



**Fall-Nr.:** UV 2010/ 11  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.04.2020  
**Entscheiddatum:** 08.10.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 08.10.2010**

**Art. 4 ATSG; Art. 6 UVG: Verneinung der natürlichen sowie adäquaten Kausalität zwischen fortdauernden Beschwerden und einem Auffahrunfall. Adäquanzbeurteilung nach BGE 134 V 109 (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Oktober 2010, UV 2010/11).**

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 8. Oktober 2010

in Sachen

M.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Hans Stünzi, Seestrasse 162a, Postfach,  
8810 Horgen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Bachmann, Schwanenplatz 4, 6004 Luzern,



## St.Galler Gerichte

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.

A.a M. \_\_\_ war bei der A. \_\_\_ tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) unfallversichert, als sie am 23. Juli 2007 während ihrer Ferien auf einem Ausflug als Beifahrerin in einem Personenwagen einen Auffahrunfall erlitt (Suva-act. 1). Zwei Tage nach dem Unfall begab sich die Versicherte in ärztliche Behandlung (Suva-act. 7, 8). Nach ihrer Rückkehr in die Schweiz konsultierte sie am 27. August 2007 ihren Hausarzt Dr. med. B. \_\_\_, Innere Medizin FMH. Dieser beantwortete am 13. September 2007 die Fragen des Dokumentationsbogens für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma. Unter der Rubrik "vorläufige Diagnose" markierte Dr. B. \_\_\_ in Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF-)Klassifikation ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad II-III. Eine Röntgenuntersuchung der HWS, BWS, LWS und der Schulter vom 29. August 2007 hatte laut Angaben von Dr. B. \_\_\_ eine Fehllhaltung der HWS sowie degenerative Veränderungen im Bereich HWK5/6 ergeben (Suva-act. 2). Die Suva erbrachte für den Unfall vom 23. Juli 2007 die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten- und Taggeldleistungen).

A.b In der Folge wurden verschiedene medizinische Behandlungen und Abklärungen - orthopädische Untersuchungen in der Wirbelsäulensprechstunde der Uniklinik Balgrist (Suva-act. 11, 17), Ambulante Assessments sowie ein psychosomatisches Konsilium in der Rehaklinik Bellikon (Suva-act. 15, 24, 25), eine biomechanische Kurzbeurteilung durch das AGU Zürich (Triage; Suva-act. 34), eine Rehabilitationsbehandlung in der Rehaklinik Bellikon (Suva-act. 37) sowie eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie (Suva-act. 42) - vorgenommen, worauf die Suva mit Verfügung vom 6. Januar 2009 den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den fortbestehenden Beschwerden und dem Unfall vom 23. Juli 2007



verneinte und sämtliche Versicherungsleistungen per 15. Januar 2009 einstellte (Suva-act. 47).

B.

Die gegen diese Verfügung von Rechtsanwalt lic. iur. H. Stünzi, Horgen, für die Versicherte am 4. Februar 2009 erhobene und am 20. März 2009 begründete Einsprache (Suva-act. 53, 61) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2009 ab (Suva-act. 68).

C.

C.a Gegen diesen Einspracheentscheid richtet sich die Beschwerde vom 25. Januar 2010 mit den Anträgen, die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit dem Auftrag, eine interdisziplinäre Schlussbegutachtung unter Einbezug der Disziplinen Orthopädie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie durchzuführen und eventualiter sei der Beschwerdeführerin gestützt auf Art. 18 ff. des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) eine Rente basierend auf einem IV-Grad von 50% sowie eine Integritätsentschädigung zuzusprechen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Der Beschwerde wurde ein Austrittsbericht der D.\_\_\_\_, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (nachfolgend: Privatklinik D.\_\_\_\_, vom 18. Juni 2009 beigelegt.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2010 beantragte die durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Bachmann, Luzern, vertretene Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

C.c Mit Replik und Duplik vom 5. März bzw. 7. April 2010 hielten die Parteien unverändert an ihren Anträgen fest.

C.d Auf die weiteren Begründungen und Ausführungen in den einzelnen Rechtsschriften bzw. medizinischen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:



1.

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2009 (Suva-act. 68). Diesem liegt die Verfügung vom 6. Januar 2009 zu Grunde (Suva-act. 47). Verfügungen sind nach ihrem tatsächlichen rechtlichen Gehalt und nicht nach ihrem Wortlaut zu verstehen. Zu prüfen ist deshalb, welche Rechtsfolge die entscheidende Instanz in Wirklichkeit anordnen wollte (BGE 120 V 497 E. 1). Die rechtliche Regelung eines Rechtsverhältnisses, welche die Verfügung mit Verbindlichkeitsanspruch trifft, ist der Verfügungsformel (Dispositiv) zu entnehmen (Fritz Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl. Bern 1983, S. 130). Insofern als die Beschwerdeführerin mit ihrer Einsprache vom 4. Februar/20. März 2009 (Suva-act. 53, 61) die Verfügung vom 6. Januar 2009 sinngemäss vollumfänglich angefochten hat und die Einsprache sodann mit dem Einspracheentscheid vom 16. Dezember 2009 vollumfänglich abgewiesen worden ist, darf für die Bestimmung des Anfechtungsgegenstandes auf den Inhalt der Verfügung abgestellt werden. Die Beschwerdegegnerin stellt darin zunächst fest, dass aufgrund der Abklärungen die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar seien. Es sei daher die Adäquanz nach BGE 117 V 359 bzw. BGE 134 V 109 zu beurteilen. Nach Prüfung der massgebenden Kriterien sei die Adäquanz zu verneinen, weshalb die Versicherungsleistungen per 15. Januar 2009 eingestellt würden. Eingestellt werden die bisher erbrachten Versicherungsleistungen, wobei es sich um Heilkosten- und Taggeldleistungen handelte. Die Einstellung bezieht sich mithin konkret auf diese Leistungsarten. Die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid enthält aber - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin - auch eine Ablehnung eines Gesuchs um eine allfällige Berentung und Integritätsentschädigung. So hat die Beschwerdegegnerin im Weiteren verfügt, dass kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Beschwerdegegnerin in Form einer Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung bestehe. Begründet wird dies mit der Verneinung der (adäquaten) Kausalität zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 23. Juli 2009, welche es nachfolgend materiellrechtlich zu prüfen gilt. Sollte im Beschwerdeverfahren die Kausalität bzw. das Vorliegen unfallkausaler Gesundheitsschäden bejaht werden, wäre im Weiteren zu prüfen, welche Leistungsarten der Beschwerdeführerin zuzusprechen wären.

2.



2.1 Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht bezüglich des Unfalls vom 23. Juli 2007 und erbrachte entsprechende Versicherungsleistungen. Streitig ist, ob sie auch für die nach dem 15. Januar 2009 (Leistungseinstellung) geltend gemachten gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin aufzukommen hat.

2.2 Die Beschwerdegegnerin legt im angefochtenen Einspracheentscheid die Voraussetzungen der Leistungspflicht des Unfallversicherers nach Art. 6 Abs. 1 UVG zutreffend dar (BGE 129 V 181 f. E. 3 mit Hinweisen). Darauf ist zu verweisen. Die Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs erfolgt aufgrund der Feststellungen bei den medizinischen Untersuchungen und ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin. Demgegenüber obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 und 112 V 30; PVG 1984 Nr. 82, 174).

2.3 Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen (organisches Substrat konnte mit bildgebenden Untersuchungsmethoden [Röntgen, Computertomogramm, EEG] nachgewiesen werden) spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle. Sie ist bei ausgewiesener natürlicher Kausalität ohne weiteres zu bejahen (BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 E. 3a, 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass eine versicherte Person eine Schleudertraumaverletzung erlitten hat, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 140 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Unfallfolgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 99 E. 2a), andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten bzw. den mit BGE 134 V 109 modifizierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum



adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b).

3.

Die Beschwerdeführerin leidet seit dem Unfall vom 23. Juli 2007 unter Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die linke Schulter und den Kopf (Suva-act. 24, 37, 42). Die Röntgenuntersuchung vom 29. August 2007 ergab eine Fehlhaltung der HWS mit Ventralgleiten von HWK2 über HWK3 von 2mm sowie degenerative Veränderungen auf Höhe HWK5 und HWK6 (Suva-act. 2, 11). Die in der Uniklinik Balgrist am 23. November 2007 durchgeführte MRI-Untersuchung der HWS dokumentierte eine Streckhaltung der HWS mit Kyphosierung zwischen C4 und C6 (Kyphosenwinkel 7 Grad), eine breite mediane Diskusprotrusion C5/6 mit Kontakt zum Myelon ohne Kompression desselben sowie diskrete Diskusprotrusionen C3/4 und C4/5 ohne Neurokompression (Suva-act. 17). In ihren Berichten vom 23. Oktober und 23. November 2007 diagnostizierte die Uniklinik Balgrist schliesslich eine Osteochondrose C5/6 (Suva-act. 17). Laut medizinischen Akten weist die Beschwerdeführerin damit im Bereich der HWS unbestrittenermassen radiologisch sichtbare Gesundheitsschäden auf, die grundsätzlich als Ursache der geklagten Beschwerden im Nackenbereich mit Ausstrahlung in die linke Schulter und in den Kopf in Frage kommen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl., Bern 2002, S. 843 ff., 848 ff. und S.878 ff.).

4.

4.1 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt in der Beschwerde (Ziff. 16) die gutachterliche Abklärung der Ursächlichkeit der festgestellten Diskusprotrusionen und weist darauf hin, dass die Progredienz derselben traumatisch bedingt sein könne. Er geht damit offensichtlich davon aus, dass die Diskusprotrusionen keine direkten, durch den Unfall verursachten organischen Gesundheitsschädigungen darstellen. Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts) in seiner



Rechtsprechung festhielt, entspricht es denn auch einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass Diskushernien in aller Regel degenerative Erkrankungen darstellen. Ein Bandscheibenvorfall kann nur dann als weitgehend durch eine äussere Einwirkung entstanden betrachtet werden, wenn die dabei wirkende Kraft ausserordentlich hoch und der Unfall mithin geeignet war, eine prätraumatisch vollständig unauffällige Bandscheibe zu zerreißen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192, 193 E. 2a mit Hinweisen; Urteile des EVG vom 3. Oktober 2005 i/S R. [U 163/05], E. 3.1, und vom 18. Februar 2002 [U 459/00] i/S K., E. 3b; Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 68 [1995], S. 17). Diese Voraussetzungen sind vorliegend weder hinsichtlich des Unfallereignisses (vgl. dazu Suva-act. 2, 3, 7) noch bezüglich des Gesundheitszustandes vor dem Unfall erfüllt. So spricht Dr. C. \_\_\_ im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 22. September 2008 in Bezug auf die Diskusprotrusionen von degenerativen Veränderungen. Eine traumatisch bedingte strukturelle Läsion habe nicht diagnostiziert werden können (Suva-act. 42). Diskusprotrusionen entstehen im Übrigen gerade auch durch das ebenfalls diagnostizierte Wirbel- bzw. Ventralgleiten, welches zum Verschleiss der Bandscheiben führt (Suva-act. 2, 11; vgl. dazu Wikipedia <http://de.wikipedia.org/wiki/Spondylolisthesis>, Abfrage vom 7. September 2010; Pschyrembel, a.a.O., S. 1131 f.; Debrunner, a.a.O., S. 852). Beim Ventralgleiten handelt es sich um eine Folge der Wirbelsäulenfehlhaltung bzw. Kyphosierung, wobei eine traumatische Wirbelverschiebung eine - im vorliegenden Fall nicht ausgewiesene (Suva-act. 42) - verletzungsbedingte Wirbelfraktur voraussetzen würde (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 262. Aufl., S. 1131 f.). Die Wirbelsäulenfehlhaltung wird von der Uniklinik Balgrist in der Diagnosestellung im Zusammenhang mit einem chronisch rezidivierenden, seit Jahren bestehenden, d.h. also vorbestehenden cervicovertebralen/ cervicocephalen Syndrom genannt (vgl. dazu Suva-act. 2). Die Osteochondrose stellt sodann ebenfalls eine häufige im Rahmen des Degenerationsprozesses auftretende, also nicht traumatisch bedingte Veränderung an der Wirbelsäule, die ein Vorstadium oder eine Begleiterscheinung einer Diskushernie bilden kann, dar (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 852 ff.). Insgesamt liegt damit im Bereich der HWS der Beschwerdeführerin ein Zustand der Wirbelsäule vor, der auf eine umfassende degenerative Problematik, allenfalls basierend auf einer angeborenen Fehllhaltung, hinweist, die mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine beim Unfallereignis vom 23.



Juli 2007 erlittene, neue bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung ausschliessen lässt. Den medizinischen Akten sind auch keine anderweitigen Anhaltspunkte zu entnehmen, wonach die von der Beschwerdeführerin über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung (15. Januar 2009) hinaus geklagten Beschwerden mit klar ausgewiesenen organischen Befunden im Sinn nachweisbarer unfallkausaler struktureller Veränderungen zu erklären wären. Eine manuelle ärztliche Untersuchung der versicherten Person fördert klinische, nicht aber objektiv ausgewiesene Ergebnisse zu Tage. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht. Folglich kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9, 117 V 359 E. 5d/aa; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Diese Untersuchungsergebnisse müssen zudem wissenschaftlich anerkannt sein (BGE 134 V 213 E. 5.1 mit Hinweisen). Beispielsweise sind ein Thoracic outlet Syndrom (TOS), myofasziale und tendinotische bzw. myotendinotische Befunde (Suva-act. 37) für sich allein nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen zu betrachten. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken sowie Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit (Suva-act. 11, 17, 42) können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden. Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung (Suva-act. 11, 17; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Oktober 2008 i/S H.B.-G. [8C\_124/2008] mit vielen Hinweisen, sowie vom 7. Februar 2008 i/S D. [U 13/07], E. 3.2 und 3.3). Die Beschwerdeführerin litt im Übrigen bereits vor dem Unfall im Kopf, Nacken und Rücken unter behandlungsbedürftigen Beschwerden (Suva-act. 2).

4.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers erfasst auch die Beeinträchtigung durch Beschwerden, welche aus einer unfallbedingten, richtunggebenden, mithin dauernden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands herrühren (vgl. dazu RKUV 2000 Nr. U 379 S. 192 und Nr. U 378 S. 190). Eine solche muss jedoch ebenfalls ausgeschlossen werden. Es ist eine medizinische Erfahrungstatsache, dass eine Verschlimmerung nur dann als erwiesen gelten kann, wenn die Radioskopie ein



plötzliches Zusammensinken der Wirbel und das Auftreten bzw. die Vergrößerung von Randzacken nach einem Trauma aufzeigt (E. Morscher, in: Bauer/Nigst [Hrsg.], Versicherungsmedizin, 2. Aufl. Bern 1985, S. 191). Die medizinischen Akten enthalten, entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, keine Hinweise darauf, dass sich der degenerative Zustand der HWS im Zeitpunkt des Unfalls vom 23. Juli 2007 massiv verändert hätte. Einzuräumen ist zwar, dass das MRI der HWS vom 23. November 2007 eine breite mediane Diskusprotrusion C5/6 sowie diskrete Diskusprotrusionen C3/4 und C4/5 zeigte (Suva-act. 17). Die Verneinung nennenswerter degenerativer Veränderungen durch Dr. Weber im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 22. September 2008 in Bezug auf die früher stattgefundene röntgenologische Untersuchung vom 29. August 2007 erfolgte hingegen in Verbindung mit der BWS (Suva-act. 42). Nachdem das konventionelle Röntgenbild für die Diagnose der Diskushernie wenig ergibt (Debrunner, a.a.O., S. 881) und deren Diagnostik mittels MRI oder CT geschieht, kann damit aus dem Umstand, dass erst anlässlich der vier Monate nach dem Unfall durchgeführten MRI-Untersuchung Diskusprotrusionen erhoben wurden, keine richtunggebende Verschlimmerung hergeleitet werden. Im Übrigen sprach die Uniklinik Balgrist bereits bei Betrachtung der Röntgenbilder von einer ausgeprägten, degenerativen Veränderung auf Höhe HWK5 und HWK6 (Suva-act. 11). Hinzuweisen ist schliesslich auch an dieser Stelle auf den Umstand, dass die Beschwerdeführerin im Bereich der HWS eine umfassende degenerative Problematik, verbunden mit einer vorbestehenden Fehlhaltung der HWS, aufweist, die sich wohl kaum innerhalb von vier Wochen entwickeln kann, womit ein rein degenerativer Prozess ohne richtunggebende Verschlimmerung durch das Unfallereignis vom 23. Juli 2007 ohne weiteres nachvollziehbar ist. Eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung müsste radiologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben. Bei einem Unfall ohne strukturelle Läsion am Achsenskelett ist die Chronifizierung der Beschwerden zunehmend auf andere (unfallfremde) Faktoren zurückzuführen (Medizinische Mitteilungen der Suva Nr. 67 [1994], S. 46). Allgemein kann eine Kontusion und/oder Zerrung eine bisher stumme Wirbelsäulenerkrankung zwar symptomatisch machen, dabei handelt es sich aber meistens nur um eine vorübergehende Verschlimmerung (Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Bern 1990, S. 52).



4.3 Nach dem Gesagten steht fest, dass die Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit durch den fraglichen Unfall weder eine klar ausgewiesene neue, bleibende Gesundheitsschädigung im Sinn einer strukturellen Veränderung noch eine richtunggebende Verschlimmerung des degenerativen Vorzustands erfahren hat.

5.

5.1 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin sieht schliesslich einen über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus weiter bestehenden Leistungsanspruch gegenüber der Beschwerdegegnerin in einer beim Unfall vom 23. Juli 2007 erlittenen HWS-Distorsion begründet. Dr. B. \_\_\_ markierte am 13. September 2007 unter der Rubrik "vorläufige Diagnose" des Dokumentationsbogens für Erstkonsultation nach kraneo-zervikalem Beschleunigungstrauma in Anlehnung an die Quebec Task Force (QTF-)Klassifikation ein kraneo-zervikales Beschleunigungstrauma Grad II-III (Suva-act. 2). Den Berichten der Ärzte der Uniklinik Balgrist sowie von Dr. C. \_\_\_ ist ebenfalls die Diagnose eines HWS-Beschleunigungstraumas zu entnehmen (Suva-act. 11, 17, 42), während die Ärzte der Rehaklinik Bellikon in ihren Berichten von einer HWS-Distorsion QTF II sprechen (Suva-act. 15, 25, 37). - Grundsätzlich ist bezogen auf das streitige Ereignis bzw. den fraglichen Unfallmechanismus - ein nachfolgender Personenwagen fuhr mit der Front gegen das Heck des Personenwagens, in welchem die Beschwerdeführerin als Beifahrerin sass, ohne dass diese einen Kopfanprall erlitt (Suva-act. 1, 2, 7) - ein eigentliches Schleudertrauma in Betracht zu ziehen (vgl. diesbezüglich Thomas Locher, HWS-Distorsionen [Schleudertrauma] - Einführung in die Rechtslage nach schweizerischem Recht, in: Murer/Niederer/Radanov/Rumo-Jungo/Sturzenegger/Walz [Hrsg.], Das sogenannte "Schleudertrauma" - medizinische, biomechanische und rechtliche Aspekte der Distorsionen der Halswirbelsäule, Bern 2001, S. 31 f.).

5.2 Ist ein Schleudertrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung 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 anzunehmen (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007 i/S T. [U 215/05] und vom 15. März 2007 i/S G. [U 258/06]) muss bei einer HWS-Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

5.3 Gemäss Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zerivkalem Beschleunigungstrauma von Dr. B.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2007 hat die Beschwerdeführerin innert zwölf Stunden nach dem Unfall unter Erbrechen gelitten. Drei Tage nach dem Unfall traten Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Hinterkopf auf. Als andere Symptome erwähnte die Beschwerdeführerin LWS-Schmerzen, die 60 Stunden nach dem Unfall aufgetreten seien (Suva-act. 2). Gegenüber der Beschwerdegegnerin gab die Beschwerdeführerin am 5. Oktober 2007 zu Protokoll, innert Stunden nach dem Unfall unter Kopfschmerzen und Erbrechen, innert drei Stunden nach dem Unfall unter Nackenschmerzen und Nackenblockaden, nach 72 Stunden unter Rückenschmerzen und nach Wochen/Monaten unter Konzentrations- und Schlafproblemen sowie Schmerzausstrahlungen vom Rücken ausgehend in den linken Arm und das linke Bein gelitten zu haben (Suva-act. 7). Auch wenn sich die Angaben gegenüber der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der innerhalb der erforderlichen Latenzzeit aufgetretenen Beschwerden etwas umfassender darstellen und bezüglich der Rückenschmerzen eine gewisse Ungereimtheit besteht, darf insgesamt davon ausgegangen werden, dass bei der Beschwerdeführerin vier der für einen Beschleunigungsmechanismus der HWS typischen Symptome (Kopf- und Nackenschmerzen, Erbrechen, LWS-Beschwerden) vorlagen, was einer - wenn auch nicht besonders ausgeprägten - Häufung von Beschwerden entspricht. Diese Beschwerden sind als natürlich-kausale Unfallfolge eines HWS-Traumas zu betrachten. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin zunächst einen Leistungsanspruch der



Beschwerdeführerin bis 15. Januar 2009 anerkannt. Konzentrations- und Schlafprobleme würden an sich ebenfalls schleudertraumatypische Symptome darstellen. Aufgrund ihres verzögerten Auftretens können sie jedoch nicht der Beschleunigungsverletzung der HWS zugeordnet werden. Erstmals im Ambulanten Assessment der Rehaklinik Bellikon vom 21. November 2007 erwähnt wurden sodann linksseitige Schulterschmerzen, eine Lärm- und Lichtempfindlichkeit sowie ein Vibrationsempfinden (Suva-act. 15). Nachdem zunächst anlässlich des psychosomatischen Konsiliums der Rehaklinik Bellikon vom 6. Februar 2008 keine erfassbare psychische Störung von Krankheitswert erhoben werden konnte, befand sich die Beschwerdeführerin vom 5. April bis 17. Juni 2009 in der Privatklinik D.\_\_\_\_ in stationärer, psychiatrischer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 18. Juni 2009 wurde die psychiatrische Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), gestellt. Angesichts der rund zweijährigen Latenzzeit kann auch die psychische Problematik der Beschwerdeführerin nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Teil des für ein Schleudertrauma typischen Beschwerdebilds von organischen und psychischen Beschwerden betrachtet werden.

6.

6.1 Unter den in Erwägung 5.3 dargelegten Umständen ist nun zu klären, inwieweit die von der Beschwerdeführerin angeführten Beschwerden auch für die Zeit nach dem 15. Januar 2009 eine natürlich- und adäquat-kausale Folge des Unfalls darstellen. Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers, wenn entweder der (krankhafte) Zustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, der sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne den Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. 206 S. 328 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um



eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45, 1994 Nr. U 206 S. 328; siehe ebenso BGE 117 V 261 E. 3b). Dabei muss jedoch nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Denn es ist nicht so, dass der Unfallversicherer bei einmal bejahter Unfallkausalität so lange haftet, als er unfallfremde Ursachen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen vermag. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahin gefallen sind (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).

6.2 Wie in Erw. 3 dargelegt, wies die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Unfalls vom 23. Juli 2007 gewisse degenerative Vorzustände und eine Fehlhaltung im Bereich der HWS auf. Ein Vorzustand kann durch einen Unfall ausgelöst oder vorübergehend verschlimmert werden. Entsprechend ist der biomechanischen Kurzbeurteilung (Triage) des AGU Zürich vom 7. Mai 2008 die Aussage zu entnehmen, dass die vorbestehenden Beschwerden eine vorübergehende Verstärkung erfahren haben könnten (Suva-act. 34). Die gewählte Formulierung "können" belegt zwar lediglich die blosser Möglichkeit einer solchen vorübergehenden Verschlimmerung, doch konnten anfänglich Unfallfolgen in Form eines schleudertraumatypischen Beschwerdebildes fassbar gemacht werden (vgl. Erwägung 5.3). In diesem Fall hat die Unfallversicherung jedoch lediglich den durch das Unfallereignis ausgelösten Beschwerdeschub zu übernehmen (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193 E. 2a mit Hinweisen). Bereits das in der Rehaklinik Bellikon am 21. November 2007 durchgeführte Assessment ergab eine schlechte Leistungsbereitschaft sowie mittlere Werte bei der Schmerzbeschreibung, beim Schmerzverhalten und bei der Symptomausweitung. Parallel wurden unter der Rubrik "Aktuelle Probleme" erstmals neue Beschwerden aufgeführt (Suva-act. 15). Die Aussage im Austrittsbericht der Ärzte der Uniklinik Balgrist vom 27. Dezember 2007, es könne nicht sicher beurteilt werden, inwiefern die chronischen und persistierenden Nackenschmerzen auf die radiologisch beschriebene Diskusprotrusion zurückzuführen seien (Suva-act. 17), kann sodann nichts zur Kausalität zwischen den fortdauernden Beschwerden und dem Unfall vom 23. Juli 2007 beitragen. Wohl ist eine solche Kausalität denkbar. Entscheidend ist jedoch letztlich die Frage, in welchem Ausmass



fortdauernde Unfallrestfolgen bestehen. In Kurzbericht und Austrittsbericht vom 9. bzw. 19. Mai 2008 hielten die Ärzte der Rehaklinik Bellikon sodann abschliessend fest, dass die Resultate der physischen Leistungstests infolge Symptomausweitung und Selbstlimitierung für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar seien. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären (Suva-act. 35, 37). Dr. C.\_\_\_\_ macht in seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 22. September 2008 (Suva-act. 42) keine explizite Aussage zur Frage des Status quo sine/ante oder der Kausalität, er hält jedoch zum Schluss fest, dass er aus somatischer Sicht keinen Grund sehe, weshalb die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit bei der A.\_\_\_\_ AG nicht wieder voll aufnehmen könnte. Seine eingehenden Ausführungen zu dieser Schlussfolgerung weisen sodann nicht auf fortdauernde Unfallrestfolgen, sondern vielmehr auf die Verneinung von unfallkausalen Restfolgen hin. Schliesslich lässt auch die Diagnosestellung der Uniklinik Balgrist im Bericht vom 27. Dezember 2007 - Wirbelsäulenfehlhaltung im Zusammenhang mit einem chronisch rezidivierenden, seit Jahren bestehenden cervicovertebralen/cervicocephalen Syndrom (Suva-act. 17); vgl. dazu Erwägung 4.1) - eine Beschwerdeproblematik im Zusammenhang mit den vorbestehenden Degenerationen erkennen. Ein Syndrom ist in dem Sinne ätiologisch unspezifisch, als oft auch andere Faktoren (degenerative Veränderung, eigenständige psychische Beeinträchtigungen etc.) als massgebende Ursache für diese Beeinträchtigung in Betracht fallen (vgl. Urteil des EVG vom 6. Juni 2006 i/S P. [U 12/06], E. 4.2).

6.3 Aufgrund des Gesagten sowie der in Erw. 6.2 geschilderten Aktenlage ist nach Massgabe der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt der Leistungseinstellung, d.h. rund eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis vom 23. Juli 2007, vom Wegfall einer allfällig vorübergehenden unfallkausalen organischen Verschlimmerung degenerativer Vorzustände auszugehen. Inwieweit die von der Privatklinik D.\_\_\_\_ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung eine natürlich-kausale Unfallfolge darstellt, kann - wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen (Erw. 8) - offen gelassen werden. Hinzuweisen ist zumindest darauf, dass rein vom Zeitpunkt ihres Auftretens die Wahrscheinlichkeit einer Traumafolge zweifelhaft ist.

7.



7.1 Selbst bei Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen den über den 15. Januar 2009 hinaus geklagten Beschwerden und dem versicherten Unfall muss - wie nachfolgend zu zeigen sein wird - eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin mangels Vorliegens des adäquaten Kausalzusammenhangs verneint werden. Eine Rückweisung der Sache zur Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung erübrigt sich damit. Solche Abklärungen wären nämlich lediglich geeignet, den natürlichen Kausalzusammenhang weiter auszuleuchten. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin von Fachärzten der Orthopädie, der Psychiatrie und der Chirurgie untersucht wurde, wobei es sich um solche mit Schleudertraumaverletzungen vertraute Ärzte handelt. Zwar fehlt die bei solchen Verletzungen in der Regel ebenfalls übliche neurologische Begutachtung. Auf die Einholung einer solchen wurde jedoch gemäss den medizinischen Akten offensichtlich wegen neurologischer Unauffälligkeit (vgl. dazu Suva-act. 42) verzichtet.

7.2 Die Adäquanzprüfung hat nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses zu erfolgen, und nicht solange von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch immer eine namhafte Besserung erwartet werden kann (= Fallabschluss gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG; Urteil des EVG vom 11. Februar 2004 i/S K. [U 246/03]; BGE 134 V 112 ff.). Sind die Voraussetzungen für den Fallabschluss erfüllt, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung abzuschliessen. Der Fallabschluss durch den Unfallversicherer bedingt laut Urteil des Bundesgerichts 8C\_467/2008 vom 4. November 2008 (E. 5.2.2.2) lediglich, dass von weiteren Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist. Der Gesundheitszustand der versicherten Person ist dabei prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen. (RKUV 2005 Nr. U 577 S. 388 E. 3).

7.3 Die Ärzte der Uniklinik Balgrist veranlassten laut Bericht vom 5. November 2007 die am 23. November 2007 durchgeführte MRI-Untersuchung und regten die Weiterführung der gezielten Physiotherapie sowie Analgesie nach Bedarf an (Suva-act. 11, 17). Im Rahmen des Ambulanten Assessments vom 21. November 2007 empfahlen die Ärzte der Rehaklinik Bellikon bei Persistenz der Beschwerden ohne deutliche



Besserungstendenz ein Re-Assessment, welches am 1. Februar 2008 durchgeführt wurde. Als Therapie wurden ebenfalls die Weiterführung der Physiotherapie vorgeschlagen und Analgetika rezeptiert (Suva-act. 15, 24). Vom 31. März bis 9. Mai 2008 folgte der anlässlich der Ambulanten Assessments in Erwägung gezogene stationäre Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon. Deren Ärzte hielten im Austrittsbericht vom 19. Mai 2008 fest, dass fast ein Jahre nach dem Unfallereignis noch deutliche Restbeschwerden bestünden, die trotz intensiver physiotherapeutischer Massnahmen nur wenig regredient seien. Bezüglich des myofaszialen Schmerzsyndroms im Bereich des Nackens und der Schultern sei von ihrer Seite bei bereits im Vorfeld vollständig erfolgter bildgebender Abklärung keine weitere Diagnostik mehr in die Wege geleitet worden. Aus ihrer Sicht sei der Fallabschluss anzustreben (Suva-act. 37). Am 15. Oktober 2008 teilte Dr. B.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin telefonisch mit, dass die medizinischen Massnahmen ausgeschöpft seien. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands könne allenfalls noch mit einer Arbeitsplatzoptimierung erreicht werden (Suva-act. 43). Am 18. September 2008 fand die kreisärztliche Untersuchung durch Dr. C.\_\_\_\_ statt (Suva-act. 42), worauf die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 15. Januar 2009 einstellte. Aufgrund der obigen Aktenlage ist dieser Zeitpunkt für die Adäquanzprüfung nicht zu beanstanden. Die Aussage von Dr. C.\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 22. September 2008 (Suva-act. 42), wonach nun der Physiotherapeut ersucht werde, darüber zu berichten, welche Therapien zurzeit mit welchem Erfolg durchgeführt würden, vermag an der Zulässigkeit des Fallabschlusses nichts zu ändern. Die Durchführung von Physiotherapien und Kontrolluntersuchungen sowie die Behandlung mit Analgetika stellen Therapien zur Schmerzlinderung sowie Stabilisierung des Befindens dar. Spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung war hingegen von einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin nicht mehr auszugehen. Hinweise auf eine psychische Komponente bestanden im damaligen Zeitpunkt nicht.

8.

8.1 Angesichts des Umstands, dass eine psychische Problematik erst nach Fallabschluss dokumentiert ist, würde eine Adäquanzbeurteilung nach der sogenannten "Psycho-Praxis" (BGE 115 V 133) grundsätzlich näher liegen. Nachdem jedoch die Adäquanz auch bei Anwendung der für die versicherte Person in der Regel



günstigeren Schleudertrauma-Praxis zu verneinen ist (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11, 2009 UV Nr. 29 S. 102, 2008 UV Nr. 36 S. 138), kann eine abschliessende Beantwortung der für die Adäquanzprüfung massgebenden Frage, ob eine bestehende psychische Problematik als Teil des für ein Schleudertrauma typischen Beschwerdebilds zu betrachten ist, oder aber ein von diesem zu trennendes, eigenständiges psychisches Leiden darstellt, unterbleiben (vgl. dazu BGE 123 V 98 ff.; RKUV 2002 Nr. U 465 S. 437 ff.).

8.2 Die Beschwerdegegnerin legte im angefochtenen Einspracheentscheid die rechtlichen Voraussetzungen des Vorliegens eines adäquat-kausalen Zusammenhangs bei erlittener Schleudertraumaverletzung zutreffend dar (Erwägung 3b); darauf ist zu verweisen. Beim erlittenen Unfall handelt es sich um eine Auffahrkollision, wobei die Beschwerdeführerin als Beifahrerin in einem Personenwagen sass, dessen Lenker wegen eines rechts in die Strasse einbiegenden Personenwagens bis zum Stillstand abbremsen musste. Der Lenker des nachfolgenden Personenwagens konnte nicht mehr rechtzeitig anhalten und fuhr auf das Heck auf. Einfache Auffahrunfälle werden rechtsprechungsgemäss in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juni 2010 i/S A. [8C\_43/2010], E. 8; RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236). Die Adäquanz ist daher zu bejahen, falls ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise gegeben ist oder die zu berücksichtigenden Kriterien insgesamt in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sind (BGE 117 V 359 E. 6b; bestätigt in BGE 134 V 109 E. 10.1).

8.2.1 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sind nicht gegeben. Insbesondere war der Unfallablauf ein sehr kurzes Ereignis, die Beschwerdeführerin war angegurtet und erlitt weder sichtbare Verletzungen noch eine Bewusstlosigkeit (vgl. Kasuistik zu diesem Kriterium in Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, UVG, 3. Aufl. Zürich 2003, S. 58-64, sowie Urteile des EVG vom 23. November 2004 i/S B. [U 109/04], E. 2.3, und vom 2. März 2005 i/S S. [U 309/03], E. 5.1).

8.2.2 Hinsichtlich des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung ist festzuhalten, dass die Diagnose eines Schleudertraumas oder einer



äquivalenten Verletzung die Schwere oder besondere Art der Verletzung für sich allein nicht zu begründen vermag. Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Solche können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen (RKUV 2003 Nr. U 489 S. 361 E. 4.3). Derartige Umstände sind hier nicht gegeben (Suva-act. 7). Schleudertraumatypische Beschwerden sind weder besonders gehäuft noch in besonderer Schwere aufgetreten. Die nach dem Unfall geklagten Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen mögen zwar als unangenehm bezeichnet werden, sind jedoch als Auswirkung eines Unfalls in keiner Weise einer schweren oder besonderen Verletzung gleichzusetzen. Strukturelle Schädigungen oder äussere Verletzungen hat die Beschwerdeführerin nicht erlitten. Beim angegebenen Erbrechen zwölf Stunden nach dem Unfall scheint es sich ferner um ein punktuell auftretendes dieser Beschwerden gehandelt zu haben. Bejahen liesse sich das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung allenfalls aufgrund des Vorzustands im HWS-Bereich. Dies jedoch höchstens in einfacher, nicht besonders ausgeprägter Weise (vgl. dazu SVR 2009 UV Nr. 30 S. 105; Urteil des Bundesgerichts vom 20. Januar 2010 i/S K. [8C\_736/2009], E. 4.3.2, je mit Hinweis).

8.2.3 Die ärztliche Behandlung der Beschwerdeführerin beschränkte sich - abgesehen vom gut einmonatigen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon - auf hausärztliche Kontrolluntersuchungen, die Einnahme von Schmerzmitteln sowie physiotherapeutische Behandlungen. Irgendwelche weiteren intensiven Therapien wurden nicht durchgeführt. Damit ist auch das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung nicht im geforderten Ausmass erfüllt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2008 i/S I. [8C\_52/2008], E. 8.2). Der stationäre Aufenthalt in der Privatklinik D.\_\_\_\_ wegen der depressiven Störung erfolgte nach Fallabschluss. Deren natürliche Kausalität zum Unfall ist im Übrigen angesichts der langen Latenzzeit und des Auftretens erst nach der überwiegend wahrscheinlichen Heilung der Schleudertraumaverletzung (vgl. Erwägung 6.2, 6.3) unwahrscheinlich. Gleichermassen zu verneinen ist das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen. Gleiches gilt auch mit Bezug auf die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nachträglich noch gemeldete stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 25.1. - 29.7.2010 in der Klinik St.



Pirminsberg, Pfäfers (vgl. Bericht vom 2. August 2010; eingereicht am 6. Oktober 2010). Eine ärztliche Fehlbehandlung liegt unbestrittenermassen auch nicht vor.

8.2.4 Adäquanzrelevant wären im Weiteren in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden. Die Erheblichkeit der Beschwerden beurteilt sich 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). Die Beschwerdeführerin klagt vor allem über Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf. Auch wenn deren Bestehen an sich nicht anzuzweifeln ist, erscheint mit Blick auf die im Bericht vom 7. Dezember 2007 über das Ambulante Assessment der Rehaklinik Bellikon festgehaltenen Ergebnisse betreffend Schmerzbeschreibung, Schmerzverhalten sowie Leistungsbereitschaft (Suva-act. 15) aber die geklagte Intensität zweifelhaft. Dazu kommt, dass sich das Beschwerdebild nicht immer in seiner Gesamtheit präsentiert bzw. offensichtlich keine Dauerbeschwerden bestehen. So beschrieb die Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin am 10. Januar 2008 Nackenschmerzen, die nicht immer in der gleichen Intensität bestehen würden. Es gebe Tage, an denen es ihr sehr gut gehe (Suva-act. 19). Am 26. August 2008 berichtete die Beschwerdeführerin vor allem über aggressive Kopfschmerzen im Knochenbereich, die ihr zu schaffen machen würden. Es seien jedoch nicht eigentliche Kopfschmerzen, sondern eine Berührungsempfindlichkeit an den Knochen (Suva-act. 39). Bei den weiteren geklagten Beschwerden, wie erhöhte Lärm- und Lichtempfindlichkeit, Vibrationsempfinden, Schwindelepisoden (Suva-act. 37) handelt es sich - abgesehen davon, dass sie infolge ihres erst späten Auftretens nicht der Schleudertraumaverletzung zugeordnet werden können (vgl. Erwägung 5.4) - definitionsgemäss ebenfalls nicht um fortwährende, sondern punktuell auftretende Beeinträchtigungen.

8.2.5 Was schliesslich das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, so ist nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Mass arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 129 f. E. 10.2.7). Der



Unfall vom 23. Juli 2007 hatte bei Beschwerdeführerin zunächst eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Am 16. Januar 2008 nahm sie ihre Tätigkeit zu therapeutischen Zwecken wieder zu 50% auf. Nachdem diese Arbeitsaufnahme als positiv gewertet werden konnte, wurde ab 1. März 2008 eine entsprechende Arbeitsaufnahme vereinbart (Suva-act. 26). Noch im März 2008 trat indessen eine Gesundheitsverschlechterung ein, worauf der vierwöchige Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon in die Wege geleitet wurde (Suva-act. 29). In ihren Berichten vom 9. und 19. Mai 2008 empfahlen deren Ärzte einen erleichterten Wiedereinstieg in die bisherige Arbeit, beginnend mit 50% und einer monatlichen Steigerung um 25% bis zum Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit. Spezielle Einschränkungen beständen keine (Suva-act. 35, 37). Die Beschwerdeführerin arbeitete entsprechend ab 19. Mai 2008 mit einem Pensum von 50%. Anlässlich einer Besprechung zwischen ihr und der Beschwerdegegnerin vom 17. Juni 2008 wurde für nach den Ferien, d.h. ab 28. Juli 2008, eine Arbeitsaufnahme von 60% vereinbart (Suva-act. 38). Am 26. August 2008 schilderte die Beschwerdeführerin ihren Gesundheitszustand als nicht gut, worauf eine kreisärztliche Untersuchung in die Wege geleitet wurde (Suva-act. 39). Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ kam dabei am 18. September 2008 zum Schluss, dass er aus somatischer Sicht keinen Grund sehe, weshalb die Beschwerdeführerin ihre Tätigkeit in ihrer angestammten Tätigkeit nicht wieder voll aufnehmen könne (Suva-act. 42). Nach einer zwischenzeitlichen 50- bzw. 60%-igen Arbeitsfähigkeit bestand demnach theoretisch spätestens rund 14 Monate nach dem Unfall eine volle Arbeitsfähigkeit. Bei dieser Ausgangslage ist das Adäquanzkriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit nicht bzw. höchstens geringgradig erfüllt.

8.3 Zusammenfassend ist bei einem Unfallereignis, das als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend zu qualifizierenden ist, höchstens ein Adäquanzkriterium erfüllt. Das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 23. Juli 2007 und den nach dem 15. Januar 2009 fortbestehenden Beschwerden muss deshalb verneint werden, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte.

9.



Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.