

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00364 vom 8. April 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-04-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2008.00364

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00364 du 8 avril 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2008.00364 del 8 aprile 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Hiergegen erhob X. am 20. Oktober 2008 Beschwerde, die er nach Fristansetzung durch das hiesig Gericht (VerfÄ¼gung vom 10. November 2008, Urk. 4) um das sinngemÄ¼sse Rechtsbegehren, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten, ergÄ¼nzte und den angefochtenen Entscheid ins Recht legte (Urk. 2 und Urk. 6).

2.2. Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2009 (Urk. 11 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 12/1-48) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde mit VerfÄ¼gung vom 19. Februar 2009 (Urk.13) der Schriftenwechsel geschlossen.

2.3. Am 22. November 2008 (Urk. 15, richtig: 17. MÄ¼rz 2009, vgl. Fax-Eingabe, Urk. 14) liess der BeschwerdefÄ¼hrer weitere medizinische Berichte (Urk. 16/1-5) auflegen, welche der Beschwerdegegnerin mit VerfÄ¼gung vom 24. MÄ¼rz 2009 zur Kenntnisnahme zugestellt wurden (Urk. 17).

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden ErwÄ¼gungen eingegangen.

Das Gericht zieht in ErwÄ¼gung:

1.Ä¼ber

1.1. Die Beschwerdegegnerin hatte eine Ä¼ber den 27. August 2007 hinausgehende ArbeitsunfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers und damit einen Anspruch auf weitere Taggeldleistungen verneint (Urk. 2 S. 5). ErgÄ¼nzend hielt sie fest, angesichts eines fehlenden organisch objektivierbaren Korrelates fÄ¼r die geklagten Beschwerden sei fraglich, ob auf das Beurteilungsprofil der Rehaklinik E. abzustellen sei, lasse sich doch bei fehlenden organischen Unfallfolgen eine ArbeitsunfÄ¼higkeit auch nicht in einem kÄ¼rperlich anstrengenden Beruf begrÄ¼nden (Urk. 11 S. 4). Selbst ein Einkommensvergleich fÄ¼hre nicht zu einer Leistungspflicht. Zusammenfassend hielt die Beschwerdegegnerin dafÄ¼r, die geklagten Beschwerden seien nicht Ä¼berwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis zurÄ¼ckzufÄ¼hren, weshalb eine vollumfÄ¼ngliche ArbeitsunfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers im bisherigen Beruf als Polier bestehe (Urk. 11 S. 5).

1.2. DemgegenÄ¼ber brachte der BeschwerdefÄ¼hrer im Wesentlichen vor, die medizinischen Untersuchungen in A. hÄ¼tten zu einem dem Ergebnis der Rehaklinik E. entgegengesetzten Resultat gefÄ¼hrt. Es sei offensichtlich, dass die

Schmerzen, an welchen er leide, unfallbedingt seien (Urk. 1 S. 2). Anders sei es nicht zu erklären, dass er sich in ärztlicher Behandlung befinde und Medikamente benütze (Urk. 6).

2.4.4.4

2.1.4.4 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). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2.4.4 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 entfiere (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).

2.3.4.4 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 Ã¼berwiegenden Beweisgrad der Ã¼berwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45; BGE 119Ã V 9 Erw. 3c/aa). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegrÃ¼ndender natÃ¼rlicher 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).

2.4Ã Ã Ã Die Verwaltung als verÃ¼rgende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dÃ¼rfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen Ã¼berzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der Ã¼berwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fÃ¼llen. Die blosser MÃ¶glichkeit eines bestimmten Sachverhalts genÃ¼gt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen mÃ¶glichen GeschehensablÃ¤ufen als die wahrscheinlichste wÃ¼rdigt (BGE 126Ã V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.).

E. 3

3.1Ã Ã Ã GemÃ¤ss Bericht des Spitals Z.____, vom 9. November 2006 (Urk. 12/2) fiel dem BeschwerdefÃ¼hrer eine Eisenstange aus etwa 20 Metern HÃ¶he auf die linke Schulter/RÃ¼cken. Weder die RÃ¼ntgenuntersuchung der linken Scapula (Schulterblatt) noch des Thorax fÃ¼hrte zur Visualisierung von frischen ossÃ¤ren LÃ¤sionen. Ein Pneumothorax oder Erguss waren nicht festzustellen. Die Ã¤rzte erhoben an der linken Schulter eine starke Druckdolenz sowie eine SchÃ¼rfwunde Ã¼ber der Spina scapulae. Die Armabduktion und Retroversion erwiesen sich als sehr schmerzhaft, jedoch uneingeschrÃ¤nkt durchfÃ¼hrbar. Die Anteversion zeigte sich normal, der Lift off-Test und Jobe Test aufgrund starker Schmerzen als nicht Ã¼berprÃ¼fbar. Die Ã¤rzte diagnostizierten eine Scapulakontusion links und empfahlen, bei Schmerzpersistenz und bleibender BewegungseinschrÃ¤nkung Ã¼ber 10 bis 14 Tage eine Rotatorenmanschettenruptur mittels MRI-Untersuchung auszuschliessen. Vom 9. bis zum 17. November 2009 bestehe eine vollstÃ¤ndige ArbeitsunfÃ¤higkeit.

3.2Ã Ã Ã Das Medizinische Versorgungszentrum A.____ B.____ stellte mittels MRT-Untersuchung der BWS vom 12. Januar 2007 (Urk. 12/4/3) fest, es bestehe eine linkskonvexe skoliotische Fehlhaltung mit Scheitelpunkt auf HÃ¶he Th5/6, bei Th6/7 zeige sich ein kleiner medianer Bandscheibenprolaps, welcher aber nicht raumfordernd sei. Ein Myelopathiesignal sei nicht festgestellt worden, die Ã¼brigen Bandscheiben seien intakt. Hinweise auf eine Einblutung in die Bandscheiben gebe es keine. Endlich seien weder ein KnochenmarksÃ¶dem noch ein Hinweis auf eine Fraktur festgestellt worden.

3.3Ã Ã Ã Dr. C.____ nannte am 17. Januar 2007 (Urk. 12/4/1-2) die Diagnosen eines Zustandes nach Schulterprellung mit Scapulakontusion links und sekundÃ¤r verheilter SchÃ¼rfwunde, eine funktionelle BewegungseinschrÃ¤nkung im Bereich der linken Schulter sowie eine Blockierung im Bereich der oberen BWS. Er fÃ¼hrte aus, der BeschwerdefÃ¼hrer klage noch Ã¼ber Schmerzen und deutliche BewegungseinschrÃ¤nkungen im Bereich der linken Schulter und oberen BWS, wobei unter Krankengymnastik eine langsame Besserung eingetreten sei. Die Arbeitsaufnahme sei

zu 100 % auf Ende Januar 2007 vorgesehen.

3.4. Dr. med. F.____, Medizinisches Versorgungszentrum A.____ G.____, notierte am 30. Januar 2007 (Urk. 12/6), eine spinale cervicale MRT habe eine geringe Spondylochondrosis intervertebralis bei C3/4 bis C6/7 gezeigt. Hauptbefund sei jedoch ein breitbasiger, linksbetonter, teils spondylophyt-überbauter NPP (Nucleus-pulposus-prolaps) bei C5/6 sowie moderate unkarthrotische Ausziehungen rechtsseitig in dieser Höhe. Es bestehe eine mögliche Alteration der linken Wurzel C6 am Eintritt in das Neuroforamen der rechten Wurzel C6 intraforaminär. Hinweise auf eine cervicale Myelopathie gebe es nicht, ebenso fehle ein Liquorpassagestopp.

Am 23. März 2007 (Urk. 12/8/1) berichtete dieser Arzt, als Alternative zu operativen Massnahmen sei zweimal eine periradikuläre Therapie im Segment C5/6 durchgeführt und zur Stabilisierung der HWS-Muskulatur sowie zur Aufhebung der muskulären Dysbalance Krankengymnastik verordnet worden.

3.5. Der behandelnde Arzt Dr. C.____ - als neue Diagnose nannte er ein Wurzelreizsyndrom C5/C7 links bedingt durch einen BS-Prolaps im Segment C5/C6 und Th6/7 - schilderte mit Zwischenbericht vom 26. März 2007 (Urk. 12/7), der Beschwerdeführer klagt nun zusätzlich über Parästhesien besonders im Bereich der linken Hand. Teilweise sei die grobe Kraft eingeschränkt und es beständen Schmerzen. Der Arzt führte aus, gemäss Angaben des mitbehandelnden Neurochirurgen sei es durch den Unfall zur Auslösung bzw. zu einer wesentlichen Verschlechterung eines eventuell vorher bestehenden Bandscheibenvorfalles gekommen. Eine pararadikuläre Infiltrationstherapie habe keine wesentliche Besserung erzielt. Demgegenüber habe die Krankengymnastik zu einer geringfügigen Linderung der Schmerzsymptomatik geführt. Die grobe Kraft links sei nach wie vor eingeschränkt. Dr. C.____ notierte, das Ende der Behandlung - und damit auch die Wiederaufnahme der Arbeit - sei noch nicht absehbar.

3.6. Gegenüber SUVA-Kreisarzt Dr. D.____ berichtete der Beschwerdeführer am 12. Juni 2007 (Urk. 12/10), er leide noch immer an Schmerzen zwischen den Schulterblättern; dort gebe es eine Blockade. Auch im Nackenbereich verspüre er Schmerzen bis zum Scheitel. Dr. D.____ notierte, der Beschwerdeführer habe sich flüssig bewegt und seine Reisetasche bald rechts bald links getragen. Im mittel- und hochthorakalen Bereich habe der Beschwerdeführer inkonstant Beschwerden angegeben. Eine wesentlich verspannte Muskulatur sei nicht zu erheben gewesen. Über den Rhomboidei habe der Beschwerdeführer eine Druckschmerzhaftigkeit angegeben, einmal rechts-, dann linksbetont. Bisweilen habe sich auch der Bereich über der Scapula rechts wie links als druckempfindlich gezeigt. Die HWS sei gut beweglich. Palpatorisch habe keine Besonderheit der Nuchalmuskulatur (mit Ausnahme der erwähnten Rhomboidei) ausgemacht werden können. Die Schmerzangabe habe sich inkonstant erwiesen. Beim Testen der Schulterfunktion - der Beschwerdeführer habe phasenweise Grimassen gezeigt - sei eine Dysharmonie im Bewegungsablauf nicht feststellbar gewesen, ebenso wenig eine wesentliche Funktionseinschränkung. Bei der Durchführung einer Liegestütze seien die Scapulae beidseits gut stabilisiert worden. Auch das körpernahe Hochstimmen der Faust sei mit guter Kraft gelungen, Ellbogen-, Hand- und Fingergelenke hätten sich frei bewegt. Sensibilitätsstörungen seien nicht angegeben worden, das Reflexbild an den oberen Extremitäten sei symmetrisch. Dr. D.____ hielt zusammenfassend fest, eine wesentliche Funktionseinschränkung habe sich nicht erheben

lassen. Die subjektiv empfundenen Schmerzen hÄtten sich nicht klar zuordnen lassen. Das im Verlauf erstellte MRI der HWS habe eine Beengung der Wurzel C6 links als mÄglich erachten lassen; aktuell fehle jedoch jegliche Wurzelsymptomatik, so dass der Befund als belanglos einzustufen sei. Gleiches habe fÄr den kleinen Bandscheibenprolaps auf Niveau T6/7 zu gelten (Urk. 12/10/3). Der Arzt erklÄrte, er habe vom BeschwerdefÄhrer einen zwiespÄltigen Eindruck gewonnen. Ein Leidensdruck sei nicht zu spÄren, das Verhalten des BeschwerdefÄhrers mit den Klagen Äber die kurzfristig einschliessenden Schmerzen etwas bizarr gewesen. Fest stehe jedenfalls, dass der BeschwerdefÄhrer dekonditioniert sei, weshalb er ihm einen stationÄren Aufenthalt im Sinne eines Work Hardening angeboten habe. Er hoffe, der BeschwerdefÄhrer sei nach seiner Entlassung wieder voll arbeitsfÄhig. Bereits heute bestÄnden keine klaren GrÄnde fÄr die bis heute andauernde ArbeitsunfÄhigkeit (Urk. 12/10/4).

3.7ÄÄÄÄ Med. pract. H.____ und Dr. med. I.____, Oberarzt, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, beide Rehaklinik E.____, notierten nach dem stationÄren Aufenthalt des BeschwerdefÄhrers vom 10. Juli bis zum 21. August 2007 (Bericht vom 12. September 2007 Urk. 12/28), der BeschwerdefÄhrer habe Äber Schmerzen glÄhender QualitÄt und von ausgeprÄgter IntensitÄt interskapulÄr, links stÄrker als rechts, geklagt. Bei Exazerbation der Schmerzen entstehe ein TaubheitsgefÄhl mit KribbelparÄsthesien am volaren Unterarm, volar bis in die HandflÄche und alle Finger (Urk. 12/28/4). Die am 15. August 2007 durchgefÄhrte elektroneurographische Beurteilung habe jedoch einen regelrechten neurografischen Befund ergeben, wobei die Untersuchung mit F-Wellen wegen befÄrchteter Schmerzen nicht toleriert worden sei. Gesamthaft hÄtten weder der klinische noch der elektroneurographische Befund oder die vorliegende bildgebende Diagnostik auf eine radikulÄre oder peripher axonale SchÄdigung neuraler Strukturen im Bereich der linken Hand hingewiesen. Die Ärzte erklÄrten, es sei von einer myofascialen Symptomatik der linken Schulterregion, begÄnstigt durch die Fehlstatik des Achsenskelettes und der muskulÄren Dysbalance der Schulterblattstabilisatoren, auszugehen (Urk. 12/28/2). Sie fÄhrten im Weiteren aus, zu Beginn der Therapie sei die Leistungsbereitschaft des BeschwerdefÄhrers als im Wesentlichen gut beurteilt worden, und es habe eine mÄssige Verbesserung der Belastungstoleranz erreicht werden kÄnnen. Im weiteren Verlauf hÄtten jedoch die Verhaltensbeobachtungen bei den Tests und im Training auf eine klare Selbstlimitierung hingewiesen. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hÄtte erbracht werden kÄnnen. Das Ausmass der demonstrierten physischen EinschrÄnkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunde der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Diagnostik aus somatischer Sicht nicht erklÄren. GestÄtzt auf medizinisch-theoretische Äberlegungen, ergÄnzt durch die Beobachtungen bei den Leistungstest und im Behandlungsprogramm, sei die bisherige TÄtigkeit als Baupolier aktuell als nicht zumutbar zu betrachten. DemgegenÄber sei eine mindestens leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeit ganztags mÄglich (Urk. 12/28/2). Abschliessend empfahlen die medizinischen SachverstÄndigen ein weiterfÄhrendes, konditionierendes, physiotherapeutisch begleitetes Trainingsprogramm im Sinne eines MTT zur Erhaltung/weiteren Steigerung der bisher erreichten Belastbarkeit (Urk. 12/28/8).

3.8ÄÄÄÄ Dr. med. J.____, FachÄrztin Neurologie, A.____, erhob am 26. November 2007 (Urk. 12/44/3) leichte, nicht floride Denervierungszeichen an allen untersuchten Muskeln (C5-C7 links), bei einer Betonung fÄr C6 links.

3.9. Mit Bericht vom 10. Juni 2008 (Urk. 12/44/2) diagnostizierten die Dres. med. K., L. und M., A., ein lokales thorakales Schmerzsyndrom, ein spondylophytischer NPP med. lateral C5/6 links sowie eine Uncarthrose und Spondylose mit Radikulopathie C6 links und nannten den Verdacht einer psychosomatischen Schmerzstellung. Sie führten aus, die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden liessen sich kaum in dem Masse mit den MRT-Befunden erklären. Ihnen schein eine psychosomatische Kogenese sehr wahrscheinlich, wobei sie auf den Rechtsstreit um BG(berufsgenossenschaftliche)-Anerkennung hinwiesen. Zudem hielten die Ärzte fest, die MRT-Befunde der HWS erweckten den Eindruck einer Verbesserung. Eine orthopädische Therapiemöglichkeit sei abgesehen von der physiotherapeutischen Begleitung nicht zu benennen.

3.10. In Beurteilung der aufliegenden medizinischen Akten hielt Dr. D. am 26. August 2008 (Urk. 12/46) dafür, leichte Denervierungszeichen an den Wurzeln C5 bis C7, welche als nicht floride eingestuft würden, stellten nach Auskunft eines Neurologen unspezifische Befunde dar. Dies belege, dass die fraglichen Wurzeln, welche früher einmal geschädigt worden seien, wieder voll funktionieren könnten. Dies insbesondere bei unauffälliger klinischer Untersuchung, wie sie beim Beschwerdeführer vorliege. So habe denn auch PD Dr. med. N., Rehaklinik E., eine frei bewegliche HWS erhoben, was bei einer floriden Wurzelaffektion von C5 bis C7 nicht zu erwarten wäre. Demgemäss vermöge die neurologische Untersuchung vom 26. November 2007 die Beschwerden nicht zu erklären. Zudem hätten sich auch die Orthopäden in A. am 10. Juni 2008 die geklagten Beschwerden nicht erklären können, eine psychosomatische Genese als sehr wahrscheinlich erachtet und die Situation als chronifiziert und kaum mehr therapierbar eingeschätzt. Damit stehe man am gleichen Punkt, wie anlässlich der Entlassung aus der Rehaklinik E.. Ergänzend hielt Dr. D. fest, der Beschwerdeführer habe sich während der wenigen Arbeitstage in der Schweiz nicht an die schwere Arbeit, welche hierzulande von einem Baupolier verlangt werde, gewöhnt. Gemäss seinen Schilderungen handle es sich bei der Tätigkeit des Baupoliers in Deutschland um eine vorwiegend organisatorische, höchstens leicht- bis mittelschwere Arbeit. Dieses Belastbarkeitsniveau sei bereits bei der Entlassung aus der Rehaklinik wieder erreicht gewesen. Der Aufbau eines höheren Belastbarkeitsniveaus, wofür pathologisch/anatomisch keine Kontraindikationen beständen, hätten ein Training und eine Belastungsexposition von mindestens drei bis sechs Monaten vorausgesetzt, womit der Beschwerdeführer frühestens im Frühjahr 2007 das entsprechende Niveau erreicht hätte. Bei Berücksichtigung dieses Faktor sei davon auszugehen, dass bei der Entlassung des Beschwerdeführers aus der Rehaklinik E. der Status quo ante erreicht gewesen sei (Urk. 12/46/2).

3.11. Dr. med. O., Facharzt für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie, Klassische Homöopathie, diagnostizierte mit Bericht vom 26. Januar 2009 (Urk. 16/5) ein HWS-Syndrom mit Kopfschmerz und belastungsabhängiger Parästhesie/Hypästhesie Th1/C8 links bei degenerativer Veränderung mit Pelottierung des Durasacks C4-C7 und NPP D6/7 ohne RF.

3.12. Am 16. März 2009 erklärte Dr. C. (Urk. 16/2), beim Beschwerdeführer handle es sich um einen chronischen Schmerzpatienten, bedingt durch ein HWS/BWS-Syndrom mit Kopfschmerzen und belastungsabhängiger Parästhesie bei degenerativen Veränderungen der HWS, BWS und einem Bandscheibenvorfall im

Segment Th6/Th7. Die genannten Diagnosen seien als Folge eines im November 2006 stattgefundenen Arbeitsunfalls aufgetreten, wobei der Beschwerdeführer nicht wieder schmerz- und beschwerdefrei geworden sei. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe weiterhin.

E. 4

4.1 Aus den medizinischen Akten erhellt, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfallereignisses vom 9. November 2006 eine Kontusion des linken Schulterblattes zuzog, sonstige Läsionen oder andere unfallbedingte Verletzungen demgegenüber nicht festzustellen waren (Erw. 3.1). Auch die MRT-Untersuchung vom 12. Januar 2007 visualisierte weder Einblutungen, noch ein Knochenmarködem oder eine Fraktur. Objektivierbar waren im Wesentlichen einzig eine linkskonvexe skoliotische Fehlhaltung, ein kleiner nicht raumfordernder Bandscheibenprolaps bei Th6/7 (Erw. 3.2) sowie ein Bandscheibenprolaps bei C5/6 und eine unkarthrotische Ausziehung auf dieser Höhe (Erw. 3.4). Dabei handelt es sich jedoch offensichtlich um degenerative (vgl. auch Erw. 3.11-3.12) und damit unfallfremde Leiden, entspricht es doch einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise unter besonderen Voraussetzungen als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Dies weitestgehendst dann, 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 vom 18. Januar 2008 i.S. L., 8C_281/2007, Erw. 5.2.1). Zwar fiel dem Beschwerdeführer ein Eisenstück aus beachtlicher Höhe auf die Schulter (Erw. 3.1). Ein besonders schweres Ereignis, welches im Sinne der Rechtsprechung geeignet gewesen wäre, eine Diskushernie zu verursachen, kann darin aber dennoch nicht erblickt werden, waren unfallnah doch ausser einer Scapulakontusion keine (frischen) Pathologien zu erheben (vgl. insbesondere Erw. 3.2). Eine unfallkausale Verursachung der Bandscheibensymptomatik fällt damit ausser Betracht.

4.2 Ebenso fehlt es am Nachweis einer richtunggebenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes, müsste eine solche doch radioskopisch ausgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2008 i.S. H., 8C_17/2007, Erw. 3.2; RKUV 2000, S. 45).

4.3 Selbst wenn mit Dr. C. (Erw. 3.5) davon ausgegangen würde, die Bandscheibenvorfälle seien durch das Unfallereignis ausgelöst - nicht aber verursacht - worden, so wäre nach dem derzeitigen medizinischen Wissenstand der Status quo sine spättestens nach einem Jahr als erreicht zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2008 i.S. B., 8C_684/2007, Erw. 4.4). Dies steht denn auch in Übereinstimmung mit der ärztlichen Berichterstattung. Bereits im Juni 2008 hatte Kreisarzt Dr. D. weder eine deutlich verspannte Muskulatur noch eine wesentliche Funktionseinschränkung der oberen Extremitäten oder eine Wurzelsymptomatik bei C6 links festgestellt, sondern im Gegenteil dafür gehalten, der Befund sei als belanglos einzustufen und klare Gründe für eine andauernde Arbeitsunfähigkeit fehlten (Erw. 3.6). Die Ärzte der Rehaklinik E. erklärten in der Folge, das durch den Beschwerdeführer demonstrierte Ausmass der physischen Einschränkung lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nicht erklären (Erw. 3.7), und die Dres. K., L. und M. führten gar aus, der Befund an der HWS

