

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00210 vom 29. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00210](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00210)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00210 du 29 novembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00210 del 29 novembre 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG).

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

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

### E. 1.3

1.3.1. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges 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 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

1.3.2. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 116 Erw. 6.1, 115 V 140 Erw. 6c/aa).

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

1.3.3. Für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle

zurückzuführen ist, rechtfertigt es sich, im Einzelfall analog zur Methode vorzugehen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 102 Erw. 3b, 122 V 417 Erw. 2c, 117 V 365 Erw. 5d/bb, vgl. auch 115 V 138 Erw. 6).

2.2 Streitig und zu präfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht per 30. November 2008 eingestellt hat. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stellt sich folgendermassen dar:

2.1 Der erstbehandelnde Assistenzarzt Dr. M. des C., wo die Beschwerdeführerin vom 24. bis 26. Oktober 2003 hospitalisiert war, diagnostizierte im ärztlichen Zeugnis vom 11. November 2003 (Urk. 8/ZM1) eine Commotio cerebri sowie einen Verdacht auf einen Fremdkörper im rechten Auge. Im Austrittsbericht vom 30. Oktober 2003 (Urk. 8/ZM5) schilderten die Ärzte, es habe für das Ereignis eine kurze Bewusstlosigkeit, jedoch keine Amnesie bestanden. Die Beschwerdeführerin habe über Kopfschmerzen, wenig Übelkeit ohne Erbrechen und über ein Fremdkörpergefühl im rechten Auge geklagt. Sie sei zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert gewesen. Der GCS habe bei 15 Punkten gelegen. Im linken Oberbauch habe eine leichte Druckdolenz bei normalen Darmgeräuschen bestanden. Auf dem Röntgenbild des Schädels "ap/seitlich/Town/Dens HWS und BWS ap/lat." seien keine ossären Läsionen zu erkennen gewesen und der Ultraschall des Abdomens habe keine Organläsion und keine freie Luft ergeben. Die neurologische Überwachung sei mit einer GCS von stets 15 Punkten problemlos verlaufen. Das anfängliche Fremdkörpergefühl habe sich verringert, nachdem sich die Beschwerdeführerin das rechte Auge mit der Augendusche ausgewaschen habe. Die diffusen Kopfschmerzen und die Ohrenscherzen rechts seien im Verlauf regredient geworden.

2.2 Dr. D. wertete eine Schwellung am rechten Deltoideusansatz im Bericht an prakt. Arzt F. vom 11. November 2003 (Urk. 8/ZM6) als ein intramuskuläres Hämatom bei sehr wahrscheinlichem Muskelfaserriss. Die Funktion des Deltoideus sei in allen Richtungen sehr gut, so dass es sich um keine grosse Läsion handle. Das Hämatom könne jedoch über längere Zeit noch Probleme bereiten. Bezüglich des rechten Ohrs handle es sich ebenfalls um ein perichondrales Hämatom der Ohrmuschel. Auch diese Verletzung könne relativ lange andauern und könne auch eine bleibende Verdickung zurücklassen. Bezüglich HWS-Distorsion befinde sich die Beschwerdeführerin in kompetenter physiotherapeutischer-osteopathischer Behandlung.

2.3 Prakt. Arzt F. diagnostizierte im ärztlichen Zeugnis vom 8. Januar 2004 (Urk. 8/ZM7) einen Status nach Commotio cerebri und HWS-, BWS- und LWS-Distorsion und erachtete den bisherigen Heilungsverlauf als befriedigend. Die Beschwerdeführerin stehe unter physiotherapeutischer und osteopathischer Behandlung. Vom 24. bis 26. Oktober 2003 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

2.4 Am 20. Januar 2004 (Urk. 8/ZM9) ergänzte prakt. Arzt F., die Beschwerdeführerin berichte neu über schon seit zwei Monaten bestehende subcostale Schmerzen rechts. Eine Fraktur habe mittels Röntgen ausgeschlossen werden können, die Schmerzen seien am ehesten durch eine Dislokation im Bereich des rechten Rippenbogens zu erklären. Weiter beständen auch Rückenschmerzen, insbesondere cervical und thorakal in der Mitte, weshalb nochmals Physiotherapie verordnet worden sei.

2.4. Der Chiropraktor Dr. N. \_\_\_ ging im Bericht vom 12. Januar 2004 (Urk. 8/ZM8) von einem stagnierenden Verlauf aus. Der Verdacht auf die chondrale Rippenfraktur könnte leichte chronische Beschwerden nach sich ziehen, die jedoch die Arbeitsfähigkeit nicht tangieren sollten.

2.5. Laut Arztbericht von Dr. E. \_\_\_ vom 26. Februar 2004 (Urk. 8/ZM12) ist die HWS in allen Richtungen endgradig eingeschränkt mit mäßig verdickter und druckdolenter Nacken- und Schultermuskulatur. Im Rahmen der Physiotherapie seien die Nacken- und Kopfschmerzen teilweise zurückgegangen. Noch vorhandene Beschwerden seien mäßig ausgeprägt mit Nacken- und Kopfschmerzen, welche sich aber bei jeder körperlichen Belastung verstärkten. Die Beschwerdeführerin absolviere momentan ihr Programm als Schauspielerin, was aber nur mit Schmerzen zu bewältigen sei. Insofern bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, und falls die Beschwerden weiter regredient seien, werde man dabei bleiben können.

2.6. PD Dr. O. \_\_\_ berichtete parkt. Arzt F. \_\_\_ am 9. März 2004 (Urk. 8/ZM13/1), die anlässlich des Zugunfalls erlittene Fraktur des rechten Rippenbogens mit Luxation der 10. Rippe im Bereich der Ansatzstelle des M. rectus abdominis verursache speziell liegend seitlich sowie bei Rotationen im Rumpf unangenehm störende Schmerzen.

2.7. Laut Bericht vom 6. Mai 2004 (Urk. 8/ZM17) über die neuropsychologische Untersuchung der Beschwerdeführerin durch Dr. phil. H. \_\_\_ deuteten die Befunde aus neuropsychologischer Sicht auf eine minimale bis leichte Funktionsstörung im Bereich tieferer Strukturen (Hirnstamm) hin. Im Vordergrund der objektivierbaren kognitiven Defizite ständen leicht reduzierte Leistungen im Bereich des Aufmerksamkeitsvermögens, v.a. in der geteilten Aufmerksamkeit und im Arbeitsgedächtnis. Aufgrund der reduzierten Aufmerksamkeitsleistung manifestiere sich zudem eine leicht reduzierte bzw. schwankende Erfassungsspanne für visuell-räumliche Informationen. Hinzu komme eine leichte Leistungsminderung im Bereich der komplexeren sprachlichen Informationserfassung und -verarbeitung. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der Lage, in einem leicht reduzierten Pensum als Schauspielerin zu arbeiten. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass sie zum Lernen der Rollen mehr Zeit und Ruhe benötige. Die persistierenden Schmerzen müssten bei der Festlegung der realisierbaren Arbeitsleistung mitberücksichtigt werden.

2.8. Im Gutachten vom 23. Februar 2007 diagnostizierte Dr. I. \_\_\_ (Urk. 8/ZM35) Restbeschwerden nach occipitaler Kopfprellung mit noch minimalen (bis leichten) neuropsychologischen Funktionsstörungen, Nacken- und Thoraxschmerzen sowie eine schmerzhafte 10. Rippe rechts nach chondraler Luxation infolge Thoraxquetschung. Am Bewegungsapparat sei nur noch ein leichter interscapulärer Hartspann, der linksbetont sei, zu finden. Da die Beschwerdeführerin jetzt in der 23. Woche schwanger sei und Abdomen sowie Thorax deswegen schlecht zu palpieren seien, sei auf diese Untersuchungen verzichtet worden, da sie neurologisch nicht relevant seien. Der Neurostatus im engeren Sinn sei aber vollkommen normal. Auch psychisch scheine die freundliche rechtshändige zugewandte Beschwerdeführerin in der organisch bezogenen neurologischen Untersuchungssituation unauffällig. Das Elektroenzephalogramm als Zusatzuntersuchung sei normal ausgefallen, wie auch vormals bei Dr. E. \_\_\_ die visuell evozierten Potentiale. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei im Moment etwas

erschwert, weil die Beschwerdeführerin im fünften Monat schwanger sei und damit bald ohnehin in den Schwangerschaftsurlaub gehe. Prinzipiell sei eine Tätigkeit als Schauspielerin zu 50 % möglich. Ab Spätsommer 2007 sei von einer 70- bis 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Im Zusatzgutachten vom 30. November 2007 (nach der Niederkunft; Urk. 8/ZM41) ergänzte Dr. I., das Beschwerdebild habe sich gegenüber dem Unfallzeitpunkt deutlich verbessert. Die Beschwerdeführerin leide im Wesentlichen an einem Spannungstypkopfweg samt Muskelverspannungen im Nacken- und Schultergürtelbereich und mehr oder weniger ausgeprägter kognitiver Störung. Letztere gebe es allerdings keinen klinischen Hinweis mehr. Bei der Untersuchung seien nebst einem schmerzhaften Rippenbogen rechts keine wesentlich fassbaren Befunde vorhanden. Die etwas hypermobile Beschwerdeführerin weise auf der rechten Nackenseite noch Irritationsveränderungen im oberen bis mittleren Bereich und an der linken Nackenseite solche im distalen Bereich auf, sei sonst aber neurologisch vollkommen unauffällig. Auch neuropsychologisch seien bei den klinischen Untersuchungen keine Auffälligkeiten gefunden worden. Die Beschwerdeführerin sei aber ganz allgemein etwas dekonditioniert. Sie sei in einer ausserordentlich passiven Haltung gefangen. Sie könne im Beruf als Schauspielerin alle Arbeiten ausführen, es bestehe keine Beeinträchtigung mehr. Die Beschwerden des rechten Rippenbogens seien von dieser Beurteilung ausgenommen.

Dr. J. stellte im Gutachten vom 5. Juni 2008 (Urk. 8/ZM43) fest, dass sich aufgrund der klinischen Untersuchung nicht klar festlegen lasse, ob lediglich eine Luxation der zehnten Rippe vorliege oder aber noch eine zusätzliche Pathologie im Bereich der achten, eventuell auch neunten Rippe sowie am Sternum vorliege. Sicher sei, dass die Beschwerden am rechten Rippenbogen auf den Unfall zurückgeführt werden müssten. Am ehesten sollte eine Computertomographie mit einer Skelettszintigraphie kombiniert werden. So lange die Beschwerdeführerin noch stille, sei dies jedoch nicht möglich. Bevor aber keine genauere Diagnose gestellt werden könne, sei auch keine endgültige Beurteilung möglich.

Dr. K. diagnostizierte im Gutachten vom 12. November 2008 (Urk. 8/ZM45) mit dem Rippenbogen nicht fusionierte anteriore Anteile der 10. und möglicherweise auch 9. Rippe rechts im Rahmen einer leichtgradig ausgeprägten Thoraxdeformität (angedeutete Trichterbrust) und ein analoges, etwas weniger ausgeprägtes Verhalten der entsprechenden Rippen links. Von Seiten der körperlichen Beschwerden am Rippenbogen rechts bestehe kein nachweisbares pathologisch-anatomisches Korrelat, welches auf den Unfall zurückgeführt werden könne. Im MRI vom 5. Juni 2008 seien insbesondere keine vermehrt wasserhaltigen Zonen im Sinne einer oder mehrerer Pseudoarthrosen im Bereich der Rippenenden 9 und 10 rechts oder an den korrespondierenden costo-chondralen Übergangszonen nachweisbar. Im Statusblatt des C. vom 24. Oktober 2003 würden weder Prellmarken, Suffusionen oder Hämatome im Bereich des Rippenbogens rechts beschrieben. Um eine durch ein adäquates Trauma verursachte Rippenbogenfraktur eines normal strukturierten Rippenbogens zu erklären, hätten aber entsprechende äussere Merkmale sichtbar sein müssen. Es sei jedoch lediglich eine Druckdolenz im Oberbauch beschrieben worden, und dies auf der linken Seite.

Die Diagnosen im Gutachten des L. vom 22. Juli 2010 lauten (Urk. 11 S. 26):  
(1) chronisches myofaszial begründetes zerviko-zepales und thorakales

Schmerzsyndrom (ICD10 M53.0 und M54.84) mit kognitiven, vegetativen und affektiven Symptomen, (2) belastungsabhängige, leichte bis mittelschwere Hirnfunktionsstörung und (3) Status nach Zugunfall (Kollision vom 24. Oktober 2003 mit HWS Schleudertrauma Kat. II, Status nach leichter Commotio cerebri und mit luxierter 10. Rippe parasternal rechts).

Die neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf eine Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems mit dauerhaften Folgen ergeben. Sehr wahrscheinlich habe die Beschwerdeführerin eine leichte Commotio cerebri erlitten, die angesichts ihres damaligen Alters und der vorgängig guten Gesundheit eine gute Prognose gehabt habe. Dauerhafte kognitive Einschränkungen von Alltagsrelevanz seien nicht zu erwarten gewesen. Aus orthopädischer Sicht könne aufgrund der Abklärungen auf das Vorliegen eines somatischen Beschwerdekompleses, wie er Jahre nach HWS-Distorsionen beobachtet und versicherungsmedizinisch als buntes Beschwerdebildes benannt werde, beobachtet werden. Zusätzlich bestehe weiterhin eine unfallbedingte Luxierbarkeit der 10. Rippe, die zu Schmerzen im rechten unteren Brustkasten führe. Die neuropsychologische Testung sei aufgrund der Tätigkeit als Schauspielerin speziell aufs Lernen ausgerichtet worden. Unter Zeitdruck zeige die Beschwerdeführerin deutliche Beeinträchtigungen, sowohl bezüglich Qualität und Quantität des verbalen Lernens. Ihre Wahrnehmung der Schwierigkeiten im Beruf habe bei der Testung gut nachvollzogen werden können. Auch die von ihr geschilderte Abnahme der mentalen Effizienz bei körperlicher Belastung habe sich in den Testergebnissen nachzeichnen lassen. Die Aufmerksamkeit und das Arbeitsgedächtnis seien unter Belastung deutlich eingeschränkt. Insgesamt seien die neuropsychologischen Defizite als leicht bis mittelschwer zu beurteilen. Sie wirkten sich auf die Arbeit als Schauspielerin erheblich einschränkend aus. Die psychiatrische Untersuchung habe zu keiner Diagnose geführt. Die Arbeitsfähigkeit sei wegen der Besonderheit des Berufs einer Schauspielerin schwierig zu beantworten. Die Beschwerdeführerin wöhne sich als zu 60 % arbeitsfähig, wobei sie daneben an den Hausarbeiten mit zwei kleinen Töchtern (5 und 3 Jahre) teilnehme. Diese Arbeit erfordere teilweise körperlich ungünstige Einsätze, welche geeignet seien, die Schmerzen zu aktivieren. Mit Abnahme des Pflegeaufwandes für die Töchter bestehe Potential für eine Ausweitung des Arbeitspensums. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit (eine Arbeit ohne grosse Anforderungen ans Lernen langer Texte und ohne mentale Belastung, welche die Bühnenauftritte charakterisierten) bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

### E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass sich die Beschwerdeführerin beim Unfall eine HWS-Distorsion zuzog. Wenn auch die erstbehandelnden Ärzte des C. \_\_\_ keine HWS-Distorsion diagnostiziert hatten, wurde in den nachfolgenden Arztberichten durchwegs neben einem Status nach Commotio cerebri auch ein Status nach HWS-Distorsion diagnostiziert. Zudem klagte die Beschwerdeführerin bei der Erstuntersuchung über Kopfschmerzen und Übelkeit ohne Erbrechen. Bereits wenige Wochen nach dem Unfall wurden weitere Abklärungen wegen Schulterbeschwerden bei Dr. D. \_\_\_ durchgeführt (Erw. 2.2), welche ein intramuskuläres Hämatom bei sehr wahrscheinlichem Muskelfaserriss ergab. Im gleichen Zeitraum fand eine neurologische Untersuchung bei Dr. E. \_\_\_ statt (Urk. 8/ZM2), bei welchem die Beschwerdeführerin Nacken- und Rückenschmerzen, Kopfschmerzen und Schmerzen über dem Brustbein

sowie Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten beklagte. Aufgrund der ärztlichen Berichte ist demnach davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin beim Unfall unter anderem eine HWS-Distorsion erlitten hat.

Ein organisches Substrat, welches den weiterhin geklagten somatischen Beschwerden zugrunde liege, konnte trotz diverser entsprechender Untersuchungen nicht festgestellt werden (ausgenommen Rippenbogen rechts). Auf den im C.\_\_\_\_ kurz nach dem Unfall erstellten Röntgenbildern des Schädels und Dens sowie Hals- und Brustwirbelsäule waren keine ossären Läsionen zu erkennen (Erw. 2.1). Dr. J.\_\_\_\_ kommentierte diesen Röntgenbefund im Gutachten vom 5. Juni 2008 (Erw. 2.9) im Bereich der HWS als beginnende Osteochondrose C5/6 mit diskreter Verschmälerung der Bandscheibe und beginnender ventraler Spondylosebildung an C5 sowie beginnende degenerative Veränderungen an den Unkovertebralgelenken mehrsegmental.

Im Zeitpunkt der Begutachtungen durch Dr. I.\_\_\_\_ klagte die Beschwerdeführerin über Nackenschmerzen, welche sich nach einer vorübergehenden Besserung während der Schwangerschaft nach der Niederkunft wieder verstärkt häuften, sowie über Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen. Bei den Kopfschmerzen trat insofern eine Besserung ein, als sie nur noch zirka zweimal pro Woche auftraten (Erw. 2.8). Dr. I.\_\_\_\_ fand anlässlich der Begutachtung vom 21. Februar 2007 (Erw. 2.8) lediglich einen linksbetonten leichten interscapulären Hartspann. Der Neurostatus im engeren Sinn sowie das Elektroenzephalogramm waren normal. In der Untersuchung vom 22. November 2007 (Urk. 8/ZM 41; Schlussgutachten) fand Dr. I.\_\_\_\_ einen frei und schmerzlos beweglichen Kopf. Am Nacken waren keine Blockierungen feststellbar, jedoch leichte Irritationen bei C2 rechts und C5 links. Die Muskulatur war allgemein weich, die Gelenke eher hypermobil.

Damit lagen im Zeitpunkt des Fallabschlusses Nacken- und Kopfschmerzen sowie Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit vor, welche dem sogenannten typischen Beschwerdebild mit einer Häufung von organisch nicht nachweisbaren Funktionsausfällen und Beschwerden zuzuweisen sind, wie es auch von den Gutachtern des L.\_\_\_\_ beschrieben wurde (Urk. 11). Diese Beschwerden können entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht der von Dr. J.\_\_\_\_ beschriebenen beginnenden Osteochondrose zugeschrieben werden, waren doch die degenerativen Veränderungen im Unfallszeitpunkt nur minim und lassen sich die neuropsychologischen Einschränkungen damit ohnehin nicht erklären.

Hinsichtlich des HWS-Distorsionstraumas ist der natürliche Kausalzusammenhang somit zu bejahen.

3.2 Was die Beschwerden am rechten Rippenbogen betrifft, ist dem Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ vom 12. November 2008 (Erw. 2.10) zu folgen, wonach kein auf ein Trauma zurückzuführendes anatomisch-pathologisches Korrelat nachweisbar ist und die klinisch sowie radiologisch feststellbaren Befunde auf einen Vorzustand hinweisen. Zwar kam PD Dr. O.\_\_\_\_ nach der sonographischen Untersuchung vom 1. März 2006 (vgl. Urk. 8/ZM15) zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine traumatisch luxierte 10. Rippe rechts parasternal vorliege. Dabei stützte er sich - wie übrigens auch die Gutachter des L.\_\_\_\_ (Urk. 11 S. 31 f.) - lediglich auf die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin, wonach (erst) seit dem Unfall Beschwerden im Bereich der 10. Rippe bestehen. Der Röntgenbefund vom 15. Januar 2004 (Urk. 8/ZM13/4) jedoch ergab

keine traumatische KnochenlÄsionen am Thorax-Rippenskelett, sondern lediglich ein hypoplastisches Rippenpaar an Th 12. Zudem klagte die BeschwerdefÄhrerin nach der Einweisung ins C.\_\_\_\_ Ä¼ber eine leichte Druckdolenz im linken Oberbauch, und Schmerzen im rechten Rippenbereich sind im Austrittsbericht des C.\_\_\_\_ (Urk. 8/ZM5) nicht dokumentiert. Auch gegenÄ¼ber ihrem Hausarzt prakt. Arzt F.\_\_\_\_ erwÄhnte sie keine Beschwerden in diesem Bereich (Urk. 8/ZM7). Erst im Bericht des Hausarztes vom 20. Januar 2004 (Urk. 8/ZM9) wird erwÄhnt, dass die BeschwerdefÄhrerin neu Ä¼ber schon seit zwei Monaten bestehende subcostale Schmerzen rechts berichtet habe. Wenn Dr. K.\_\_\_\_ unter Hinweis, dass keine indirekten Frakturzeichen im fraglichen Bereich nachweisbar seien und entsprechende Äussere Merkmale wie Prellmarken, Suffusionen oder HÄmatome im Bereich des Rippenbogens hÄtten sichtbar sein mÄssen, um die Beschwerden am Rippenbogen als unfallkausal zu werten, ist dies nicht zu beanstanden.

3.3ÄÄÄÄÄÄÄ Zusammenfassend liegen bei der BeschwerdefÄhrerin aufgrund des erlittenen HWS-Distorsionstraumas unfallkausale Nacken- und Kopfschmerzen sowie KonzentrationsstÄrungen und Vergesslichkeit vor. Zu prÄfen bleibt im Folgenden, ob diese auch adÄquat kausal zum Unfallereignis sind.

#### **E. 4**

4.1ÄÄÄÄÄ Nach der Praxis ist fÄ¼r die Bejahung der AdÄquanz im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung fÄ¼r die Entstehung der Arbeits- resp. ErwerbsunfÄhigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fÄ¼llt. FÄ¼r die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknÄpfen, wobei - ausgehend vom augenfÄlligen Geschehensablauf - zwischen banalen bzw. leichten UnfÄllen einerseits, schweren UnfÄllen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. WÄhrend der adÄquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren UnfÄllen ohne weiteres bejaht und bei leichten UnfÄllen verneint werden kann, lÄsst sich die Frage der AdÄquanz bei UnfÄllen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlÄssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare UmstÄnde, welche mit dem Unfall unmittelbar in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine GesamtwÄrdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhÄngig davon, ob einzelne Kriterien in besonders ausgeprÄgter Weise erfÄ¼llt sind, genÄ¼gt zur Bejahung des adÄquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder mÄssen mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126 mit Hinweisen). Im Rahmen der Beurteilung der AdÄquanz von UnfÄllen mit Schleudertraumen der HalswirbelsÄule ohne organisch nachweisbare FunktionsausfÄlle oder Ähnlichen Verletzungsmechanismen sowie bei UnfÄllen mit SchÄdel-Hirntraumen sind dies folgende Kriterien: besonders dramatische BegleitumstÄnde oder besondere EindrÄcklichkeit des Unfalls, Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, fortgesetzte spezifische und belastende Ärztliche Behandlung, erhebliche Beschwerden, eine Ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie eine erhebliche ArbeitsunfÄhigkeit trotz nachgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 109 E. 10.2 und 10.3 S. 127).

4.2ÄÄÄÄÄ Der Unfall ist mit der Vorinstanz dem mittleren Bereich zuzuordnen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts in Sachen D. vom 16. Mai 2008, 8C\_500/2007). Obwohl

der Zugskollision eine gewisse Eindringlichkeit nicht abgesprochen werden kann, ist das Unfallereignis - entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin - nicht als schwer zu qualifizieren. Laut Schlussbericht des UVEK ( <http://www.uus.admin.ch/pdf/4020368.pdf> ) fuhr der Zug aus Schaffhausen mit einer Geschwindigkeit von 60 km/h in den Bahnhof Oerlikon ein. Nachdem festgestellt worden war, dass der entgegenkommende Zug "relativ rassig" unterwegs war, wurde eine Schnellbremsung eingeleitet. Kurz vor dem Stillstand gab es einen sanften Ruck (S. 11). Die Kollision ereignete sich mit zirka 38 km/h (S. 48). Die Beschwerdeführerin zog sich dabei keine gravierenden Verletzungen zu. Damit müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mehrere der Kriterien oder eines in besonders schwerer oder auffälliger Weise gegeben sein.

4.3.4.4 Der Unfall vom 24. Oktober 2003 war in objektiver Hinsicht weder von besonders dramatischen Umständen begleitet noch besonders eindringlich, auch wenn die Beschwerdeführerin dies so erlebt haben will. Die Beschwerdeführerin wurde von der Zugskollision überrascht, war sich also deren nicht bewusst und sah diese nicht voraus. Sie konnte den Waggon zusammen mit anderen Mitreisenden selbständig durch das Fenster verlassen. Zwar kam beim Unglück eine Person ums Leben, davon hat aber die Beschwerdeführerin, weil in einem anderen Waggon reisend, nichts mitbekommen. Unter diesen Umständen kann nicht von besonders eindringlichen Umständen gesprochen werden, da ein objektiver Massstab gilt (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207 E. 3b/cc). Zu beachten ist, dass jedem mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit ist, welche noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2010 in Sachen D., 8C\_9/2010 Erw. 3.7.1). Die Versicherte zog sich beim Unfall auch keine schweren Verletzungen oder solche besonderer Art zu, da ein Schleudertrauma und die damit verbundenen Beschwerden für sich allein dieses Kriterium nicht zu erfüllen vermögen (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.3 [= U 380/04]). Ebenfalls zu verneinen ist das Kriterium der fortgesetzten spezifischen und belastenden ärztlichen Behandlung. Die Beschwerdeführerin befand sich zwar seit dem Unfall mehr oder weniger in konstanter ärztlicher Behandlung. Dabei ging es jedoch vornehmlich um manualtherapeutische und medikamentöse Behandlung sowie um Verlaufskontrollen. Diese stellen jedoch keine spezifische und die Versicherte speziell belastende ärztliche Behandlungen im Sinne dieses Kriteriums dar (vgl. dazu auch RKUV 2005 Nr. U 549 S. 236 E. 5.2.4 mit Hinweisen [= U 380/04]). Daran ändern auch die zahlreichen spezialärztlichen Untersuchungen nichts. Denn diese dienten vornehmlich der Abklärung.

4.3.4.5 Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden übersteigen das bei HWS-Distorsionen übliche Mass nicht. Die Beschwerdeführerin kann ihren Lebensalltag selber meistern, auch wenn sie bei der Haushaltführung Unterstützung durch ihren Ehemann und Verwandte erhält und sich schneller müde und erschöpft fühlt als früher. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass sich die Lebensumstände der Beschwerdeführerin seit dem Unfall erheblich geändert haben und sie mittlerweile Mutter zweier Kleinkinder ist, welche auch ihren Tribut fordern. Eine ärztliche Fehlbehandlung wie auch ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind nicht gegeben. Das Merkmal der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen liegt nicht vor. Die Beschwerdeführerin setzte ihr Engagement kurz nach dem Unfall wieder in gewohntem Umfang fort.

4. Von den sieben relevanten Kriterien ist demnach keines erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Weise. Waren die über den 30. November 2008 hinaus geklagten Beschwerden nicht mehr adäquat kausal durch das Unfallereignis vom 24. Oktober 2003 verursacht, so war die Leistungseinstellung der Beschwerdegegnerin per 30. November 2008 rechters.

5. Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Bernadette Zürcher
- Zürich Versicherung-Gesellschaft AG
- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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