen, dass die Schlussfolgerung der fehlenden Objektivierbarkeit auch für die Schluckbeschwerden gilt; zumal das MRI der Kiefergelenke und die MRI der HWS keine Läsionen ergeben haben. Demnach beruhen die Schluckbeschwerden nicht auf einem strukturell fassbaren Befund. Sodann liegt auch den neuropsychologischen Funktionsstörungen kein traumatischer organischer Befund zugrunde (PD Dr. rer. nat. H. Jokeit, Neuropsychologisches Gutachten vom 23. Dezember 2008; Dr. med. ... und Dr. med. ..., Bericht vom 3. Juli 2009). Selbst wenn aber hirnrnorganische Befunde bildgebend nachweisbar gewesen wären, wären die neuropsychologischen Funktionsstörungen nicht dadurch verursacht worden, da die klinischen Voraussetzungen einer leichten traumatischen Hirnverletzung nicht gegeben

waren (Dr. med. ..., Neurologischer Bericht vom 19. Januar 2009, S. 22). f) Im Ergebnis ist somit festzuhalten, dass in Bezug auf die geklagten Beschwerden kein unfallbedingter organischer Befund objektivierbar ist. Eine richtungweisende Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Wirbelsäulenveränderung und der vorbestehenden Kiefergelenksarthrose ist ebenfalls auszuschliessen. So hat Dr. med. ... die mediane Diskushernie C 5/6 (und auch die Osteochondrose C5/6) als unfallfremd bezeichnet, was die Dres. med. ... und ... mit Bericht vom 3. Juli 2009 bestätigten. Damit ist die Adäquanz des Unfallereignisses vom 21. Juli 2006 nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) zu prüfen. 4. a) Wie die Vorinstanz zu Recht festhielt, ist beim erlittenen Auffahrunfall vom 21. Juli 2006 von einem mittleren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen auszugehen (vgl. Biomechanische Kurzbeurteilung vom 3. Januar 2007). Für diese Einstufung kann ohne weiteres auf die vergleichbaren Unfälle laut

Rechtsprechung verwiesen werden (vgl. BG-Urteile 8C\_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.2 [Sturz Baugerüst]; 8C\_1056/2009 vom 8. Februar 2010 E. 3.2 [Snowboardsturz], 8C\_963/2009 vom 11. März 2010 E. 4.1-4.2 [Autoauffahrunfall]; 8C\_525/2007 vom 30. Mai 2008 E. 2.2.2 [Fahrradunfall]; RKUV 2003 Nr. U 481 S. 204 [Reifenplatzer bei Auto]), worin bei ähnlicher Sachlage jeweils ebenso auf einen mittelschweren Unfall (meist im Grenzbereich zu einem „leichten Unfall“) erkannt wurde. Die Adäquanz eines versicherungsrelevanten Kausalzusammenhangs wäre bei derartigen Unfällen nach gefestigter Praxis dann zu bejahen, wenn ein einziges der für die Beurteilung bei gesundheitlichen Fehlentwicklungen nach einem Unfall mit einem HWS-Distorsionstrauma (inkl. Schädelhirntrauma) aufgestellten Kriterien in ganz besonders ausgeprägter Weise erfüllt worden wäre oder die dazu massgebenden Kriterien in gehäufte und auffallender Weise vorgelegen hätten. Eine Häufung setzt bei einem Unfall im eigentlichen mittleren Bereich drei und bei einem Grenzfall zu den leichten Unfällen vier Kriterien voraus (BG-Urteil 8C\_749/2010 vom 6. Januar 2011 E. 6.3; SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100, 8C\_897/2009 E. 4.5). Das ist vorliegend, wie aufzuzeigen ist, nicht der Fall: (1) Besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls: Ob das Kriterium vorliegt, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (BG-Urteil 8C\_749/2010 vom 6. Januar 2011 E. 6.3.1, 8C\_655/2010 vom 15. November 2010 E. 4.2.2). Das Kriterium ist vorliegend nicht gegeben und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht behauptet (vgl. BG-Urteil 8C\_786/2009 vom 4. Januar 2010 E. 5.2). (2) Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen: Die Beschwerdeführerin macht geltend, das Kriterium sei aufgrund des bildgebend nachgewiesenen Vorzustandes in besonders ausgeprägter Weise gegeben (vgl. BG-Urteil 8C\_946/2009 vom 22. April 2010 E. 2.4.2). Hinzu komme, dass sie im Zeitpunkt der Kollision eine besondere Körperhaltung

eingenommen habe. Eine degenerative Vorschädigung für sich führt nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung aber nicht bereits zur Bejahung dieses Kriteriums (BG-Urteil 8C\_680/2010 vom 4. Februar 2011 E. 5.3.1, 8C\_321/2010 vom 29. Juni 2010 E. 5.2.1). Hingegen ist einer erheblichen Vorschädigung der HWS durch einen früheren Unfall beim Kriterium der besonderen Art der Verletzung grundsätzlich Rechnung zu tragen. Als Vorzustand bestand hier gemäss den MRI-Untersuchungen der Jahre 2003 und 2005 lediglich eine degenerative Schädigung der Wirbelsäule in Form einer Diskushernie C 5/6.

Gemäss Bericht von Prof. Dr. med. ... vom 11. Februar 2005 war dadurch aber keine Operation indiziert, da das Rückenmark nicht in Mitleidenschaft gezogen und die Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht radikulärer Natur waren. Zudem war die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis vom 21. Juli 2006 nach ihren eigenen Angaben voll arbeitsfähig gewesen (Beschwerde, S. 17; vgl. Dr. med. ..., Neurologischer Bericht vom 14. November 2007; Dr. phil. ..., Neuropsychologischer Bericht vom 6. Dezember 2007). Der hier bildgebend nachgewiesene degenerative Vorzustand lässt die erlittenen Verletzungen - entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung - daher nicht als besonders erscheinen (vgl. BG-Urteil 8C\_413/2008 vom 5. Januar 2009 E. 6.3.2, 8C\_655/2010 vom 15. November 2010 E. 4.2.3, 8C\_1075/2009 vom 30. März 2010 E. 5.4.2). Was die von der Beschwerdeführerin erwähnte besondere Körperhaltung betrifft, so ist diese nach Lage der Akten nicht mindestens mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. So äusserte die Beschwerdeführerin am 30. August 2006 der SUVA gemäss Erhebungsblatt für die Abklärung von HWS-Fällen gegenüber, sie habe mit dem Hinterkopf an der Kopfstütze angeschlagen. Dasselbe ergibt sich aus dem Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach Beschleunigungstrauma des Spitals ... vom 26. September 2006 (vgl. auch die widersprüchlichen Angaben bei Dr. med. ..., Neurologischer Bericht vom 14. September 2007, bei PD Dr. rer. nat. ..., Neuropsychologisches Gutachten vom 23. Dezember 2008, und bei Dr. med. ..., Neurologisches Gutachten vom 19. Januar 2009). Aufgrund ihrer eigenen

Angaben ist damit eher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zur Zeit des Aufpralls eine normale Sitzposition innehatte. (3) Fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung: Dieses Kriterium ist nach der Auffassung der Beschwerdeführerin erfüllt, da sie seit dem Unfall in medizinischer Behandlung sei. Anhaltspunkte für eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung bestehen indessen nicht. Abklärungsmassnahmen und blosser ärztliche Kontrollen sind im Rahmen des Kriteriums der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung nicht zu berücksichtigen (BG-Urteil 8C\_698/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4.4, 8C\_126/2008 vom 11. November 2008 E. 7.3, 8C\_415/2007 vom 1. Juli 2008 E. 7.3). Im Wesentlichen fanden vorliegend nebst medikamentöser Schmerzbehandlung ein stationärer rehabilitierender Aufenthalt in der Klinik ... sowie ambulante Behandlungen (Physiotherapie etc.) statt. Das genügt zur Bejahung des Kriteriums nicht (BG-Urteil 8C\_786/2009 vom 4. Januar 2010 E. 5.4, 8C\_749/2010 vom 6. Januar 2011 E. 6.3.2). Überdies ist eine Behandlungsbedürftigkeit (im Sinne medikamentöser Schmerz- und Physiotherapie) während zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS respektive äquivalenten Verletzungen mit ähnlichem Beschwerdebild durchaus üblich (BG-Urteil U 380/04 vom 15. März 2005 E. 5.2.4). (4) Erhebliche Beschwerden: Für die Beurteilung der Adäquanz relevant sein können nur diejenigen erheblichen Beschwerden, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehen. Die Erheblichkeit beurteilt sich dabei nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 128 E. 10.2.4). Gemäss dem neurologischen Gutachten von Dr. med. ... vom 19. Januar 2009 bestehen einige glaubhafte gesundheitliche Einschränkungen und Schmerzen. Dennoch ist die Beschwerdeführerin seit Dezember 2006 wiederum arbeitsfähig (Prof. Dr. med. ..., Bericht vom 23. März 2007) und arbeitet seit dem 2. Juni 2008 auch wieder im vorherigen Pensum (Dr. med. ..., Neurologisches Gutachten vom 19. Januar 2009; Dr.

med. ..., Unfallschein UVG vom 13. August 2008), wobei sie einzelne Tage fehlte (vgl. Abwesenheitenliste). Insofern ist fraglich, ob das Kriterium der erheblichen Beschwerden unter Berücksichtigung der Einschränkungen im Lebensalltag zu verneinen wäre. Letztlich kann das Kriterium aber offen gelassen werden, da die Adäquanz auch im Falle erheblicher Beschwerden nicht zu bejahen ist. (5) Ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert: Eine Fehlbehandlung ist aus den Akten nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht behauptet. (6) Schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen: Gemäss bundesgerichtlicher Praxis darf aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81, U 479/05 E. 8.5). Auch die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung dieses Kriterium. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnte (SVR 2009 UV Nr. 13 S. 52, 8C\_590/2007 E. 7.6). Besondere Gründe, welche zur Bejahung dieses Kriteriums führen könnten, sind hier nicht gegeben. Soweit unfallfremde degenerative Befunde den Heilungsverlauf beeinflussten, ist dies unbeachtlich (BG-Urteil 8C\_680/2010 vom 4. Februar 2011 E. 5.3.4). (7) Erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen: In besonderer Ausprägung liegt das Kriterium nach Lage der Akten nicht vor und wird derart von der Beschwerdeführerin auch nicht behauptet. Damit kann das Kriterium offen gelassen werden, da die Adäquanz auch im Falle einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit zu verneinen ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keines der relevanten Kriterien in ausgeprägtem Masse erfüllt ist. Selbst wenn man das Vorliegen der Kriterien der erheblichen Beschwerden und der erheblichen Arbeitsunfähigkeit bejahen würde, wären die Kriterien nicht in auffallender und gehäufte Weise gegeben. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 21. Juli 2006 und den über den 31. Juli 2009 hinaus anhaltend geklagten Beschwerden ist daher zu verneinen. Die Einstellung der Versicherungsleistungen war somit rechtens. b) Nach dem Grundsatz der antizipierten Beweiswürdigung ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten, wenn ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist, und wenn anzunehmen ist, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern könnten (BGE 122 II 469 E. 4a). Die medizinischen Akten stimmen vorliegend insofern überein, als in Bezug auf die geklagten Beschwerden (Wirbelsäule, Migräne, Spannungskopfschmerzen, Schluckbeschwerden, Kiefer) kein unfallbedingter struktureller organischer Befund objektivierbar ist. Eine richtungweisende Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Wirbelsäulenveränderung und der vorbestehenden Kiefergelenksarthrose ist sodann ebenfalls auszuschliessen. Selbst wenn der beschwerdeführerischen Auffassung gefolgt würde und eine natürliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 21. Juli 2006 und den über den 31. Juli 2009 geklagten Beschwerden zu bejahen wäre, wäre die Adäquanz des Unfallereignisses nach der bundesgerichtlichen Schleudertraumapraxis zu verneinen. Zusammenfassend ergibt sich somit, dass auch weitere Beweisvorkehren zur natürlichen Kausalität am vorliegenden Ergebnis - keine Leistungspflicht der SUVA aufgrund mangelnder Kausalität - nichts zu ändern vermöchten (vgl. BG-Urteil 8C\_135/2007 vom 25. April 2008 E. 3). Entsprechend ist auf weitere medizinische Abklärungen und insbesondere auch auf ein gerichtliches

Gutachten zu verzichten. 5. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich damit als rechtmässig und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Gerichtskosten werden keine erhoben, da das kantonale Beschwerdeverfahren nach Art. 61 lit. a ATSG grundsätzlich kostenlos ist. Eine aussergerichtliche Entschädigung steht der Vorinstanz (Beschwerdegegnerin) nicht zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Kosten erhoben.

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