

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00236

vom 30. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00236

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00236 du 30 avril 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00236 del 30 aprile 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1956 geborene X.____ war nach einer Tätigkeit als Informa tiker seit dem 1. Mai 2013 arbeitslos und bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 29. November 2013 liess er der Suva mitteilen, dass er am 15. November 2013 einen Auffahrunfall erlitten und sich dabei ein Schleudertrauma zugezogen habe (Urk. 9/1). Die am 18. November 2013 konsultierte erstbehandelnde Dr. med. Y.____, FMH Innere Medizin, stellte die vorläufige Diagnose eines kranio-zervikalen Beschleunigungstraumas Grad I nach Quebec Task Force (QTF; Bericht vom 9. Dezember 2013; Urk. 9/8). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld; Urk. 9/3) und stellte diese mit Mitteilung vom 19. Juni 2015 per 30. Juni 2015 ein (Urk. 9/94).

Am 3. August 2015 teilte der Versicherte der Suva einen am 21. Juni 2015 erlittenen weiteren Unfall mit, bei welchem er einen heftigen Schlag im Nacken und am rechten Ellbogen verspürt habe (Urk. 9/104). Der am 23. Juni 2015 konsultierte erstbehandelnde Dr. med. Z.____, Chirurgie FMH, erhob als vorläufige Diagnose einen Status nach Präsynkope mit Beinschwäche links und Sturz zu Boden (Urk. 10/4 S. 2). Die Suva zog daraufhin ihren Entscheid vom 19. Juni 2015 betreffend Leistungseinstellung zurück und erbrachte rückwirkend ab 1. Juli 2015 weiterhin die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Tag geld ; Mitteilung vom 28. Oktober 2015; Urk. 9/116).

Mit Verfügungen vom 25. Februar 2016 schloss die Suva den Fall per 29. Februar 2016 ab und stellte ihre Leistungen ein. Den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneinte sie mit der Begründung, es lägen keine adäquaten Unfallfolgen vor (Urk. 9/128 und Urk. 10/32).

Die vom Versicherten gegen diese Entscheidung erhobene Einsprache vom 23. März 2016 (Urk. 9/130) hiess die Suva mit Einspracheentscheid vom

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass

Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Die hier zu beurteilenden Unfälle haben sich am 15. November 2013 und am 21. Juni 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden den Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 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 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für die se Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise 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 359 E. 4b).

E. 1.5

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 1. 6

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (BGE 138 V 248 E. 5.1 mit Hinweis). Ob eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1).

E. 1.7

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zu rückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er

dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzu beziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/aa und 367 E. 6a).

E. 1.8

Den

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/bb/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

(ATSG) vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass keine strukturell ausgewiesenen, unfallkausalen Schädigungen vorhanden seien. Die erhobenen Diskusschädigungen seien krankhafter Natur. Beim Ereignis vom 21. Juni 2015 habe es

sich um eine Rückenkontusion im Sinne einer nicht richtungsgebenden Traumatisierung eines Vorzustandes gehandelt. Eine solche Verletzung sei spätestens nach einem Jahr abgeheilt. Die Leistungseinstellung sei deshalb auf den 21. Juni 2016 festzusetzen (S. 6-8). Zwischen den Unfällen und den weiterhin geklagten, strukturell nicht nachweisbaren Beschwerden bestehe - aus näher dargelegten Gründen - kein adäquater Zusammenhang (S. 8-15).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) hielt sie ergänzend fest, der im Einspracheentscheid geschilderte Unfallhergang entspreche den Polizeiakten. Beim Unfall habe es sich um eine lediglich leichte Auffahrkollision gehandelt. Der Beschwerdeführer sei dementsprechend nach dem Unfall mit seinem Auto weiter gefahren und erst drei Tage später zum Arzt gegangen (S. 2 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), der Einspracheentscheid enthalte diverse Lügen, so unter anderem in Bezug auf den - von ihm näher geschilderten - Unfallhergang (S. 2 f.). Dass er an degenerativen Vorbelastungen gelitten habe, treffe zudem nicht zu, habe er doch vor dem Unfall keine Beschwerden gehabt und unter anderem täglich Sport treiben können. Er habe durch den Unfall Bandscheibenrisse und weitere in mehreren MRI nachgewiesene Verletzungen in der Wirbelsäule und im Nacken erlitten (S. 3-8). 3. 3.1

Dr. Y. ___ stellte in ihrem Bericht vom 9. Dezember 2013 (Urk. 9/8) die Diagnose eines kranio-zervikalen Beschleunigungstraumas Grad I

QTF und führte über die drei Tage nach dem Auffahrunfall vom 15. November am 18. November 2013 erfolgte Erstkonsultation aus, der Kopf des Beschwerdeführers sei aufgrund der Heckkollision an der Kopfstütze angeprallt, die Kopfstellung sei gerade gewesen, er sei in aufrechter Sitzposition gewesen, der Airbag sei weder bei ihm noch beim Unfallverursacher ausgelöst worden und er habe nach dem Unfall mit seinem Fahrzeug weiterfahren und die von ihm geplanten Tätigkeiten verrichten können (S. 1). Er habe sofort Kopf- und Nackenschmerzen und ein Schwindelgefühl, jedoch keine weiteren Symptome verspürt. Im Juni 2001 habe er bereits einen Unfall mit Halswirbelsäulen (HWS)-Beteiligung erlitten. Die Flexion, Linksdrehung und Seitneigung links würden als schmerzhaft bezeichnet, auch bestehe ein Druckschmerz im linken Nackenbereich (S. 2). Äussere Verletzungen habe er keine aufgewiesen (S. 3). 3.2

Im MRI der HWS vom 8. Januar 2014 (Urk. 9/48) hielt PD Dr. med. B. ___ , FMH Radiologie, vom C. ___ , folgende Beurteilung fest: „ Auf dem Niveau C2/C3 mediane / paramedian rechtsseitige Hernierung mit Duralsack-Querschnittseinengung auf 10 mm. Rechtsbetonte Spondylarthrose und Uncovertebralarthrose rechts C3/C4 mit Einengung des Neuroforamens rechts und Tangierung der Nervenwurzel C4 rechts. Flachbogige Hernierung C4/C5 mit Duralsack-Querschnittseinengung auf 9 mm und rechtsbetonter massiger Spondylarthrose ohne Kompression. Osteochondrose C5/C6 mit rechtsbetonter Spondylarthrose und rechtsbetonter Uncovertebralarthrose. Konsekutiv Kompression der Nervenwurzel C6 rechts foraminal und Duralsack-Querschnittseinengung auf 9 bis 10 mm. Deutliche mediolateral und foraminal linksseitige Diskushernie C6/C7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 links und Duralsack-Querschnittseinengung auf 9 mm bei leichten spondylarthrotischen Veränderungen. Keine Weichteilödeme. “ Dazu führte er aus, die oben beschriebenen Veränderungen seien in erster Linie degenerativ bedingt, möglicherweise seien die Diskushernien durch die Traumatisierung verstärkt worden.

Zusätzlich fanden sich leichte Ödeme in den ventralen Zwischenwirbelscheiben C4/C5 und dann auch C5/C6, diese Veränderungen könnten beispielsweise bei einem Schleudertrauma auftreten. Das leichte subchondrale Ödem in der linksseitigen Deckplatte C6 könne bei Osteochondrose entweder einer Modic I Veränderung entsprechen oder ebenfalls einer Traumafolge. 3.3

Bezüglich MRI der HWS vom 28. März 2014 (Urk. 9/19) gab Dr. med. D.____, Facharzt FMH Radiologie und Kardiale Radiologie, vom C.____, folgende Beurteilung ab: „Im Verlauf zum Vorbefund vom 8. Januar 2014 deutlich zunehmende, in erster Linie als Traumafolge zu werten ödematöse Reizreaktion der Pars articularis der Pedikel am Facettengelenk HWK 3/4 links mit leichter ödematöser Weichteilreaktion. Ansonsten keine relevante Änderung. Weiterhin multisegmentale degenerative Veränderungen mit Osteochondrosen, Bandscheibenprotrusion sowie Unk-/Facettenarthrosen. Durch degenerative Unkarthrose bedingte foraminale Enge rechts in Höhe von HWK 5/6 mit möglicher Kompression der Wurzel C6 rechts. Desweiteren links mediolaterale Bandscheibenprotrusion in Höhe von HWK 6/7 stationär mit möglicher Irritation der Wurzel C7 links. Minimales Ödem in den ventralen Zwischenwirbelscheibe HWK 4/5 und diskret auch HWK 5/6, diese Veränderungen sind weitgehend stationär, könnten auch im Rahmen eines Schleudertrauma auftreten. Das leichte subchondrale Ödem in der Deckplatte von HWK 6 bei Osteochondrose ist in erster Linie degenerativ bedingt. Das Myelon zeigt keine Myelopathie. Nebenbefundlich Läsion dorsal in der linken Schilddrüse mit 11 mm.“ 3.4

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 16. April 2014 (Urk. 9/50) fest, es beständen keine neurologischen Ausfälle, die im MRI festgestellten Veränderungen seien wahrscheinlich schon vor dem Unfall vorhanden gewesen, eine Aktivierung im Sinne von neurologischer Symptomatik habe nicht stattgefunden (S. 2). 3.5

Dr. med. F.____, Facharzt für Radiologie, vom G.____, beurteilte das MRI des kraniozervikalen Übergangs und der HWS sowie das Röntgen der HWS vom 19. November 2014 (Urk. 9/66) wie folgt: „Schmerz bedingt eingeschränkte Rotation im Kopfgelenk. Überzeugende Hinweise auf eine Instabilität oder Läsionen der Kopfgelenkbänder liegen nicht vor. Multisegmentale Spondylarthrose, aktiviert und zunehmend v.a. bei C3/4 links. Mediale Diskusprotrusion C2/3. Mässig ausgeprägte Osteochondrose und deutliche Unkarthrose C5/6 mit osteogener Einengung des rechten Neuroforamens. Breit basige Diskusprotrusion C6/7, v.a. links mediolateral und intraforaminal, vergesellschaftet mit Unkarthrose, dadurch bedingt signifikante Einengung der linken Neuroforamens. Die deutliche Rückbildung der Anfang 2014 beschriebenen Diskushernien C2/3 und C6/7 deutet darauf hin, dass beide zum gleichen Zeitpunkt gegen Ende 2013 entstanden sein müssen, d.h. im Zusammenhang mit dem anamnestisch bekannten Unfall. Alle übrigen beschriebenen Pathologien sind unspezifisch, d.h., sie können sowohl traumatischen als auch degenerativen Ursprungs sein.“ 3.6

Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 25. November 2014 (Urk. 9/63) die Diagnose eines schweren cervico-cephalen Schmerzsyndroms bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS und führte aus, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall gesund, voll leistungsfähig und ausserordentlich sportlich gewesen (S. 1 f.). Es bestehe eine erhebliche Bewegungseinschränkung der HWS mit palpatorisch verdickter, druckdolenter sowie tonisierter Nacken- und Schultermuskulatur. Neurologische Ausfälle beständen keine. Dem MRI vom 28. März

2014 entnehme er, dass Traumafolgen sichtbar seien in Form einer ödematösen Reizreaktion der Pars articularis der Pedikel am Facettengelenk HWK3/4 links mit auch leichter ödematöser Weichteilreaktion. Die klinische Untersuchung habe keine Hinweise für eine zervikale Kompressionsmyelopathie ergeben. Auch hätten sich keine Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen Wurzel ergeben. Die beschriebenen möglichen Kompressionen der Wurzel C6 rechts und der Wurzel C7 links hätten somit vorläufig keine relevante Läsion dieser Wurzeln zur Folge (S. 2 f.). 3.7

Dr. Z.____ führte im Bericht vom 3. Dezember 2014 aus (Urk. 9/67), der Beschwerdeführer leide seit dem Unfall an ständigen Nacken- und Kopfschmerzen mit Schmerzausstrahlungen in die linke Schulter, den linken Arm bis in die linke Hand, oftmals begleitet von Parästhesien. Im Verlauf seien immer häufiger Schwankschwindel hinzugekommen, ferner neuropsychologische Defizite mit Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, erhöhte Reizbarkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Trotz einer über Monate intensiven konservativen Behandlung mit insbesondere Physiotherapie habe sich keine Besserung ergeben, die Beschwerden würden nun seit rund einem Jahr persistieren (S. 1). Insgesamt handle es sich um ein schweres cervicocephales Beschwerdebild, welches traumatisch entstanden sei bei einem prätraumatisch gesunden, beschwerdefreien und sehr sportlichen Beschwerdeführer. Insgesamt müsse von einer degenerativen Vorschädigung der HWS ausgegangen werden, obwohl er völlig beschwerdefrei gewesen sei vor dem Unfall. Es handle sich somit um aktivierte prätraumatische Veränderungen ohne neurologische Läsion. Seit dem Unfall und bis auf weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 f.). 3.8

Prof. Dr. med. I.____, Chefarzt Radiologie von der J.____, nahm in seinem Bericht vom 25. März 2015 (Urk. 9/82) zu den bisher durchgeführten MRI-Untersuchungen Stellung. Die im MRI vom 8. Januar 2014 feststellbaren Veränderungen (Mediolinkslaterale Discushernie C6/C7 mit Kompression der Wurzel C7 links, Foramenstenose C5/C6 rechts, Osteochondrose C5/C6, Facettenarthrose C3/C4 mit Knochenmarködem auf beiden Seiten des Gelenks) seien in erster Linie degenerativ bedingt. Bei den Veränderungen atlantodental und im Facettengelenk C3/C4 links müsse auch an eine entzündliche Genese wie eine CPPD-Erkrankung gedacht werden. Eine zusätzliche Traumatisierung beispielsweise des Facettengelenkes C3/C4 auf der linken Seite sei möglich und nicht abschliessend differenzierbar. Das Vorliegen eines Knochenmarködems lasse keinen weiteren Schluss auf die Ätiologie zu, ein Knochenmarködem sei unspezifisch und könne degenerativ oder traumatisch bedingt sein. Das Vorliegen eines Knochenmarködems symmetrisch auf beiden Seiten des Gelenkes spreche in der Regel eher für degenerativ oder entzündlich. Im MRI vom 28. März 2014 habe sich im Vergleich zur Voruntersuchung eine Progredienz des Knochenmarködems um das Facettengelenk C3/C4 symmetrisch auf beiden Seiten gezeigt. Die mediolinkslaterale Discushernie C6/C7 sei eher etwas kleiner. Nach wie vor bestehe eine Kompression der Wurzel C7 links. Die übrigen Befunde seien im Wesentlichen unverändert zur Voruntersuchung. Im MRI vom 19. November 2014 zeige sich eine progrediente Arthrose des Facettengelenkes C3/C4 auf der linken Seite und eine regrediente Discushernie C6/C7 links. Die übrigen Befunde seien im Wesentlichen stationär zur Voruntersuchung. 3.9

Kreisarzt Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, hielt in seiner Beurteilung vom 22. Juni 2015 (Urk. 9/96) fest, es sei von einem leichten

Heck auf fahrunfall auszugehen. Offensichtlich sei das Ereignis für den Beschwerdeführer harmlos gewesen, habe er doch weiterfahren und seiner geplanten Tätigkeit nachgehen können und erst nach drei Tagen erstmals einen Arzt konsultiert. Zu diesem Zeitpunkt habe die HWS-Beweglichkeit zwar schmerzhaft aber nicht eingeschränkt geschienen. Bereits diese initialen Dokumentationen würden eine beim Heckauffahrunfall erlittene strukturelle Schädigung mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Unfallkausal seien keine neurologischen strukturellen Schädigungen entstanden. Eine unfallkausale Schädigung der im MRI vom 8. Januar 2014 dargestellten strukturellen Schäden sei unwahrscheinlich. Angesichts des niedrigen Delta-V von 5.7-9.5 km/h sei auch rein physikalisch nicht von einer strukturellen Schädigung auszugehen, dies auch nicht bei den erheblichen degenerativen Vorschädigungen der HWS. Die HWS-Beweglichkeit sei mittlerweile erheblich eingeschränkt, doch sei dies bedingt durch die langsam progredienten degenerativen Veränderungen der HWS. Der medizinische Endzustand sei erreicht. Es könne höchstens von einer vorübergehenden Verschlimmerung ausgegangen werden (S. 5 f.). 3.10

Der den Beschwerdeführer nach dem Sturz vom 21. Juni 2015 am 23. Juni 2015 erstuntersuchende Dr. Z.____ stellte im Bericht vom 26. August 2015 (Urk. 9/109) die Diagnose eines Status nach Präsynkope mit Beinschwäche links und Sturz zu Boden. Die Ursache der akut aufgetretenen Beinschwäche, vor allem des linken Beins, bleibe vorerst unklar. Differenzialdiagnostisch stehe eine transient-ischämische Attacke im Vordergrund, neurologisch habe allerdings keine entsprechende Perfusionsstörung gefunden werden können. Angesichts der vorbestehenden Schmerzen bestehe auch die Möglichkeit eines Gefässspasmus. Der Sturz habe eine Verschlechterung des vorbestandenen cervicocephalen Beschwerdebildes bewirkt, so dass der Befund praktisch identisch sei mit demjenigen nach dem Unfall vom 15. November 2013. Unter konservativer Behandlung und bei regelmässigen Spaziergängen hätten sich die Beschwerden im Laufe des Monats Juli gebessert. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. 3.11

Zum MRI der HWS, des cerviko-thorakalen Übergangs und des kraniozervikalen Übergangs vom 25. September 2015 (Urk. 10/17) gab Dr. med. L.____, Fachärztin FMH Radiologie und Neuroradiologie, vom C.____, folgende Beurteilung ab: „Persistierende T2w Hyperintensität (im Sinne eines Methämoglobinrestes) im Bereich des anterioren Anulus fibrosus des Discus intervertebralis auf Höhe C4/C5 als Hinweis auf einen Extensionsverletzung-bedingten anterioren Anulusriss. Kontinuierlich regrediente, weiterhin nachvollziehbare Flüssigkeitsansammlung im Bereich des Nucleus pulposus des Discus articularis auf Höhe C5/C6 als mögliche traumabedingte Veränderung. Kontinuierlich progrediente und aktivierte Facettengelenksarthrose C3/C4 links - Ätiologie undefinierbar (DD degenerativ-, DD Trauma-bedingt). Progrediente Osteochondrose Typ Modic 1 C6/C7 - Ätiologie undefinierbar. Regrediente links recessale Diskushernie C6/C7.“ 3.12

Kreisarzt Dr. K.____ hielt in seiner Beurteilung vom 30. November 2015 (Urk. 10/26) fest, im MRI vom 25. September 2015 seien keine neuen unfallkausalen, strukturellen Schädigungen beschrieben worden. Die Befunde seien entweder persistierend oder regredient und die als progredient angegebenen Facettengelenksarthrose C3/4 und die Osteochondrose Typ Modic 1 C6/7 als degenerativ bedingt zu beurteilen. Dr. Z.____ habe überdies am 23. Juni 2015 - mit hin 2 Tage nach dem neuen Unfallereignis - die genau gleiche HWS-Beweglichkeit festgestellt wie im Bericht vom 3. Dezember 2014. Das

Ereignis vom 21. Juni 2015 sei wohl bagatellärer Natur gewesen. 3.1 3

Dr. Z.____ und Dr. med. M.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, vom A.____, führten in ihrem Bericht vom 31. März 2016 (Urk. 10/41) folgende Diagnosen auf (S. 1 f.): - Status nach schwerem HWS-Distorsionsstrauma mit/bei - Status nach Auffahrunfall am 15. November 2013 (Delta V 5.7-9.5

km) - C2/3 mediane/paramedian rechtsseitige Diskushernie mit Duralsack-Querschnitteinengung auf 10 mm - Rechtsbetonte Spondylarthrose und Unkovertebralarthrose C3/4 mit Einengung des Neuroforamens rechts und Tangierung der Wurzel C4 rechts. Progrediente Facettengelenksarthrose C3/4 links - Flachbogige Hernie rings C4/5 mit Duralsack-Querschnitteinengung auf

9 mm und rechtsbetonter mässiger Spondylarthrose - Osteochondrose C5/6 mit rechtsbetonter Spondylarthrose und rechtsbetonter Unkovertebralarthrose. Kompression der Wurzel C6 rechts foraminale und Duralsack-Querschnitteinengung auf 9-10 mm - Deutlich e mediolateral und foraminal linksseitige Diskushernie C6/7 mit Kompression Wurzel C7 und Duralsack-Querschnitteinengung 9 mm bei leichten spondylarthrotischen Veränderungen, in erster Linie degenerativ. MRI 19. November 20

E. 4

Oktober 2016 in dem Sinne

teilweise gut, dass sie Heilbehandlung und Taggeldleistungen bis zum 21. Juni 2016 erbrachte. Im Übrigen wies sie die Einsprache ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 17. Oktober 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte sinngemäss, ihm seien weiterhin Versicherungsleistungen auszurichten. Am 5. Januar 2017 (Urk.

E. 6

) reichte er einen Bericht des A.____ vom 30. Dezember 2016 (Urk. 7) nach. Die Suva beantragte am 6. Januar 2017 Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Mit Replik vom 25. Januar 2017 (Urk. 13) und Duplik vom 1. Februar 2017 (Urk. 15) hielten die Parteien an ihren jeweiligen Standpunkten fest, was ihnen mit Verfügung vom 6. Februar 2017 gegenseitig zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16). 3.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, ihrerseits wies das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 2. Dezember 2016 ab. Die dagegen erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom heutigen Datum abgewiesen (Prozess Nr. IV.2017.00034). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6.1

Der Beschwerdeführer zog sich bei seinen Unfällen weder ossäre Läsionen noch äussere Verletzungen zu (E. 3.1 hievior). Den anschliessend erstellten MRI-Aufnahmen sind deutliche Veränderungen der HWS, so unter anderem mehrere Diskushernien, zu entnehmen. Gemäss den Radiologen ist ein grosser Teil der Veränderungen degenerativ bedingt (E. 3.2 f., E. 3.5, E. 3.8 und E. 3.11 hievior). Auch Dr. Z.____ und die behandelnden Ärzte des A.____ gingen von einer degenerativen Vorschädigung der HWS aus (E. 3.7, E. 3.13 und E. 3.15 hievior). Der Beschwerdeführer bestritt eine degenerative Vorbelastung mit dem Hinweis darauf, er sei vor dem Auffahrunfall ohne Beschwerden und sportlich sehr aktiv gewesen. Auch sein Hausarzt bestätigte, dass er vor dem Unfall nie an chronischen

HWS-Beschwerden gelitten habe (Urk. 3/9). Diesbezüglich ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Argumentation nach der Formel „post hoc ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

E. 6.2

Das MRI vom 8. Januar 2014 zeigte zudem leichte Ödeme in den ventralen Zwischenwirbelscheiben C4/C5 und C5/C6 (E. 3.2 hievor). Diese wurden auch im MRI vom 28. März 2014 (E. 3.3 hievor) beschrieben, dazu eine ödematöse Reizreaktion am Facettengelenk HWK 3/4 links mit leichter ödematöser Weichteilreaktion. Gemäss den Radiologen können diese Veränderungen beispielsweise bei einem Schleudertrauma auftreten. Gemäss Prof. Dr. I.____ von der J.____ lässt das Vorliegen eines Knochenmarködems keinen Schluss auf die Ätiologie zu, ein Knochenmarködem sei unspezifisch und könne degenerativ oder traumatisch bedingt sein. Nach Dr. L.____ ist die Ätiologie der akuten Facettengelenksarthrose C3/C4 links undefinierbar (E. 3.11 hievor). Dr. I.____ beschrieb zudem eine Hyperintensität C4/C5 (E. 3.8 hievor). Auch Dr. L.____ wies auf eine Hyperintensität auf Höhe C4/C5 hin, interpretierte diese aber als einen Methämoglobinrest, welcher auf einen Anulusriss hinweise. Die Flüssigkeitsansammlung auf Höhe C5/C6 erachtete sie als mögliche traumatische Veränderung (MRI vom 25. September 2015; E. 3.11 hievor).

Kreisarzt Dr. K.____

seinerseits führte aus, eine unfallkausale Schädigung der strukturellen Schäden sei unwahrscheinlich, auch rein physikalisch sei angesichts des niedrigen Delta-V von 5.7-9.5 km/h nicht von einer strukturellen Schädigung auszugehen (E. 3.9 hievor).

E. 6.3

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung entspricht es medizinischer Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfall nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Eine Diskushernie kann als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn der Unfall 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 aufgetreten sind. Ein Unfall ist somit nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Wird die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall lediglich aktiviert, nicht aber verursacht, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Solange der status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer diesfalls gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand kann das Erreichen des status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten erwartet

werden, wogegen eine richtungsgebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss. Eine traumatisch bedingte vorübergehende Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustands an der Wirbelsäule ist in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteile des Bundesgerichts 8C_735/2009 vom 2. November 2009 E. 5.1 und 8C_326/2008 vom 24. Juni 2008 E. 3.2 f.

mit Hinweisen; ferner Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2014 vom 9. Februar 2015 E. 6.1). Der Umstand, dass seit dem Unfall anhaltende, zu Beginn als unfallkausal taxierte Schmerzen bestehen, spricht nicht automatisch für das Vorliegen anhaltender Unfallrestfolgen. Die Leistungseinstellung des Unfallversicherers bedingt keine Beschwerdefreiheit beziehungsweise volle Arbeitsfähigkeit. Entscheidend ist allein, ob der durch den Unfall ausgelöste Beschwerdeschub seine kausale Bedeutung verloren hat (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 329 E. 3b).

E. 6.4

Wie bereits dargelegt, erlitt der Beschwerdeführer am 15. November 2013 einen Auffahrunfall, der nach medizinischer Erfahrungstatsache nicht geeignet war, eine Schädigung der Diskushernie herbeizuführen. Die HWS-Beweglichkeit war drei Tage nach dem Unfall schmerzhaft, aber nicht eingeschränkt; unverzügliche Symptome einer Diskushernie waren nicht aufgetreten. Auch der Sturz vom 21. Juni 2015 war nicht geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen oder die vorbestehenden degenerativen Veränderungen richtungsgebend zu verschlimmern. Die beteiligten Radiologen erachteten die Ödeme beziehungsweise Hyperintensität denn auch nicht als überwiegend wahrscheinlich durch die Unfälle verursacht, sondern befanden dies lediglich als möglich („könnten“, „können sowohl traumatischen als auch degenerativen Ursprungs sein“, „deutet darauf hin“, „möglicherweise“, „Hinweis auf“, „mögliche traumabedingte Veränderung“). Dass im MRI vom 25. September 2015 neue unfallkausale strukturelle Schädigungen entdeckt worden wären, wie dies der Beschwerdeführer annimmt, trifft zudem so nicht zu; vielmehr wurden die bereits in den älteren MRI-Aufnahmen festgestellten Schädigungen - beispielsweise in Bezug auf die Hyperintensität - von Dr. L. ___ teilweise anders interpretiert. Auch sie befand die Schädigungen jedoch nicht als überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Einzig Dr. Z. ___ bezeichnete den Anulusriss als extensionsverletzungsbedingt und die Flüssigkeitsansammlung im Bereich C5/C6 als traumabedingte Veränderung, doch stützte er sich dabei ebenfalls auf das MRI vom 25. September 2015 und begründete seine abweichende Einschätzung mit keinem Wort (E. 3.13 hievore). Insbesondere führte er nicht aus, weshalb durch den Auffahrunfall (Delta-V 5.7-9.5) die Diskushernie - worunter auch ein Anulusriss fällt (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_86/2010 vom 6. September 2010 E. 3.3 und 8C_679/2010 vom 10. November 2010 E. 3.3 mit Hinweisen) - verursacht worden sein sollte. Eine unfallkausale, im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (weiterhin) organisch nachweisbare Schädigung der HWS ist damit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Die Unfälle führten höchstens zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Wirbelsäulenerkrankung, welche jedoch nach unfallmedizinischer Erfahrung spätestens nach einem Jahr abgeheilt waren. Entsprechend hatten sich die Anfangs 2014 beschriebenen Diskushernien C2/C3 und C6/C7 bis im November 2014 wieder deutlich zurückgebildet (vgl. E. 3.5 hievore). Auch die Verschlechterung nach dem Sturz vom 21. Juni 2015 war lediglich vorübergehend, und der

Zustand hatte sich gemäss Dr. Z. ___ bereits im Laufe des Monats Juli gebessert (E. 3.10 hievor). Nach dem 21. Juni 2016 - ein Jahr nach dem zweiten Unfall - sind die festgestellten Bandscheibenschäden dementsprechend unberücksichtigt zu lassen.

E. 6.5

Zu den gemäss Dr. Z. ___ allenfalls bestehenden neuropsychologischen Einschränkungen (E. 3.7 hievor) ist festzuhalten, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen - bei denen die Unfallsadäquanz praktisch keine Rolle spielt - erst gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewandten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind. Dies gilt auch für neuropsychologische Defizite (Urteil des Bundesgerichts 8C_948/2012 vom 7. März 2013 E. 2 mit Hinweisen). In den Akten sind keine im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 21. Juni 2016 bestehenden organischen Schäden dokumentiert, welche für allfällige neuropsychologische Einschränkungen in Frage kommen könnten.

E. 6.6

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, der Kreisarzt hätte ihn persönlich untersuchen müssen, ist festzuhalten, dass - wie vorliegend - auch reine Akten gutachten beweiskräftig sein können, sofern

ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befragung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1).

E. 6.7

Ein unfallbedingtes organisches Substrat der geklagten gesundheitlichen Störungen im Sinne einer bildgebend oder sonst wie nachweisbaren strukturellen Veränderung ist zusammenfassend nicht erstellt. Nachfolgend ist deshalb zu prüfen, ob die geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zu den Unfällen vom 15. November 2013 und 21. Juni 2015 stehen, wobei bei leichten Unfällen die Adäquanz in der Regel verneint werden kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_41/2016 vom 23. Juni 2016 E. 4.1). 7.7.1

Von den behandelnden Ärzten wurde nach dem Auffahrunfall vom 15. November 2013 ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert. Ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild liegt vor, klagte der Beschwerdeführer doch, sofort nach dem Unfall Kopf- und Nackenschmerzen und Schwindel verspürt zu haben,

und in der Folge auch über Konzentrationsschwierigkeiten, Wortfindungsstörungen, Vergesslichkeit, erhöhte Ermüdbarkeit und Reizbarkeit (E. 3.1 hievor). Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geltend gemachten weiterhin bestehenden Beschwerden ist damit zu bejahen. 7.2

Bei der Adäquanzprüfung nach den mit BGE 134 V 109 präzisierten Grundsätzen (Schleudertraumarechtsprechung) ist die Schwere des Unfalls aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (E. 10.1). Bei der Auffahrkollision vom 15. November 2013 ist im Lichte der Rechtsprechung zu derartigen Ereignissen höchstens von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen auszugehen. Die Adäquanz wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes

der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder mindestens vier der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben wären (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5).

Beim zweiten Ereignis vom 21. Juni 2015 ist von einem leichten Unfall auszu gehen und der adäquate Kausalzusammenhang rechtsprechungsgemäss ohne Weiteres zu verneinen.

Die Beschwerdegegnerin hat bezüglich des Unfalls vom 15. November 2013 die sieben Adäquanzkriterien (vgl. dazu E. 1.7 hievor) geprüft und zutreffend dar gelegt, weshalb keines davon erfüllt ist (Urk. 2 E. 5d S. 12-15). Die diesbezüglichen Ausführungen wurden weder vom Beschwerdeführer noch von seinen behandelnden Ärzten in Frage gestellt , weshalb darauf verwiesen werden kann. Beim gegebenen Schweregrad des Auffahrunfalls genügt dies nicht für die Bejahung der Adäquanz. 8 .

Die vom Beschwerdeführer ab 22. Juni 2016 weiterhin beklagten Gesundheitsstörungen stehen damit in keinem überwiegend wahrscheinlichen adäquaten Kausalzusammenhang zu den Unfällen vom 15. November 2013 und 21. Juni 2015. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 21. Juni 2016 einstellte . Dies führt zur Abweisung der Beschwerde . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Suva - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLanzicher

E. 10

Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

E. 14

- C4/5 extensionsverletzung bedingter anteriorer Anulusriss. Regrediente Flüssigkeitsansammlung im Bereich des N. pulposus des Diskus articularis C5/6 als traumabedingte Veränderung. Kontinuierlich progrediente und aktivierte Facettengelenksarthrose C3/4 links. Progrediente Osteochondrose Typ Modic 1 C6/7. Regrediente linke recessale Diskushernie C6/7 (MRI 25. September 2015) - Status nach Präsynkope mit Beinschwäche links und Sturz zu Boden am 21.

Juni 2015 - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)

Dazu hielten sie fest, aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung aller Facetten seiner Persönlichkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Aus orthopädischer Sicht könne ihm aufgrund der therapieresistenten invalidisierenden Beschwerden einerseits sowie der schweren neuropsychologischen Defizite andererseits keine Tätigkeit zugemutet werden (S. 3) . 3.14

Kreisarzt N.____, Chirurgie FMH, führte am 6. April 2016 aus (Urk. 10/43), beim Ereignis vom 21. Juni 2015 handle es sich um eine nicht richtungsgebende Traumatisierung eines Vorzustandes. Die Rückenkontusion sei überwiegend wahrscheinlich nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr abgeheilt; allfällige im weiteren Verlauf vorhandene Beschwerden seien nicht mehr unfallkausal. 3.15

Dr. Z.____, Dr. med. O.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. P.____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie, med. pract. R.____, Facharzt für Psychiatrie FMH, Dr. M.____ und Dr. phil. S.____, Klinischer Psychologe, vom A.____, führten in ihrem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht zur Interdisziplinären Schmerzbehandlung vom 30. Dezember 2016 (Urk. 7) dieselben Diagnosen wie im Bericht der Dres. Z.____ und M.____ vom 30. März 2016 (E. 3.13 hievorig) auf und hielten fest, seit dem Auffahrunfall sei trotz einer Vielzahl von Therapien kaum eine Besserung der Beschwerden eingetreten. Zurzeit sei der Beschwerdeführer in Behandlung bei Dr. Z.____ und einem Physiotherapeuten und medikamentös sei er mit Olfen und Sirdalud eingestellt. Hierunter habe sich eine circa 50%ige Besserung ergeben. Aus somatischen Gründen könne ihm eine Arbeitseingliederung in einer geeigneten Teilzeitarbeit zugemutet werden. Aus psychischen Gründen sei er jedoch zusammen mit den Schmerzen zu 100 % arbeitsunfähig. Die natürliche Unfallkausalität sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben, denn ohne den Unfall hätte er eine Stelle als Informatiker gesucht. Da auch die psychiatrische Veränderung der Anpassungsstörung und Schmerzstörung ohne den Unfall nicht eingetreten wäre, sei die natürliche Kausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus psychiatrischer und psychosomatischer Sicht gegeben (S. 2 und S. 7). 4.

Die Beschwerdegegnerin nahm den Fallabschluss per 21. Juni 2016 vor. Der Beschwerdeführer besucht nach wie vor seinen Physiotherapeuten (vgl. Urk. 3/10), ärztliche Behandlungen sind hingegen soweit ersichtlich keine mehr vorgesehen. Eine ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustands ist vorliegend nicht mehr zu erwarten, zumal für die Leistungseinstellung nicht entscheidend ist, dass die Beschwerden (vollständig) abgeklungen sind (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.1). Auch gemäss Beurteilung der behandelnden Ärzte des A.____ sind die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft (E. 3.

E. 15

hievor). Dies wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Der Fallabschluss per 21. Juni 2016 ist damit nicht zu beanstanden. 5. 5.1

Der Beschwerdeführer machte geltend, die Auffahrkollision vom 15. November 2013 sei viel massiver gewesen, als im angefochtenen Einspracheentscheid aus geführt. Hiezu ist vorab festzuhalten, dass sich die Angaben von ihm und dem Unfallverursacher zum Unfallhergang im Polizeirapport vom 15. Januar 2014 teilweise widersprechen (Urk. 9/35), weshalb entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht unbesehen auf diesen abgestellt werden kann. 5.2

Zur angeblichen Heftigkeit des Auffahrungsfalls ist jedoch festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer dabei keine ossären oder äusseren Verletzungen zuzog, nach der Kollision weder bewusstlos war noch eine Gedächtnislücke aufwies, nicht über Übelkeit, Hör- oder Sehstörungen klagte und auch nicht erbrechen musste. In Anbetracht dieser Umstände sowie der Tatsache, dass er nach dem Unfall seine Fahrt fortführen und die von ihm geplanten Tätigkeiten verrichten konnte, erst drei Tage nach dem Unfall einen Arzt aufsuchte, die Airbags der beteiligten Fahrzeuge nicht ausgelöst wurden und letztere nach dem Zusammenstoss weiterhin fahrbar waren (vgl. dazu Urk. 9/35 und E. 3.1 hievor), ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Unfallverursacher beim Aufprall eine Geschwindigkeit von bis zu 40 km/h hatte, wie dies der Beschwerdeführer annimmt (Urk. 1 S. 2 f.). Dies umso weniger, als sich der Unfallort innerorts (maximale Geschwindigkeit 50 km/h) befand (Urk. 9/35 S. 6) und der Unfallverursacher bei einer Aufprallgeschwindigkeit von 40 km/h - trotz einer übersichtlichen, geraden und ebenen Strasse - praktisch ungebremst auf die vor ihm stehende Fahrzeugkolonne hätte auffahren müssen. Anhaltspunkte für einen solchen Sachverhalt finden sich in den Akten jedoch keine. Dr. Y.____ diagnostizierte entsprechend auch nur ein Beschleunigungstrauma leichten Grades. Das von der Beschwerdegegnerin gestützt auf das zu Händen der Axa Wintherthur AG erstellte unfallanalytische Kurzgutachten (Urk. 9/13) angenommene Delta-V von 5.7-9.5 km/h (Mittelwert 7.6 km/h) ist in Anbetracht dieser Umstände nachvollziehbar. Im Übrigen hielten auch Dr. Z.____ und die behandelnden Fachpersonen des A.____ (E. 3.13 und E. 3.15 hievor) in ihren Berichten ein Delta-V von 5.7-9.5 km/h fest. Die Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2 f. und S. 7 f. sowie Urk. 13 S. 2) machen einen anderen Unfallhergang nicht überwiegend wahrscheinlich. Die von ihm behauptete Körperhaltung (vgl. beispielsweise Urk. 13 S. 2) widerspricht im Übrigen den Angaben der erstbehandelnden Dr. Y.____ (E. 3.1 hievor). 5.3

Unbestrittenermassen handelte es sich beim zweiten Ereignis (Sturz zu Boden am 21. Juni 2015) um einen Bagatellunfall, bei welchem sich der Beschwerdeführer ebenfalls weder ossäre noch äussere Verletzungen zuzog und erst zwei Tage später Dr. Z.____ aufsuchte. Dieser stellte denn beim Untersuchen auch

- bei vor dem Sturz persistierenden Beschwerden - dieselbe HWS-Beweglichkeit fest wie zuvor im Bericht vom 3. Dezember 2014 (vgl. E. 3.7 und E. 3.10 hievor). 6.

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