

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00144 vom 7. September 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00144

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00144 du 7 septembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00144 del 7 settembre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Dr. med. E.____, FMH Innere Medizin, FMH Rheumatologe, diagnostizierte anlässlich der Erstuntersuchung vom 19. Juni 2008 (Urk. 7/ZM1) ein akutes lumbospondylogenes Syndrom bei Anuluseinriss auf Höhe L3/4 und L4/5. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) sei aufgehoben und es beständen Irritationszonen auf Höhe L5/S1, L4/5 und L3/4 beidseits. Die Beschwerdeführerin sei beim Waschen einer Abzughaube in die Friteusenwanne gefallen und habe dabei eine LWS-Stauchung erlitten. Sie sei bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig.

Eine bildgebende Untersuchung vom 24. Juni 2008 (Urk. 7/ZM3) ergab eine breitbasige Bandscheibenherniation der Höhen LWK 3/4 und LWK 4/5 jeweils mit Verdacht auf einen Anuluseinriss, keine Kompression neuraler Strukturen, eine ausreichende Weite des Spinalkanals und der Invertebralkanäle sowie keine Hinweise auf eine knöcherne oder perivertebrale Weichteilverletzung.

3.2 Mit Austrittsbericht vom 15. August 2008 (Urk. 7/ZM6) stellten die Ärzte des Spitals A.____, wo die Beschwerdeführerin vom 16. Juli bis 8. August 2008 hospitalisiert war, folgende Diagnose (S. 1):

- subakutes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- Sturzereignis am 19. Juni 2008
- Anuluseinriss L3/4 und L4/5, keine Kompression neuronaler Strukturen
- multifaktorielle Belastungssituation
- zervikothorakovertebrales Schmerzsyndrom
- beginnende degenerative Veränderungen in distaler HWS mit Osteochondrose HWK 6/7
- mikrozytäre, hypochrome Anämie

Die Hospitalisation sei zur stationären Therapie eines lumbospondylogenen sowie zervikovertebralen Schmerzsyndroms, unter welchem die Beschwerdeführerin seit einem Arbeitsunfall mit Sturz auf die Friteuse am 19. Juni 2008 leide, erfolgt. Im Röntgenbild der HWS zeigten sich degenerative Veränderungen. Der protrahierte Verlauf der Therapie habe sich teilweise mit der Belastungssituation - finanzielle Sorgen, Arbeitsbelastung und Betreuung zweier jugendlicher Söhne - erklären lassen, und es sei deshalb eine psychologische Betreuung veranlasst worden. Die Beschwerdeführerin sei beim Gehen von längeren Strecken und alltäglichen Funktionen in Freizeit und Haushalt eingeschränkt (S. 1-2).

3.3. Vom 11. August bis 6. September 2008 befand sich die Beschwerdeführerin stationär in der Klinik B. Mit Austrittsbericht vom 10. September 2008 (Urk. 7/ZM7) stellten die Ärzte folgende Diagnose (S. 1):

- panvertebrales Schmerzsyndrom, lumbalbetont
- Sturzereignis am 19. Juni 2008
- Anuluseinriss L3/4 und L4/5, keine Kompression neuronaler Strukturen
- epidurale Infiltration am 28. Juli 2008
- multifaktorielle Belastungssituation
- mikrozytäre, hypochrome Anämie

Klinisch habe sich eine Fehlhaltung der Wirbelsäule mit paravertebalem Muskelhartspann gezeigt. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei altersentsprechend normal und es gebe keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik. Im Verlauf hätten vor allem die Schmerzen im zervikalen und thorakalen Bereich gebessert werden können. Insgesamt sei der Rehabilitationsverlauf aber verzögert gewesen. Ab 5. September 2008 sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsfähig (S. 1-2).

3.4. Eine bildgebende Untersuchung der HWS vom 22. Oktober 2008 ergab schwere degenerative Veränderungen auf Höhe C4-7 mit flacher Diskushernie auf Höhe C5/6 sowie Protrusionen und überwiegend dorsalen Spondylophyten und Unkovertebralarthrosen C4/5 und C6/7. Es resultiere eine mittelschwere Spinalkanalstenose C4/5 mit beginnender Deformierung des Myelons ohne Myelopathie, zudem foraminale Stenosen C4/5 rechts und C6/7 rechts, primär im Rahmen von Unkovertebralarthrosen, was eine C5- und C7-Nervenwurzel-Beeinträchtigung rechts erklären könnte. Zudem sei die Nervenwurzel C6 links aufgrund der Diskushernie C5/6 beeinträchtigt (Urk. 7/ZM13 S. 2).

3.5. Dr. med. F., Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 31. Oktober 2008 (Urk. 7/ZM14) ein posttraumatisches, zervikozephal und lumbales Schmerzsyndrom mit Reizsymptomen S1 rechts bei Status nach Sturz auf den Rücken am 19. Juni 2008 mit Rückenprellung, Überdehnungstraum der HWS und Kopfprellung (S. 1). Die Beschwerdeführerin sei anlässlich des Unfallereignisses auf dem Kochherd gestanden, um die Abzugshaube zu reinigen, dabei sei ihr plötzlich schwarz vor Augen und schwindlig geworden. Sie habe das Gleichgewicht verloren, und sie sei rückwärts auf den Kochherd und eine leere Friteuse gefallen. Dabei sei sie mit der Wirbelsäule und dem Kopf aufgeschlagen, was zu Schmerzen an den Aufprallstellen geführt habe. Eine halbe Stunde später seien intensive Schmerzen aufgetreten, zuerst im Kreuz, dann im Nacken, später auch Kopfschmerzen (S. 1).

Vor dem Unfall sei die Beschwerdeführerin gesund gewesen. Möglicherweise habe sie am 19. Juni 2008 eine leichte Commotio cerebri erlitten. Die Beweglichkeit der HWS sei deutlich eingeschränkt und die Nacken- und Schultermuskulatur verdickt und druckdolent, zudem bestehe paralumbal beidseits eine Druckschmerzhaftigkeit. Es lägen Hinweise für eine leichte Schädigung der Wurzel S1 vor, nicht jedoch für weitere Schädigungen (S. 2-3).

3.6. Dr. med. G., Spezialarzt FMH für Chirurgie, diagnostizierte mit Bericht vom 29. Dezember 2008 (Urk. 7/ZM20) ein posttraumatisches, zervikozephal und

lumbales Schmerzsyndrom mit Reizsymptomen S1 rechts bei Status nach Sturz auf den Rücken am 19. Juni 2008 mit Rückenprellungen, Überdehnungstrauma der HWS und Kopfprellung. Dr. G.____ beschrieb die gleiche Anamnese wie Dr. F.____ (vgl. Urk. 7/ZM20 Ziff. 3a und Urk. 7/ZM14 S. 1). Die bildgebende Untersuchung habe im Bereich der HWS deutliche degenerative Veränderungen C4 bis C7 mit möglicher Irritation der Nerven C5 bis C7 rechts sowie der Nervenwurzel C6 links ergeben. Eine eigentliche Wurzelschädigung dieser Nerven habe in der neurologischen Untersuchung nicht festgestellt werden können. Im Bereich der LWS finde man ebenfalls degenerative Veränderungen mit breitbasiger Bandscheibenherniation L3/4 und L4/5 ohne Kompression neuraler Strukturen. Neurologisch finde sich eine leichte Schädigung der Wurzel S1. Im Übrigen sei der Neurostatus an den unteren Extremitäten unauffällig. Es hätten andere Faktoren in Form degenerativer Veränderungen im Bereich der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule Einfluss auf das jetzige Leiden. Die Beschwerdeführerin sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2).

3.7 Dr. med. H.____, Innere Medizin FMH, führte mit Bericht vom 4. Januar 2009 aus, die Beschwerdeführerin stehe seit Mai 2000 wegen wiederkehrenden Nackenverspannungen in seiner Behandlung. Diese seien einerseits als Folge der radiologisch nachweisbaren Spondylose und der Osteophyten C6/C7 mit Verengung der Foramina rechts, andererseits auch als rein muskulär bei körperlicher Anstrengung und Überbeanspruchung zu interpretieren (Urk. 7/ZM19 S. 1).

3.8 Dr. F.____ wiederholte mit Bericht vom 13. Januar 2009 (Urk. 7/ZM22) seine am 31. Oktober 2008 gestellte Diagnose. Die Beschwerdeführerin leide seit dem Unfall vom 19. Juni 2008 unter zervikalen Beschwerden und einer Lumbalgie mit jeweils Reizsymptomen rechts. Die klinische Untersuchung habe sensible Ausfälle in den Dermatomen L5 und S1 rechts ergeben. Zudem leide die Beschwerdeführerin an zervikal unterhaltenen Spannungskopfschmerzen posttraumatischer Genese (S. 2).

3.9 Bei einer notfallmäßigen Behandlung von Schwindelbeschwerden am 20. Februar 2009 stellten die Ärzte des Spitals I.____ eine normale Beweglichkeit der Hals- und Brustwirbelsäule fest. Die Lendenwirbelsäule sei unauffällig (Urk. 7/ZM34 S. 1).

3.10 Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei dem die Beschwerdeführerin seit 11. August 2008 in Behandlung steht (vgl. Urk. 7/ZM29), diagnostizierte mit Bericht vom 17. Februar 2009 (Urk. 7/ZM27) eine mittelgradige depressive Episode, verbunden mit Angst und somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11), mit und bei

- lumbospondylogem Schmerzsyndrom
- Sturzereignis am 19. Juni 2008
- Anuluseinriss L3/4 und L4/5, keine Kompression neuronaler Strukturen
- multifaktorieller Belastungssituation
- zervikothorakovertebralem Schmerzsyndrom
- mikrozytärer, hypochromer Anämie

Die Beschwerdeführerin habe am 19. Juni 2008 einen Arbeitsunfall erlitten, indem sie auf dem Kochherd stand und infolge Schwindels das Gleichgewicht verlor. Sie sei rückwärts auf den Kochherd und eine leere Friteuse gefallen und dabei mit der

Wirbelsäule und dem Hinterkopf aufgeschlagen, was zu Schmerzen geführt habe. Etwa eine halbe Stunde später seien intensive Schmerzen im Kreuz und im Nacken sowie Kopfschmerzen aufgetreten. Aktuell klage die Beschwerdeführerin über ständige Nacken- und Kopfschmerzen, die bei jeglicher Belastung zunehmen und von Schwindel begleitet seien. Des Weiteren traten nach wie vor Schmerzen im Kreuz mit Ausstrahlungen ins rechte Bein bis zum rechten Fuss auf (S. 1-2).

3.11 Anlässlich einer Besprechung zwischen einer Vertreterin der Beschwerdegegnerin und PD Dr. med. K., Orthopädische Chirurgie FMH, vom 27. April 2009 (Urk. 7/ZM32) hielt Dr. K. nach Durchsicht der MRI-Bilder fest, die lumbale Symptomatik der Beschwerdeführerin sei angesichts der fortgeschrittenen, degenerativ bedingten Bandscheibenveränderungen L3/4 und L4/5 wenig erstaunlich, die aktuellen Beschwerden würden dadurch hinreichend erklärt. Ein Zusammenhang zwischen Unfall und LWS-Symptomatik könne daher höchstens während sechs Monaten angenommen werden. Alle darüber hinaus geltend gemachten LWS-Probleme seien dem unfallfremden Vorzustand anzulasten. Was die Kopf- und HWS-Beschwerden angehe, erscheine die Unfallkausalität aufgrund des Unfallmechanismus und des nachfolgenden Beschwerdeverlaufes grundsätzlich als fraglich (S. 2).

3.12 Dr. C. stellte in seinem am 20. Oktober 2009 unter Berücksichtigung der Akten, der Anamnese, der geklagten Beschwerden und Durchführung eigener Untersuchungen erstatteten Gutachten (Urk. 7/ZM35) folgende Diagnose (S. 30):

- chronisches Schmerz- und Beschwerdebild unklarer Ätiologie mit und bei
- lumboischialgieformen Schmerzen rechts
- Zervikobrachialgie rechts
- Kopfschmerzen
- Magenbeschwerden
- Schwindel
- fehlenden Hinweisen auf ein relevantes somatisches Leiden
- nicht-organischen Befunden (Waddell-Zeichen)
- Verdacht auf somatoforme Störung
- lumbospondylogenes Syndrom rechts anamnestisch bei
- leichter Diskopathie L3/4 und L4/5
- Status nach Morbus Scheuermann
- rezidivierendes zervikospondylogenes Syndrom anamnestisch bei
- leichtem mehrsegmentalem Bandscheibenschaden mit erosiver Osteochondrose C6/7
- Übergewicht
- Status nach Arbeitsunfall am 19. Juni 2008 mit
- möglichem axialem Stauchungstrauma der Lendenwirbelsäule
- fehlenden Hinweisen für Kopf- und/oder Rückenkontusion

Hinsichtlich des Unfallhergangs berichte die Beschwerdeführerin, dass sie, auf einer Gerüstkombination stehend, sich gedreht habe und aus Versehen mit dem Fuss auf eine abgedeckte leere Friteuse getreten sei. Dabei habe der Deckel nachgegeben und sie sei mit dem Fuss in die Friteuse getreten. Sie sei rückwärts aufs Gesäss gestürzt, den Kopf habe sie nicht angeschlagen. An Prellungen könne sie sich nicht erinnern. Sie sei wie betäubt gewesen und habe trotz Schmerzen im Fuss und im Kreuz noch etwa eine halbe Stunde weiter gearbeitet. Dann habe sie die Arbeit wegen einem stechenden lumbalen Schmerz aufgegeben (S. 15 f.).

Über ein Jahr nach dem Unfallereignis klagt die Beschwerdeführerin über unverminderte Beschwerden und halte sich für absolut arbeitsunfähig. Das Ereignis und die primären Verletzungen würden teilweise kontrovers geschildert. Gesichert scheine, dass die Beschwerdeführerin bei ihrer Tätigkeit einen Misstritt getan habe, mit dem linken Fuss in eine Friteuse getreten und rückwärts auf das Gesäss gefallen sei. Aufgrund der initialen Unfallschilderung und den zeitnah festgestellten Befunden könne eine lokale Krafteinwirkung im Sinne einer Prellung weitgehend ausgeschlossen werden. Der im späteren Verlauf von den behandelnden Ärzten angenommene Kopfanprall werde nicht einmal von der Beschwerdeführerin selbst vorgebracht. Sie habe sofort einen Zwick im Rücken sowie gewisse Ausstrahlungen ins rechte Bein verspürt, habe aber kurzfristig noch weiterarbeiten können. Wohl sei vom Mechanismus her ein Stauchungstrauma der Lendenwirbelsäule möglich, aber die Krafteinwirkung sei mutmasslich so gering gewesen, dass die Schmerzen wohl mehr durch eine mit dem Sturz verbundene unkontrollierte Bewegung ausgelöst worden seien (S. 25).

Das Ereignis könne als banal bezeichnet werden und habe bildgebend nachweisbar keine strukturelle Veränderung bewirkt. Schmerzen in der Hals- und Brustwirbelsäule seien erst Wochen später angegeben worden, so dass ein kausaler Zusammenhang mit dem Unfallereignis schon aus diesem Grund sehr unwahrscheinlich sei. Zudem könne auch hier eine relevante Krafteinwirkung, die strukturelle Veränderungen bewirkt hätte, ausgeschlossen werden. Alle im Verlauf durchgeführten Abklärungen hätten ausschliesslich vorbestehende degenerative Veränderungen ergeben, die mindestens im Bereich des Nackens schon früher zu behandlungsbedürftigen Beschwerden geführt hätten. Das Unfallereignis erkläre somit allein eine vorübergehende Verschlimmerung des lumbalen Vorzustands von wenigen Wochen bis allenfalls Monaten, jedoch keine gravierende und invalidisierende Problematik. So habe der Hausarzt noch am Unfalltag einzig ein akutes lumbospondylogenes Syndrom diagnostiziert (S. 25 f.).

Die angegebenen Limitierungen liessen sich nicht konkretisieren und beeinflussten offensichtlich auch das soziale Verhalten. Bewegungsprüfungen würden generell limitiert, obwohl unbeobachtet eigentlich jede Bewegung uneingeschränkt und ohne entsprechende Schmerzreaktion möglich sei. Aufgrund der objektiven Befunde könne keine relevante Diagnose aus dem rheumatologischen oder auch neurologischen Formenkreis gestellt werden (S. 28). Werde die Untersuchung im Sinne einer funktionellen Ausgestaltung des Beschwerdebildes, wofür die in signifikanter Zahl vorhandenen, nicht-organischen Befunde (Waddell-Zeichen) sprächen, willkürlich limitiert, so bedürften die Beschwerden zumindest einer Plausibilisierung. Sie liessen sich jedoch rational nicht nachvollziehen und in dieser Form auch nicht durch ein somatisches Krankheitsbild erklären. Es müsse daher von einem chronifizierten, subjektiven Schmerz- und Störungsbild unklarer Ätiologie gesprochen werden. Dringend zu

vermuten sei somit eine somatoforme Störung, die jedoch nur vom psychiatrischen Facharzt in Anwesenheit von relevanten psychosozialen Faktoren diagnostiziert werden dürfte. Ob die Beschwerden zumindest teilweise im Zusammenhang mit einer anderen psychiatrischen Erkrankung stehen, könne Dr. C. ___ als Somatiker nicht beurteilen (S. 28 f.).

Die zur Zeit vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen ständen in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 19. Juni 2008 (S. 31 Ziff. 5.1). Unfallfremde Faktoren seien die rezidivierenden Nacken- und Schulter-Armschmerzen bei bekannten, unfallfremd vorbestehenden degenerativen HWS-Veränderungen. Die vorbestehende degenerative Veränderung der Lendenwirbelsäule sei bis anhin mutmasslich klinisch stumm gewesen. Daneben lägen diverse vor allem nicht-medizinische Faktoren vor, die das Verhalten der Beschwerdeführerin massgeblich beeinflussten und das Beschwerdebild zu unterhalten schienen. Dabei träten die somatischen Vorzustände weitgehend in den Hintergrund (S. 31 Ziff. 5.2.1).

Das Unfallereignis sei banal gewesen und erkläre als solches allein vielleicht Beschwerden von einigen Tagen bis wenigen Wochen. In Anbetracht der beschriebenen somatischen Vorzustände könne ein gewisser verzögerter Heilverlauf von maximal sechs Monaten akzeptiert werden. Spätestens am 19. Dezember 2008 sei der Status quo sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht worden (S. 31 Ziff. 5.2.2). Ab diesem Zeitpunkt sei der Endzustand eingetreten, ab welchem von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen keine Verbesserung mehr erwartet werden könne (S. 32 Ziff. 6.2).

3.13 Im Auftrag der Taggeldversicherung (Urk. 7/112) fand am 19. Oktober 2009 im Rehabilitationszentrum der Klinik D. ___ eine interdisziplinäre (internistisch/rheumatologisch, ergonomisch und psychosomatisch) arbeitsspezifische Abklärung statt. Mit Bericht vom 27. Oktober 2009 (Urk. 7/ZM36) wurde folgende Diagnose gestellt (S. 1):

- chronisches Panvertebralsyndrom
- aktuell zervikobrachial rechts und lumbospondylogen rechts betont
- Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule
- degenerative Wirbelsäulerveränderungen
- muskuläre Dysbalance
- Status nach LWS-Kontusion 6/08
- in Verbindung mit psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren
- unter Pharmakotherapie bereits regrediente depressive Symptomatik
- vor Ort und wahrscheinlich auch anamnestisch Panikstörung
- multiple teilweise langjährig bestehende psychosoziale Belastungen
- ICD-10 M54.8 (sonstige Rückenschmerzen), F43.23 (Anpassungsstörung mit vorherrschender Störung von anderen Gefühlen), F41.0 (Panikstörung, episodisch paroxysmale Angst)

Die Beschwerdeführerin leide aktuell seit einem Unfallereignis im Sommer 2008 an einem chronischen Panvertebralsyndrom bei einer Fehlform und -haltung der Wirbelsäule und deutlichem muskulärem Ungleichgewicht. Aktuell sei die Wirbelsäulensymptomatik vor allem zervikobrachial und lumbospondylogen rechtsbetont. Gemäss Akten lässen zudem recht ausgeprägte zervikale und lumbale degenerative Veränderungen vor, die zusammen mit der Muskelproblematik die Beschwerden gut erklärten (Urk. 7/ZM36/2 S. 4).

Anlässlich der ergonomischen Testung habe die Beschwerdeführerin Schmerzen auf der gesamten rechten Körperseite, Kopfweh, ein Schwindelgefühl, allgemeines Unwohlsein sowie Schulterschmerzen links angegeben. Das Ausmass der angegebenen Schmerzbeeinträchtigung und Behinderung sei mit den bestehenden Befunden nur unzureichend erklärbar (Urk. 7/ZM36/3 S. 2).

3.14 Mit Bericht vom 23. November 2009 (Urk. 8/36 = Urk. 7/Z160/3) stellten die Ärzte des Medizinischen Zentrums L., wo sich die Beschwerdeführerin vom 9. September bis 3. November 2011 einer tagesklinischen Rehabilitationsbehandlung unterzog, folgende Diagnose (S. 1):

- mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)
- posttraumatisches, zervikozephal und lumbales Schmerzsyndrom mit Reizsymptomen mit und bei Status nach Rückenprellungen, Überdehnung der HWS und Kopfprellung
- panvertebrales Schmerzsyndrom lumbal betont mit und bei Anuluseinrissen L3/4 und L4/5, keine Kompression neuronaler Strukturen

E. 4

4.1 Mit Gemäss Unfallmeldung vom 24. Juni 2008 ist die Beschwerdeführerin ausgeglitten und rückwärts mit dem Rücken auf eine Kante gestürzt, als sie LüftungsfILTER in eine Ablufthaube einsetzte (Urk. 7/Z1 Ziff. 6). Anlässlich der am Unfalltag durchgeführten Erstuntersuchung stellte Dr. E. jedoch keine Rückenprellung fest, sondern ging aufgrund der Schilderung der Beschwerdeführerin von einer LWS-Stauchung aus (vgl. Urk. 7/ZM1). Zum Unfallhergang befragt, hielt die Beschwerdeführerin damit übereinstimmend am 27. Oktober 2008 fest, sie habe versucht, sich im Rückwärtsfall mit der rechten Hand aufzufangen und sei weiter rückwärts in Richtung einer Kante gefallen, aber ihres Erachtens nirgends aufgeschlagen (Urk. 7/Z18 S. 1). Auch am 25. November 2008 führte sie aus, sich nicht erinnern zu können, ob sie mit dem Rücken gegen eine Kante geprallt und mit der Wirbelsäule und dem Hinterkopf aufgeschlagen sei (vgl. Urk. 7/Z46 S. 1 f.). Damit erscheint ein Rückenaufprall auf einer Kante wie auch ein Anschlagen des Kopfes nicht als überwiegend wahrscheinlich. Entgegen ihrer späteren Darstellung (vgl. Urk. 1 S. 3 f.) kann eine unfallbedingte Beeinträchtigung des Kopfes wie auch der Halswirbelsäule - wo eindeutig degenerative Veränderungen festgestellt wurden (vgl. Urk. 7/ZM13 sowie den Bericht von Dr. H.; Urk. 7/ZM19) - der Beschwerdeführerin deshalb ausgeschlossen und damit die diesbezügliche natürliche Kausalität verneint werden.

Wie es sich mit den Rückenschmerzen verhält, ist nachfolgend zu prüfen.

4.2. Die zeitnah ergangene bildgebende Untersuchung vom 24. Juni 2008 ergab eine Diskushernie auf Höhe L3/4 und L4/5, jeweils mit Verdacht auf einen Anuluseinriss. Hinweise auf eine strukturelle Verletzung bestanden nicht (vgl. Urk. 7/ZM3).

Es entspricht einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise und unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 20. November 2007, 8C_51/2007, E. 3.2.1; RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 und Nr. 379 S. 192 mit Hinweisen; Debrunner/Ramseiner, Die Begutachtung von Rückenbeschwerden in der schweizerischen sozialen Unfallversicherung, Bern 1990, S. 54 ff., insbesondere S. 56).

Zwar stellte Dr. E. am Unfalltag fest, dass die LWS-Beweglichkeit aufgehoben sei und Irritationszonen auf Höhe L3/4 und L4/5 beidseits bestanden. Es ist aber fraglich, ob die typischen Symptome einer Diskushernie sofort auftraten, hat die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben doch erst nach einer halben Stunde die Arbeit wegen eines stechenden lumbalen Schmerzes aufgeben müssen (vgl. Urk. 7/ZM35 S. 15 unten f.). Wie es sich damit verhält, kann jedoch offen gelassen werden, da das Unfallereignis vom 19. Juni 2008 nicht von besonderer Schwere und grundsätzlich nicht geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe hervorzurufen. Es ist deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Diskushernie dadurch verursacht wurde.

4.3. Gemäss medizinischer Aktenlage verursachte der Unfall keine Verletzung der Wirbelsäule der Beschwerdeführerin, dies wurde bildgebend ausgeschlossen (vgl. Urk. 7/ZM3). Es entspricht einem weiteren medizinischen Erfahrungssatz, dass bei Unfällen ohne morphologische Schädigungen der Wirbelsäule ein degenerativer Vorzustand durch den Unfall zwar (allenfalls erstmals) manifest werden kann, dass eine Chronifizierung der Beschwerden aber zunehmend auf andere, unfallfremde Faktoren zurückzuführen ist (vgl. Bär/Kiener, Prellung, Verstauchung oder Zerrung der Wirbelsäule, in Medizinische Mitteilungen der SUVA Nr. 67 vom Dezember 1994, S. 45 ff.). Nach allgemeinen Erkenntnissen der Unfallmedizin ist die traumatische Verschlimmerung degenerativer Erkrankungen der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteil des Bundesgerichts vom 29. November 2010, 8C_416/10, E. 3.3; Urteil des damaligen EVG vom 25. Mai 2004, U 129/03, E. 5.5, und in Sachen N. vom 29. November 2006, U 207/06, E. 2.2).

4.4. Bereits anlässlich des stationären Aufenthaltes im Spital A. vom 16. Juli bis 8. August 2008 wurde festgestellt, dass sich der verzögerte Verlauf der Therapie teilweise mit der Belastungssituation der Beschwerdeführerin habe erklären lassen (Urk. 7/ZM6 S. 1). In B., wo sich die Beschwerdeführerin vom 11. August bis 6. September 2008 aufhielt, wurde bereits wieder eine altersentsprechend normale Beweglichkeit der Wirbelsäule festgestellt, jedoch festgehalten, dass der Rehabilitationsverlauf verzögert gewesen sei. Es wurde ab 5. September 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (Urk. 7/ZM7 S. 1 unten f.). Im Februar 2009 stellten die Ärzte des Spitals I. eine normale Beweglichkeit der Hals- und Brustwirbelsäule

fest, die Lendenwirbelsäule war gar unauffällig (vgl. Urk. 7/ZM34 S. 1).

Dass die Chronifizierung der Beschwerden zunehmend auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen ist, folgt sodann aus dem ausführlichen und sorgfältig begründeten Gutachten von Dr. C.____ (Urk. 7/ZM35). Dieser hielt fest, dass aufgrund der objektiven Befunde keine relevante rheumatologische oder neurologische Diagnose gestellt werden könne. Die angegebenen Limitierungen liessen sich nicht konkretisieren und rational nicht nachvollziehen, weshalb von einem chronifizierten, subjektiven Schmerz- und Störungsbild unklarer Ätiologie gesprochen werden müsse. Dr. C.____ stellte verschiedene nicht-medizinische Faktoren fest, die das Beschwerdebild unterhielten und das Verhalten der Beschwerdeführerin massgeblich beeinflussten (vgl. vorstehend E. 3.11).

Dieses Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die Schlussfolgerungen sind begründet. Damit entspricht es den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c), weshalb darauf abzustellen ist. Dr. C.____ hielt fest, dass in Anbetracht der somatischen Vorzustände ein Heilverlauf von maximal sechs Monaten akzeptiert werden könne, womit spätestens am 19. Dezember 2008 der Endzustand, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht war (vgl. vorstehend E. 1.5).

In der Klinik D.____ (Urk. 7/112) wurde Ähnliches beobachtet: Auch in diesem Bericht wurden verschiedene chronifizierende unfallfremde Beeinträchtigungen festgestellt und ausdrücklich festgehalten, dass das Ausmass der angegebenen Schmerzbeeinträchtigung und Behinderung mit den bestehenden Befunden nur unzureichend erklärbar sei (Urk. 7/ZM36/3 S. 2).

4.5. Was sodann die Beurteilung durch Dr. F.____ und Dr. G.____ (Urk. 7/ZM14; Urk. 7/ZM20; Urk. 7/ZM22) angeht, so stützten diese ihre Beurteilung auf einen, wie oben dargelegt (E. 4.1), unrichtigen Sachverhalt, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann: Beide Ärzte gingen davon aus, dass die Beschwerdeführerin am 19. Juni 2008 eine Rückenprellung, ein Überdehnungstrauma der Halswirbelsäule und eine Kopfprellung erlitten habe (Urk. 7/ZM14 S. 1; Urk. 7/ZM20 Ziff. 3a). Dr. F.____ erachtete sogar eine leichte Commotio cerebri als möglich (vgl. Urk. 7/ZM14 S. 3). Diese Angaben finden in den Akten keine Stütze.

E. 5

5.1. Weiter bleibt zu prüfen, wie es sich mit der Unfallkausalität der psychischen Leiden der Beschwerdeführerin verhält.

5.2. Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen

Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; Y. ___ R 1999 UV Nr. 10 E. 2).

5.3 Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Überbetreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a).

Ausgehend vom überwiegend wahrscheinlichen Unfallablauf (vgl. vorstehend E. 4.1) ist das Ereignis vom 19. Juni 2008 als banaler Unfall zu qualifizieren, welcher für sich allein nicht geeignet war, eine psychische Gesundheitsschädigung auszulösen.

Dementsprechend ist die adäquate Kausalität zwischen dem Unfall und der psychischen Erkrankung der Beschwerdeführerin zu verneinen.

6. Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Gutachten von Dr. C. ____, mit dem die Beschwerdegegnerin ihrer Beweislast nachkam (vgl. vorstehend E. 1.5), davon auszugehen, dass der Status quo sine sechs Monate nach dem Unfall vom 19. Juni 2008 eingetreten war. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 20. Dezember 2008 einstellte.

An diesem Ergebnis vermag das vom Beschwerdeführer eingereichte, zuhanden der Invalidenversicherung erstattete interdisziplinäre MEDAS-Gutachten der medizinischen Begutachtungsstelle M. ___ vom 13. März 2011 (Urk. 11/1) nichts zu ändern, da - nebst dem Umstand, dass für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend ist, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war - daraus keine Rückschlüsse bezüglich der Unfallkausalität gezogen werden können. Zudem besteht für die Unfallversicherung keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung (BGE 131 V 362).

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Eduard M. Barcikowski

- Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG unter Beilage einer Kopie von Urk. 10 und Urk. 11/1-2

- 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.