

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00236 vom 22. März 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-03-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00236

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00236 du 22 mars 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00236 del 22 marzo 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1963 geborene C. ___ ist bei der A. ___ AG als Bauarbeiter beschäftigt und bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen Unfälle versichert. Am 29. März 2005 verspürte er, als er mit der linken Hand an einer Schalung festhielt und mit der rechten Hand nach etwas greifen wollte, einen "Zwick" und Schmerzen in der Schulter links (Urk. 8/1). Im Spital B. ___ diagnostizierte Dr. med. D. ___ im Rahmen einer ersten Konsultation einen Verdacht auf Distorsion der Schultermuskulatur links (Urk. 8/3). Der nachbehandelnde Arzt, Dr. med. E. ___, Allgemeinmedizin FMH, diagnostizierte am 1. April 2005 eine Schulterdistorsion links. Er hielt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich bis zum 20. April 2005 fest (Arztzeugnis vom 18. April 2005, Urk. 8/2). Die SUVA trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung und Taggelder.

1.2 Der Versicherte wurde in der Folge an Dr. med. F. ___, Facharzt für Neurologie FMH, überwiesen, welcher nach einer Arthro-MRT der linken Schulter vom 24. Mai 2005 den Patienten am 22. Juni 2005 untersuchte und folgende Diagnose stellte: Status nach Distorsion der linken Schulter am 29. März 2005, keine Hinweise für eine peripher-neurogene Läsion, diffuse Dysästhesien im Bereich des gesamten linken Armes, linker Schulter im Rahmen eines bewegungs-, anstrengungsabhängigen Schmerzsyndroms. Er konnte aus neurologischer Sicht keine spezifischen therapeutischen Vorschläge machen als volle Bewegung und allenfalls etwas vorsichtige Belastung (Urk. 8/5). Im ärztlichen Zwischenbericht vom 1. Juli 2005 schätzte Dr. E. ___ den Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Arbeit auf Mitte Juli 2005. Er überwies den Versicherten wegen Persistenz der Beschwerden jedoch dann an Dr. med. G. ___, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie (Urk. 8/6-7). Der Orthopäde diagnostizierte nach seiner Untersuchung sowie gestützt auf ein MRI der Halswirbelsäule (HWS) am 27. September 2005 eine posttraumatische HWS-Problematik. Er erachtete den Versicherten im Moment als zu 100 % arbeitsunfähig und überwies diesen zur wirbelsäulenorthopädischen Abklärung respektive Therapie an Dr. med. H. ___, Orthopädische Chirurgie FMH (Urk. 8/8). Dieser konnte am 28. Oktober 2005 keine pathologisch-anatomische Diagnose stellen. Er äusserte indessen den Verdacht auf Distorsion/Affektion der cervikalen Facettengelenke. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, es lägen keine objektivierbaren Befunden vor, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Laut Aussagen des Versicherten könne dieser nicht arbeiten (Urk. 8/10). Am 1. November 2005 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr. med. I. ___, der ausführte, dass die klinische Untersuchung keine neuen diagnostischen Gesichtspunkte gebracht habe. Es gehe um Nackenbeschwerden bei kernspintomographisch

nachgewiesener generalisierter Segmentdegeneration. Der Kreisarzt erachtete den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den HWS-Beschwerden als höchstens möglich, nicht aber als zumindest wahrscheinlich. Bezüglich Arbeitsunfähigkeit verwies er auf die Beurteilung von Dr. H. ___ (Urk. 8/12).

1.3 Mit Verfügung vom 29. November 2005 hielt die SUVA fest, bei den geklagten HWS-Beschwerden handle es sich nicht um Unfallfolgen, weshalb sie für die Behandlungskosten nicht aufkommen könne. Weil keine Arbeitsunfähigkeit betreffend Schulter (mehr) bestehe, stelle sie ihre Taggeldleistungen per 28. November 2005 ein, komme aber weiterhin für die diesbezüglichen Heilkosten auf (Urk. 8/14). Dagegen erhoben am 12. Dezember 2005 sowohl die Helsana Versicherungen AG (Urk. 8/15) als auch der Versicherte unter Beilage des Unfallscheins sowie des ärztlichen Zeugnisses von Dr. E. ___ vom 3. Dezember 2005 Einsprache (Urk. 8/18). Am 22. Dezember 2005 zog die Helsana Versicherungen AG die Einsprache zurück (Urk. 8/20). Eine vorsorgliche Einsprache der Helsana Versicherungen AG, Krankentaggeld Mittelland, erging am 23. Dezember 2005 (Urk. 8/21), sie wurde indessen mit E-Mail vom 29. Dezember 2005 ebenfalls zurückgezogen (Urk. 8/23). Der Versicherte konsultierte am 24. Februar 2006 das Wirbelsäulenzentrum der J. ___ Klinik. Dr. med. K. ___, Oberarzt Neurologie, verzichtete auf weiterführende elektrophysiologische Untersuchungen, nachdem sich in der klinisch-neurologischen Untersuchung wiederum keine Hinweise auf allfällige radikuläre oder peripher-neurologische Läsionen ergeben hatten (Urk. 8/31). Mit Entscheid vom 22. März 2006 wies die SUVA die Einsprache ab (Urk. 2).

2. Gegen diesen Entscheid liess C. ___ durch Rechtsanwalt Dr. André Largier am 10. Juli 2006 Beschwerde erheben mit den Anträgen (Urk. 1 S. 2):

"1. In Aufhebung des Einspracheentscheides vom 22. März 2006 seien dem Versicherten über den 28. November 2005 hinaus die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen bzw. auszurichten,

2. es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwalt Dr. André Largier als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen, unter Entschädigungsfolgen (zuzüglich Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin".

Mit Verfügung vom 12. Juli 2006 wurde der Beschwerdeführer aufgefordert, das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung mittels beigelegtem Formular zu begründen und zu belegen, unter der Androhung, dass das Begehren bei ungenügender Substantiierung abgewiesen werde (Urk. 4). Am 28. August 2006 ersuchte die Beschwerdegegnerin durch Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf um Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Nachdem der Beschwerdeführer die Frist zur Einreichung des Gesuches um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung unbenutzt hatte verstreichen lassen, schloss das Gericht den Schriftenwechsel mit Verfügung vom 23. November 2006 (Urk. 10).

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Taggeldleistungen zu Recht eingestellt hat. Diesbezüglich stellt sie sich auf den

Standpunkt, dass aus den Beurteilungen der Dres. I.____ und H.____ hervorgehe, dass von Seiten der Schulter keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe und dass die Unfallfolgen abgeheilt seien. Die nunmehr vorliegende unfallfremde Halswirbelsäulenproblematik stehe in keinem wahrscheinlichen Zusammenhang mit der Schulterdistorsion links. Der Umstand, dass diese Problematik einige Monate nach dem Unfall aufgetreten sei, begründe medizinisch keinen (natürlichen) Kausalzusammenhang (Urk. 2 S. 4). Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer insbesondere ausführen, der Status quo sine sei nicht erreicht. Die Beschwerdegegnerin müsse das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschaden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen. Zudem habe der Beschwerdeführer von Anfang an, d.h. unmittelbar nach dem Unfall, an Nackenbeschwerden gelitten, obwohl erst die MRI-Untersuchung Diskushernien im Bereich C4/C5, C5/C6 und C6/C7 aufgezeigt habe. Es handle sich indessen um eine medizinische Erfahrungstatsache, dass Diskushernien im HWS-Bereich Beschwerden unter anderem im Schulter-/ Armbereich verursachen könnten. Es sei mithin aufgrund der Akten nicht erstellt, dass es sich bei den Schulter- und Nackenbeschwerden um zwei voneinander völlig unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen handle. Die Sache sei daher zurückzuweisen, damit der Zusammenhang zwischen den Schulterbeschwerden und den Diskushernien, welche gegebenenfalls schon vorbestanden, sich zuvor allerdings stumm verhalten hätten, abgeklärt werde (Urk. 1 S. 4 f.).

2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person (Art. 16 Abs. 2 UVG).

3.

3.1 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

3.2.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 Erw. 4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 26. April 1995, U 172/94). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119 V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hier um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. Erw. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 76).

E. 4

4.1.1 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben

worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

4.3 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 161/2 Erw. 1c; vgl. auch 123 V 334 Erw. 1c).

E. 5

5.1 Den Unfallhergang schilderte der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin am 2. Mai 2005, rund eineinhalb Monate nach dem Geschehnis, dahingehend, dass er am 29. März 2005 bei der Arbeit auf einer Leiter ausgerutscht sei und sich dann mit der linken Hand festgehalten habe. Dabei habe er einen "Zwick" in der linken Schulter verspürt (Urk. 8/4). Dr. D. ___ fand als erstbehandelnder Arzt im Spital B. ___ einen Tag nach dem Unfall eine verminderte Sensibilität am linken Arm und im Schulterbereich vor, was sich mit den Aussagen des Beschwerdeführers deckt. Die Kraft war indessen symmetrisch. Zudem bestand eine Druckdolenz über der Scapula links und distalen Humerus medial links. Der Röntgenbefund lautete auf Schulter a.p. und Neer links: keine Anhaltspunkte (AP) für ossäre Läsion (Urk. 8/3). Der nachbehandelnde Dr. E. ___ fand zwei Tage später eine Schulterbeweglichkeit links vor allem bei Abduktion und Elevation über 90 Grad sowie eine ausgedehnte Druckdolenz ventral und dorsal vor (Urk. 8/2). Bildgebend (mittels Arthro-MRT der linken Schulter) konnte am 24. Mai 2005 ein weitgehend normaler Befund ohne Hinweise für Rotatorenmanschettenläsion, jedoch eine leichte AC-Arthrose ohne aktuelle Aktivitätszeichen festgestellt werden. Anlässlich seiner klinischen Untersuchung vom 22. Juni 2006 fand Dr. F. ___ eine sehr gut erhaltene Trochik der Schultergürtelmuskulatur sowie auch des gesamten linken Armes mit guter Hydrosis beidseits, kräftige Rotationen, Flexion und Extension des Kopfes, kräftige Schulterhebung, bei Abduktion gering schonende Innervation aber ohne verbleibende Schwäche vor. Sodann sah er kräftige Deltoideus-Funktionen und Aussen-Innenrotationen im Schultergelenk beidseits. Ebenso kräftig waren die Bewegungen in Ellbogen-, Hand- sowie Fingergelenken. Demgegenüber waren BSR, TSR, RPR seitengleich schwach und der Trägner nicht auslösbar. Überdies wurden reizlose kleine Narben am linken Daumen und auch in wiederholter Prüfung diffuse Hypästhesien, Hypalgesie am gesamten linken Arm inklusive Deltoideus-Region ohne Schwerpunkt festgestellt, wobei die Spitz-Stumpf-Unterscheidung klar erhalten blieb. Dr. F. ___ führte auch elektrodiagnostische Untersuchungen durch. Er hielt zusammenfassend fest, dass er aus klinischer und elektrodiagnostischer Sicht keine Hinweise auf eine peripher-neurogene Läsion habe finden können. Die geringe Schoninnervation zu Beginn der Oberarmabduktion sei schmerzbedingt. Die Sensibilitätsstörungen

interpretierte er im Rahmen des Schmerzsyndroms, denn diese seien diffus über den ganzen Arm und die linke Schulter verteilt, ohne einen peripher-neurogenen oder auch einem radikulären Muster zu folgen, und die proximale Abgrenzung sei sehr diffus. Auch für eine radikuläre Reizsymptomatik habe er keine klinischen Hinweise (negative HWS-Reklination) finden können. Die Messwerte in den sensibel-orthodromen Messungen seien klar im Normalbereich und blieben ohne signifikante Seitenunterschiede. Bei einer möglichen Läsion im Sinne einer traumatischen Zerrung einzelner Nerven bzw. einzelner Plexusanteile würde er eine doch signifikante Verminderung dieser sensiblen Nervenaktionspotentiale erwarten (Urk. 8/5). Mittels intensiver Physiotherapie liess sich gemäss dem Zwischenbericht von Dr. E. ___ vom 1. Juli 2005 eine deutliche Verbesserung vor allem der Schulterbeweglichkeit erreichen. Die Beweglichkeit sei nun voll vorhanden, es beständen allerdings noch Schmerzen bei bestimmten Bewegungen und vor allem bei Kraftanwendung (Urk. 8/6).

E. 5.2

Gegenüber Dr. G. ___ klagte der Beschwerdeführer am 27. November 2005 über Schmerzen im Bereich der HWS linksseitig und der linken Schulter. Röntgenbilder an der HWS ap/lateral ergaben physiologische Verhältnisse. Im MRI der HWS vom 16. September 2005 wurden folgende Feststellungen erhoben: aufgehobene cervikale Lordose. Der cervikale Spinalkanal sei anlagebedingt normal weit. Degenerative Veränderungen der Disci C3/-C7 mit Diskusprotrusionen dieser Segmente. Im Segment C4/C5 paramedian rechtsseitige flache Diskusherniekomponente ohne Kompression neurogener Strukturen. Im Segment C4/C6 mediolinks-laterale kleine, fast foraminale Diskushernie mit leichter Einengung des intervertebralen Foramens und mögliche Beeinträchtigung der Nervenwurzel C6 links (keine Kompressionen, Kontakt zu Nervenwurzel). Im Segment C6/C7 paramedian linksseitige, mittelgrosse, sich etwa nach caudal verlaufende Diskushernie mit leichter Einengung des Spinalkanals und leichter Abflachung des Myelons auf der linken Seite. Keine relevante Stenose des Spinalkanals. Facettengelenke unauffällig, altersentsprechend. Keine Signalalteration des Myelons (Urk. 8/8). Dr. H. ___, an welchen Dr. G. ___ den Beschwerdeführer zwecks wirbelsäulenorthopädischer Abklärung respektive Therapie überwiesen hatte, schilderte die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen bei VAS 6, wenn dieser belasten müsse, wie beispielsweise beim Heben oder Autofahren, oder wenn er den Arm längere Zeit hoch halten müsse. Im Schulterblatt spüre er Schmerzen wie mit einem Messer und im Nacken tief und konstant. Diese verstärkten sich indessen bei brusken Bewegungen akut. Der Arzt fand eine gute Beweglichkeit in allen Richtungen vor. Der Muskelseitenreflex sei seitengleich normal lebhaft. Der Faustschluss falle reduziert aus, diffuse Kältehypästhesie am Nacken und Rücke links sowie am gesamten linken Arm. Druckdolenz lateral über den Facetten links, eher proximal als distal. Abschliessend hielt er fest, nachdem der Schulterbefund inklusive MRI negativ gewesen sei und die Neurologie ebenfalls keine Hinweise für eine radikuläre Pathologie zeigten, die Hypästhesie in dieser Ausprägung nicht radikulär und die Kraftreduktion eher schmerzbedingt sei, sei eine Abklärung der Facettengelenke angezeigt (Urk. 8/10).

5.3 Dr. I. ___ fand den Beschwerdeführer am 1. November 2005 in gutem Allgemeinzustand vor. Das linke Schultergelenk sei äusserlich unauffällig, seitengleich normales Schulterprofil, seitengleich freie Schulterbeweglichkeit, schmerzfrei bis in die Endphase. Die Rotatorenmanschette sei suffizient, Jobe-Test negativ, Infraspinatus- und

Subscapulariskraft gut. Lift-off-Test negativ, Yergason negativ, AC-Gelenk reizlos und stabil. Die Kopffrotation sei hingegen nach links sowie die maximale Extension und Flexion in der Endphase schmerzhaft mit Scherzlokalisierung paracervikal links. Die Kopfgelenksbeweglichkeit sei mit gut 45 Grad nach beiden Seiten frei. C1 bei Palpation indolent. Es bestehe eine Palpationsempfindlichkeit der HWS bei Palpation über den Gelenkfortsätze links im Bereich der oberen und mittleren HWS. Die untere HWS sei bei der Palpation indolent und die Nackenmuskulatur bei Neutralhaltung des Kopfes weich. Ebenfalls konnte eine lockere Schultergürtelmuskulatur vorgefunden werden. Am linken Arm bestand eine gestörte Berührungssensibilität im Sinne einer generalisierten leichten Hypästhesie, nicht dermatombezogen und auch nicht begrenzt durch das Innervationsgebiet eines peripheren Nerves. Sodann waren keine motorischen Ausfälle zu verzeichnen und das Reflexbild symmetrisch mit lebhaft auslösbarem BSR, TSR und RPR (Urk. 8/12).

5.4.4.4 In der J. ___ Klinik diagnostizierte Dr. K. ___ am 24. Februar 2006 ein chronisches Zervikobrachialsyndrom linksbetont bei Status nach Arbeitsunfall. Der Arzt konnte aufgrund der klinisch-neurologischen Untersuchung indessen keine Hinweise für allfällige radikuläre oder peripher-neurologische Läsionen finden, weshalb auf weiterführende elektrophysiologische Untersuchungen verzichtet wurde (Urk. 8/31).

E. 5.5

Insgesamt ist somit ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls vom 29. März 2005 ausschliesslich über Beschwerden in der linken Schulter klagte, welche sich jedoch weder neurologisch noch bildgebend nachweisen liessen. Anlässlich der Abklärung bei Dr. G. ___, mithin rund ein halbes Jahr später, machte der Beschwerdeführer dann erstmals Beschwerden an der HWS geltend. Die MRI-Untersuchung von Mitte September 2005 ergab verschiedenartige degenerative Veränderungen von C3 bis C7. In Bezug auf das chronische Zervikobrachialsyndrom linksbetont liessen sich fast ein Jahr nach dem Unfall nach wie vor keine Hinweise auf Läsionen finden. Soweit die Beschwerdegegnerin aufgrund dieses Beschwerdebildes zum Schluss kam, der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den gesundheitlichen Einschränkungen in Bezug auf die HWS sei höchstens möglich, jedoch nicht zumindest wahrscheinlich (Urk. 2 S. 2 f., Urk. 7 S. 3 und Urk. 8/14), ist dies nicht zu beanstanden. Es fehlen in der Tat in den ersten ärztlichen Berichten sowie auch in der Schilderung des Unfallhergangs durch den Beschwerdeführer Hinweise auf eine Traumatisierung der HWS. In diesen Berichten geht es ausschliesslich um Beeinträchtigungen im Schulterbereich links. In Bezug auf die ersten und eigenen Ausführungen des Beschwerdeführers ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass auf diese "Aussagen der ersten Stunde" im Bereich des Sozialversicherungsrechts praxisgemäss abzustellen ist, weil ihnen in beweisrechtlicher Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (vgl. BGE 121 V 47 Erw. 2a, 115 V 143 Erw. 8c mit Hinweis). Hinweise auf eine HWS-Schädigung tauchten erstmals Ende September 2005 anlässlich der Untersuchung beim Orthopäden Dr. G. ___ auf, somit erst rund sechs Monate nach dem Unfall. Diesbezüglich ist indessen festzuhalten, dass der Spinalkanal nicht verengt, die festgestellten Diskushernien klein waren und keine Signalalteration des Myelons vorgefunden werden konnte. Es handelt sich somit um rein degenerative Veränderungen.

Zudem konnte Dr. G. ___ in Bezug auf die Schultergelenksbeweglichkeit keine Auffälligkeiten (mehr) festhalten (Urk. 8/8). Sodann konnten die Neurologen weder im Juni 2005 (Urk. 8/5) noch im Februar 2006 (Urk. 8/31) Hinweise auf radikuläre oder peripher-neurologische Läsionen feststellen. In Bezug auf die im September 2005 als schmerzhaft geschilderten Bereiche der Scapula und des Trapezius (Urk. 8/8) - der Letztere ist beispielsweise verantwortlich für das Heben des Schultergürtels und das Kippen des Kopfes nach hinten, das Nachinnenziehen des Schulterblattes und das Senken des Schultergürtels (www.wikipedia.org) - konnte der Neurologe sogar kräftige Rotationen, Flexionen und Extensionen des Kopfes und eine kräftige Schulterhebung nachweisen (Urk. 8/5), was einer schon zu diesem Zeitpunkt bzw. als Folge des Unfalls vorliegenden traumatisierten HWS widerspricht und auch in Einklang mit den erhobenen Befunden des Kreisarztes steht (Urk. 8/12), dessen Bericht auch schon vor diesem Hintergrund voller Beweiswert zukommt, wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführt (Urk. 2 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt ist somit festzuhalten, dass spätestens anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 1. November 2005 (Urk. 8/12) die Unfallfolgen vollständig abgeheilt waren und die HWS-Schädigungen Folge degenerativer Veränderungen und damit unfallfremd sind, sodass - entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers - der status quo sine erreicht war, womit der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 29. März 2005 und den HWS-Beschwerden verneint werden muss. Was der Beschwerdeführer im Weiteren gegen diese Beurteilung vorbringt, überzeugt nicht (Urk. 1 S. 4 f.).

5.6 Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die von ihm angeführte Beweislastverteilung und den Beweisgrad des Nachweises unfallbedingter Einschränkungen ist - worauf die Beschwerdegegnerin sinngemäss hinweist (vgl. Urk. 7 S. 5) - festzuhalten, dass das Eidgenössische Versicherungsgericht im Urteil vom 27. April 2005 (in Sachen R., U 6/05) ausführte, dass nach der Rechtsprechung die Beweislast in Bezug auf das Unfallereignis als solches wie auch hinsichtlich der (natürlichen) Unfallkausalität des Gesundheitsschadens in dem Sinne die versicherte Person treffe, als der Entscheid bei Beweislosigkeit zu ihren Ungunsten ausfallen müsse. Demgegenüber bleibe der Versicherer leistungspflichtig, wenn der Kausalzusammenhang einmal gegeben und anerkannt sei, sofern sich nicht hinreichend nachweisen lasse, dass er zu einem späteren Zeitpunkt dahingefallen sei. Letzteres treffe dann zu, wenn der (krankhafte) Gesundheitszustand erreicht sei, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine, Erw. 1.2). Das Gericht präziserte dies jedoch dahingehend (Erw. 3.2), dass die Beweislast für das Nichtbestehen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem Beschwerdebild zwar grundsätzlich vollumfänglich dem Versicherer auferlegt werde, soweit die Kausalität einmal gegeben und anerkannt worden sei. Diese Anerkennung müsse sich auf das Unfallereignis und die dabei erlittenen Verletzungen als auch auf den Umstand beziehen, dass ein bestimmter Symptomkreis die Folge dieses Vorfalles darstelle. Dagegen könne die unter Erw. 1 wiedergegebene Rechtsprechung nicht dahingehend verstanden werden, dass der Versicherer, der im Zusammenhang mit einem Unfall seine Leistungspflicht einmal anerkannt habe, in der Folge auch die Beweislast für das Nichtbestehen einer Unfallkausalität in Bezug auf Beschwerden und Verletzungen träge, welche ursprünglich nicht thematisiert worden

seien (vgl. AJP 2006 S. 1290 ff.). Genau so verhält es sich im Fall des Beschwerdeführers.

E. 5.7

Nachdem rechtsgenüßlich ausgewiesen ist, dass zwischen dem rund ein halbes Jahr nach dem Unfallgeschehen aufgetauchten HWS-Beschwerdebild und dem Unfallereignis vom 29. März 2005 kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, womit in antizipierte Beweiswürdigung auf weitere Beweismassnahmen verzichtet werden kann (Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, S. 212, Rz 450; Källz/Härner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2. A. S. 39, Rz 111 und S. 117, Rz 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. A., S. 274; vgl. auch BGE 122 II 469 Erw. 4a, 122 III 223 Erw. 3c, 120 Ib 229 Erw. 2b, 119 V 344 Erw. 3c mit Hinweis) ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 6

Nachdem das Begehren um unentgeltliche Verbeiständung nicht genügend substantiiert worden ist (vgl. Sachverhalt Erw. 2), ist es androhungsgemäss abzuweisen.

Das Gericht beschliesst:

Das Begehren um unentgeltliche Verbeiständung wird abgewiesen,
und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. André Largier

- Rechtsanwalt Dr. Beat Frischkopf

- Helsana Versicherungen AG, Postfach, 8081 Zürich

- Bundesamt für Gesundheit

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

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

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

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