

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00277 vom 21. März 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00277

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00277 du 21 mars 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00277 del 21 marzo 2007

Erwägungen

E. 2

2.1. Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

2.2. Die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens sind von der versicherten Person glaubhaft zu machen. Kommt sie dieser Forderung nicht nach, indem sie unvollständige, ungenaue oder widersprüchliche Angaben macht, die das Bestehen eines unfallmässigen Schadens als unglaubhaft erscheinen lassen, besteht keine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Im Streitfall obliegt es dem Gericht zu beurteilen, ob die einzelnen Voraussetzungen des Unfallbegriffs erfüllt sind. Der Untersuchungsmaxime entsprechend hat es von Amtes wegen die notwendigen Beweise zu erheben und kann zu diesem Zwecke auch die Parteien heranziehen. Ist aufgrund dieser Massnahmen das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit Wahrscheinlichkeit erstellt - die blosser Möglichkeit genügt nicht -, so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der versicherten Person auswirkt (BGE 116 V 140 Erw. 4b, 114 V 305 Erw. 5b, 111 V 201 Erw. 6b; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50).

2.3. 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).

2.4.4 Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Müdigkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungswise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 360 Erw. 4b).

E. 3

3.1.4 Die ZÄrich lehnte eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. März 2005 im Wesentlichen mit der Begründung ab, ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen fraglichem Vorfall, bezüglich dessen angesichts der divergierenden Hergangsschilderungen des Beschwerdeführers Zweifel beständen, ob beziehungsweise wie er sich tatsächlich ereignet habe, und den geltend gemachten Beschwerden sei aufgrund der langen Latenzzeit der Letzteren nicht Überwiegend wahrscheinlich. Selbst bei Bejahung der natürlichen Unfallkausalität bestehe kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, fehle es doch an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsstörung (vgl. Urk. 2 S. 3 ff.).

3.2.4 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, seine Angaben betreffend Unfallhergang seien durchaus konzis. Dass er erst zehn Tage, nachdem er sich die Verletzung zugezogen habe, einen Arzt konsultiert habe, sei einerseits darauf zurückzuführen, dass sich das fragliche Ereignis unmittelbar vor den Osterfeiertagen zugetragen habe. Andererseits habe er mit einem Arztbesuch vorerst zugewartet, weil er auf eine spontane Abheilung des Gesundheitsschadens gehofft habe. Die Beurteilung der Adäquanz erübrige sich vorliegend, da sich sein Gesundheitszustand laufend verbessert habe, bis schliesslich wieder die volle Arbeitsfähigkeit erreicht gewesen sei (vgl. Urk. 1 S. 2 ff.).

E. 4

4.1.4 Aus den medizinischen Akten geht Folgendes hervor:

Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie, stellte in seinem Bericht vom 9. Juni 2005 (Urk. 8/1) folgende Diagnose:

HWS-Distorsion am 24.03.2005 mit
- Lumbospondylogem Syndrom
- Flache Diskushernie C6/7 mediolateral und intraforaminär links mit C7-Symptomatik links
- Leichte generelle zervikale Degeneration (CT HWS)

vom 12.05.2005)

Die medizinische Behandlung des Patienten habe am 4. April 2005 begonnen. Im Bereich der HWS bestehe eine segmentale Dysfunktion, wobei die Rotation nach links, insbesondere in den mittleren und unteren Ebenen, endphasig zu einem Drittel eingeschränkt sei. Im zervikothorakalen Übergang bestehe eine Hypomobilität. Muskeleigenreflexe, rohe Kraft und Sensibilität seien normal. Bis zum fraglichen Unfall hätten keine Nacken- oder Armbeschwerden bestanden. Beim Heben einer Last sei es am 24. März 2005 zum Abknicken der HWS mit Seitenneigung gekommen; in der Folge seien zunehmend in den linken Ober- und Unterarm, bis in den Daumen und linken Ziegefinger ausstrahlende Schmerzen aufgetreten. Nebst dem Unfall gebe es keine Faktoren, welche Einfluss auf das aktuelle Leiden des Patienten hätten. Dieser sei ab dem 29. April 2005 zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 8/1, Urk. 7/4/2).

Das Röntgenbild vom 4. April 2005 zeigte eine Streckhaltung; betreffend Boden- und Deckplatten fiel der Befund normal aus (vgl. Urk. 8/6).

Das im Auftrag von Dr. B. hinsichtlich einer allfälligen zervikoradikulären Kompression angefertigte CT der HWS vom 12. Mai 2005 (Urk. 8/5) hatte eine flache Diskushernie C6/7 mediolateral und intraforaminär links ergeben. Der Befund könne eine C7-Symptomatik erklären. Es bestehe eine leichte generelle zervikale Degeneration mit Akzentuierung atlanto-dental. Am ehesten sei die Sklerosierung am Wirbel C3 klinisch nicht relevant; das Untersuchungsergebnis betreffend C3 wirke absolut benigne. Der Befund passe eigentlich nicht zu einem Osteoidosteom. Es gebe keine Hinweise für eine Kompression des Halsmarks.

Dr. med. C., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, gab auf entsprechende Anfrage in seinem Schreiben vom 8. August 2005 an die ZÄrlich an, von einem Unfallereignis am 24. März 2005 keine Kenntnis zu haben. Der Beschwerdeführer stehe sporadisch bei ihm in Behandlung. Die letzte Konsultation sei am 2. Juni 2005 wegen Halsbeschwerden erfolgt; ein abnormer Befund habe damals nicht erhoben werden können. Der Patient habe erwähnt, wegen einer zervikalen Diskushernie bei Dr. B. in Behandlung zu stehen (vgl. Urk. 8/3).

Am 18. August 2005 gab Dr. B. an, es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Jede Bewegung - Rotation, Inklination wie auch Flexion - führe zu ausstrahlenden Schmerzen. Dadurch werde auch die Konzentrationsfähigkeit eingeschränkt. Trotz physiotherapeutischer Massnahmen, Steroidstoss und Analgetica dauerten die intensiven Schmerzen an. Geplant sei nun eine CT-gesteuerte Injektion (vgl. Urk. 8/4).

Auf der Abrechnung von Dr. prakt. D. vom 22. Dezember 2005 (Urk. 7/38) für die telefonische komplementärmedizinische Behandlung beziehungsweise die Abgabe homöopathischer Arzneimittel in der Zeit zwischen dem 23. August 2005 und dem 23. September 2005 wurde als Diagnose eine zervikale Diskushernie durch Überhebtrauma genannt.

Ab dem 4. Oktober 2005 attestierte Dr. B. dem Beschwerdeführer für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten wieder eine 30%ige Arbeitsfähigkeit; ab dem 1. Januar 2006 bestand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. Zeugnis vom 2. Februar 2006, Urk. 8/10).

4.6. In seinem Bericht vom 15. Mai 2006 (Urk. 8/11) stellte Dr. B. folgende Diagnose:

Zervikoradikulares Irritationssyndrom mit C7-Symptomatik links nach Unfall mit Abknickmechanismus

Der Patient habe anlässlich der Konsultation vom 26. November 2005, die wegen eines anderen medizinischen Problems erfolgt sei, angegeben, dass die Nackenschmerzen regredient seien; am 6. Dezember 2005 habe er über weiterhin rückläufige Beschwerden berichtet.

E. 5.1

5.1.1. Mit ihrem Hinweis darauf, dass die Hergangsschilderungen des Beschwerdeführers betreffend das Ereignis vom 24. März 2005 in sich nicht stimmig seien (vgl. Urk. 2 S. 5), stellte die ZÄrlich implizite in Frage, ob ein Unfallgeschehen überhaupt dargetan sei.

5.1.2. Aus den Akten geht diesbezüglich Folgendes hervor:

Gemäss Unfallmeldung vom 19. Mai 2005 (Urk. 7/2) hatte der Beschwerdeführer anlässlich einer Umstellung von Büromöbeln eine Tischplatte aus der Verankerung gelöst. Als er diese habe demontieren wollen, habe er einen Knacks im Halsbereich verspürt, worauf schlagartig Schmerzen aufgetreten seien. Auf dem "Frageblatt zur Verletzung" der ZÄrlich (Urk. 7/5) hielt der Beschwerdeführer am 31. Mai 2005 fest, ihm sei, als er kniend von unten die Platte eines Bürotisches habe abmontieren wollen, plötzlich die Tischplatte auf den Kopf gerutscht. Ein Knacks im Halsbereich habe daraufhin schlagartig einen Schmerz ausgelöst. Gegenüber einer Mitarbeiterin der ZÄrlich gab der Beschwerdeführer am 15. Juli 2005 an, er sei beim Versuch, eine Schreibtischplatte zu entfernen, unter das Pult gekrochen und habe links und rechts die Halterung gelöst. Weil die eine Halterung etwas geklemmt habe, sei die etwa 180 cm auf 75 cm messende und ca. 4,5 cm dicke Tischplatte etwa 10 cm herunter gefallen und genau auf seinem Kopf gelandet. Dieser sei leicht nach vorne geneigt gewesen; die Platte sei ihm, als er unter dem Schreibtisch gekniet sei, heftig auf den Hinterkopf gefallen. Dabei sei sein Kinn auf das Brustbein gedrückt worden (vgl. Urk. 7/6 S. 1). Gemäss Berichten von Dr. B. vom 9. Juni 2005 (Urk. 8/1) beziehungsweise 18. August 2005 (Urk. 8/4) kam es am 24. März 2005 beim Heben einer Last - der Beschwerdeführer habe eine Tischplatte über dem Kopf getragen, wobei sich diese gelöst habe - zu einem Abknicken der HWS mit Seitenneigung. Dr. prakt. D. ging von einem Überhebtrauma aus (vgl. Urk. 7/38). Die Partnerin des Beschwerdeführers schliesslich gab an, dieser habe ihr am Abend nach dem Vorfall erzählt, es sei ihm bei der Demontage eines Bürotisches die Tischplatte auf den Kopf gefallen, was - mit einem schlagartigen Knacks im Halsbereich - Schmerzen ausgelöst habe (vgl. Urk. 3/1).

5.1.3. Die verschiedenen zitierten Schilderungen lassen keine klaren Schlüsse betreffend den Hergang des vom Beschwerdeführer behaupteten Ereignisses zu. Aufgrund der - entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 3) tatsächlich widersprüchlichen - aktenkundigen Angaben betreffend den fraglichen Vorfall bleibt unklar, wie es bei der Demontage des Pultes genau zur HWS-Verletzung gekommen sein soll. Nicht einmal die Ausführungen in der Beschwerdeschrift (Urk. 1) vermögen die Diskrepanz zwischen dem geltend gemachten Fallen der Tischplatte und

deren Abrutschen zu erklären. Im Gegenteil wurde beschwerdeweise geltend gemacht, die Tischplatte sei bei deren Demontage unplanmäßig weggerutscht oder weggefallen - eine Konkretisierung sei nicht erforderlich, da es sich bei den genannten Abläufen um den selben Vorgang handle (vgl. Urk. 1 S. 3). Dem kann - auch im Hinblick auf die diagnostizierte HWS-Distorsion, betreffend deren natürliche Unfallkausalität die Frage, ob es zu einem Schleudertrauma der HWS beziehungsweise einem diesem äquivalenten Verletzungsmechanismus gekommen ist, von erheblicher Bedeutung ist - nicht beigepflichtet werden.

Unklar bleibt im Weiteren, ob der Beschwerdeführer unter dem Tisch kniete, oder ob er diesen beziehungsweise dessen Platte trug, als er sich verletzte. Zwar stellte der Beschwerdeführer die Unfalldarstellung von Dr. B., der angab, zur Verletzung sei es beim Heben beziehungsweise Tragen einer Tischplatte gekommen (vgl. Urk. 8/1, Urk. 8/3), als falsch dar (vgl. Urk. 1 S. 3), allerdings findet Dr. B.'s Sachverhaltsdarstellung im Wesentlichen im von Dr. prakt. D. erwähnten Überhebtrauma (vgl. Urk. 7/38) eine Bestätigung.

Die vorhandenen, erheblich voneinander abweichenden Sachverhaltsdarstellungen können nicht etwa im Sinne genereller beziehungsweise präziser Ausführungen verstanden werden, handelt es sich doch tatsächlich um die Beschreibung verschiedener Vorgänge. Unklar ist - und bleibt auch in der Beschwerdeschrift (vgl. Urk. 1 S. 3) - nicht nur, wie die Tischplatte auf den Kopf des Beschwerdeführers gelangte, sondern auch, welchen Effekt sie auf diesen hatte. So ist einerseits die Rede von seitlichem Abknicken (respektive Abknicken mit Seitenneigung, vgl. Urk. 8/1, Urk. 8/4, Urk. 1 S. 3), andererseits machte der Beschwerdeführer gelten, die Tischplatte sei bei leicht nach vorne geneigtem Kopf auf seinen Hinterkopf gefallen, weshalb das Kinn gegen das Brustbein gedrückt worden sei (vgl. Urk. 7/6 S. 1).

Die Widersprüche in den verschiedenen Schilderungen betreffend den Hergang des behaupteten Unfallereignisses werden in der Beschwerdeschrift - wie dargelegt - nicht ausgeräumt, sondern geradezu bekräftigt. Indem der Beschwerdeführer auch in der Beschwerde vom 10. September 2006 (Urk. 1) keine klaren Angaben dazu machte, ob die Tischplatte gefallen oder gerutscht sei beziehungsweise ob der Kopf nach hinten oder zur Seite gedrückt worden sei, entsteht der Eindruck, dass er sich nicht auf einen konkreten Sachverhalt festlegen wollte. Auch die behauptete Unrichtigkeit der Darstellung des behandelnden Arztes Dr. B. (Abknicken der HWS beim Heben einer Last, vgl. Urk. 8/1, Urk. 8/4) ist mit der Begründung, "Arzte umschrieben den Unfallhergang in der Regel "nicht allseits befriedigend" (vgl. Urk. 1 S. 3) - gerade angesichts der Tatsache, dass die Angabe von Dr. B. durch diejenige von Dr. prakt. D. (vgl. Urk. 7/38) in ihrem Kern bestätigt wird - nicht überzeugend dargetan.

Dass der Beschwerdeführer es - trotz des ausdrücklichen Hinweises im Einspracheentscheid der Zürich, dass Zweifel am vorgebrachten Ereignis beziehungsweise dessen Hergang beständen (vgl. Urk. 2 S. 5) - unterliess, Klarheit betreffend den Ereignishergang zu schaffen, ist in keiner Weise nachvollziehbar. Mit seinen divergierenden respektive diffusen und in Widerspruch zu den ärztlichen Angaben (vgl. Urk. 8/1, Urk. 8/3, Urk. 7/38) stehenden Ausführungen hat der Beschwerdeführer die für eine Zusprechung von Unfallversicherungsleistungen erforderlichen anspruchsbegründenden Voraussetzungen nicht glaubhaft gemacht; entsprechend

erscheint das Vorliegen eines Unfalls nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Leistungsverweigerung der ZÄrlich in Bezug auf das Ereignis vom 24. März 2005 ist daher zu Recht erfolgt.

E. 5.2

5.2.1.1 Selbst wenn vom Vorliegen eines Unfalls im Sinne von Art. 4 ATSG ausgegangen würde, wäre die ZÄrlich nicht leistungspflichtig, fehlte es doch - wie nachfolgend darzulegen ist - an einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen fraglichem Vorfall und Gesundheitsstörung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der beim Ereignis vom 24. März 2005 zugezogenen HWS-Distorsion unter keiner objektivierbaren somatischen Gesundheitsstörung litt (vgl. Urk. 8/5, Urk. 8/6). Die geklagten Beschwerden beschränkten sich sodann gemäss den zitierten Arztberichten auf eine segmentale Dysfunktion im Bereich der HWS (Einschränkung der Rotation), eine Hypomobilität im zervikothorakalen Übergang sowie in den linken Arm beziehungsweise in die linke Hand bis in den Daumen und den Zeigefinger ausstrahlende Schmerzen (vgl. Berichte Dr. B. vom 9. Juni 2005 [Urk. 8/1] und vom 18. August 2005 [Urk. 8/4]). Die zudem von Dr. B. erwähnte Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit (Urk. 8/4) war gemäss dessen Angaben schmerzbedingt; von einem selbständigen Symptom im Sinne einer neuropsychologischen Störung ist daher nicht auszugehen. Über weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen berichtete Dr. B. nicht. Von einer für ein Schleudertrauma der HWS typischen Häufung von Beschwerden im Sinne von BGE 117 V 360 Erw. 4b kann beim Beschwerdeführer daher nicht gesprochen werden (vgl. auch Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen H. vom 7. Juni 2006, U 480/05).

5.2.2.1.1 Gegen einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen der diagnostizierten HWS-Distorsion spricht im Übrigen auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer erst am 4. April 2004 und damit zehn Tage nach dem fraglichen Vorfall einen Arzt aufsuchte, obwohl er wiederholt auf schlagartig aufgetretene Schmerzen hinwies (vgl. Urk. 7/2, Urk. 7/5, Urk. 1 S. 3, Urk. 3/1). Weder lässt sich diese lange Zeitspanne mit den zwischen Vorfall und Erstkonsultation liegenden Osterfeiertagen plausibel erklären, noch vermag die Begründung des Beschwerdeführers, er habe auf eine Spontanheilung gehofft, angesichts der geltend gemachten, von Anfang an bestehenden starken Schmerzen zu überzeugen. Gemäss den Angaben der Lebenspartnerin des Beschwerdeführers, welche als Physiotherapeutin tätig ist und einen Lehrauftrag an einem Spital hat, sollen die Schmerzen sich nach Ostern gar noch derart verstärkt haben, dass der Beschwerdeführer in der Nacht vom 2. auf den 3. April 2005 so laut über "schlimmste, unerträgliche Schmerzen" geklagt habe, dass sie im Nebenzimmer darob erwacht sei (vgl. Urk. 3/1 S. 1). Dass der Beschwerdeführer dennoch nicht etwa am Folgetag einen Arzt aufsuchte, sondern noch einen weiteren Tag (und eine weitere Nacht) zuwartete, ist in keiner Weise nachvollziehbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Anbetracht der gesamten Umstände hat die ZÄrlich zu Recht darauf hingewiesen, dass erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Darstellung des Beschwerdeführers bestanden (vgl. Urk. 2 S. 4). Zwar ist gemäss Rechtsprechung nicht erforderlich, dass im Anschluss an ein Schleudertrauma sofort ein Arzt aufgesucht wird. Verlangt wird für die Bejahung einer entsprechenden Verletzung lediglich, dass

innert kurzer Zeit, maximal aber 72 Stunden nach dem Unfall, Beschwerden im Bereich der HWS auftreten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen H. vom 5. Februar 2001, U 250/99). Dies hat der Beschwerdeführer zwar geltend gemacht, doch erscheint dies aufgrund der langen Zeitspanne zwischen Vorfall und erstem Arztbesuch beziehungsweise der - wie dargelegt - nicht einleuchtenden diesbezüglichen Begründungen als nicht überwiegend wahrscheinlich. Da nicht zu erwarten ist, dass eine mündliche - zusätzlich zur bereits erfolgten schriftlichen (vgl. Urk. 3/1) - Äusserung der Lebenspartnerin des Beschwerdeführers Erkenntnisse brächte, welche die spätere Arztkonsultation nachvollziehbar erscheinen liessen, erbringt sich deren Einvernahme als Zeugin (vgl. Urk. 1 S. 4).

5.2.3.3. Hinzuweisen ist schliesslich darauf, dass der Beschwerdeführer am 2. Juni 2005 und damit gut zwei Monate nach dem fraglichen Ereignis gegenüber Dr. med. C., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, angab, er stehe bei Dr. B. wegen einer zervikalen Diskushernie in Therapie. Bereits in der Unfallmeldung UVG vom 19. Mai 2005 wurde - ausschliesslich - der sechste Halswirbel als betroffener Körperpartei angegeben und als Antwort auf die Frage nach der Art der Schädigung - ebenfalls ausschliesslich - eine Diskushernie angeführt (vgl. Urk. 7/1). Die Diskushernie C6/7 ist aber degenerativer Natur (vgl. Bericht CT vom 12. Mai 2005 [Urk. 8/5]), was vom Beschwerdeführer nie in Abrede gestellt wurde. Die gegenteilige Annahme von Dr. prakt. D. (Urk. 7/38) findet in den weiteren medizinischen Akten keine Stütze und wurde offenbar lediglich aufgrund telefonischer Angaben des Beschwerdeführers getroffen. Auffallend ist, dass - trotz der Diagnose einer C7-Symptomatik (vgl. Urk. 8/1) - in keinem der Berichte von Dr. B. je Beschwerden im Zusammenhang mit der fraglichen Diskushernie erwähnt wurden; vielmehr hielt der genannte Arzt am 9. Juni 2005 ausdrücklich fest, dass im Heilungsverlauf keine unfallfremden Faktoren mitspielten (Urk. 8/1). Allerdings gab Dr. B. selbst das CT der HWS vom 12. Mai 2005 - bei Klinik eines chronischen zervikoradikulären Reizsyndroms links - in Auftrag (vgl. Urk. 8/5); eine Stellungnahme des genannten Arztes zum CT-Befund, welcher die Diskushernie C6/7 in Zusammenhang mit einer C7-Symptomatik brachte, ist nicht vorhanden. Für eine Traumatisierung der Diskushernie durch den Vorfall vom 24. März 2005 im Sinne der Auslösung eines Beschwerdeschubes oder einer richtunggebenden Verschlimmerung gibt es in den medizinischen Akten keine Hinweise.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des Gesagten stellt sich zumindest die Frage, ob die vom Beschwerdeführer ab dem 4. April 2005 ärztlich behandelten und eine temporäre Arbeitsunfähigkeit zeitigenden Beschwerden nicht allenfalls auf die degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule zurückzuführen sind. Diese verursachten nämlich - wenn auch in den vorhandenen Arztberichten so nie explizite bestätigt - durchaus Schmerzen (vgl. Urk. 8/1, Urk. 8/3, Urk. 7/1). In Anbetracht der gemäss obigen Ausführungen ohnehin zu Recht erfolgten Verneinung der Leistungspflicht der Zürich im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. März 2005 und der Tatsache, dass nicht die Beschwerdegegnerin den Beweis für unfallfremde Ursachen der Gesundheitsstörung des Beschwerdeführer zu erbringen hat, sondern es diesem obliegt, die Unfallkausalität seiner Beschwerden darzutun, erbringt sich weitere entsprechende Abklärungen ohnehin.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld
- "Zürich" Versicherungs-Gesellschaft
- Bundesamt für Gesundheit
- Provita Krankenkasse

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 C._____ern, 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.