

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00196

vom 26. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00196

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00196 du 26 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00196 del 26 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, war als Geschäftsführerin bei der Y.____ AG in einem 60 %-Pensum angestellt und in dieser Funktion bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 22. Januar 2017 wurde die Versicherte beim Überqueren des Fussgängerüberganges auf einer dreispurigen Strasse in Berlin von einem Auto erfasst. Dabei sei sie mit dem Hinterkopf und dem Rücken auf der Strasse aufgeschlagen (Schadenmeldung vom 25. Januar 2017, Urk. 8/1). Im Erstbehandlungsbericht vom 22. Januar 2017 wurde eine Prellung des linken Kniegelenks, des Os sacrum und der Schädelkalotte diag nostiziert (Urk. 8/9 S. 1-2). In der Folge erbrachte die Suva die Versicherungs leistungen (Schreiben vom 30. Januar 2017, Urk. 8/4).

Mit Verfügung vom 2. Oktober 2017 führte die Suva aus, aufgrund der Beur teilung ihres Kreisarztes seien die aktuell bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt, weshalb sie die Leistungen per 1. November 2017 einstellen werde (Urk. 8/65). Nach Prüfung der dagegen erhobenen Einsprache (Urk. 8/67 +80) hiess die Suva diese gut und erbrachte vorerst weiterhin die gesetzlichen Versi cherungsleistungen (Schreiben vom 13. April 2018, Urk. 8/95 S. 1).

Aufgrund der zwischenzeitlich erfolgten weiteren Abklärungen stellte die Suva die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 8. Janu ar 2019 per 1. Februar 2019 mangels Kausalzusammenhang s der darüber hinaus anhaltenden Beschwer den zum Unfall vom 22. Januar 2017 ein (Urk. 8/166). Die dagegen erhobene Einsprache vom 5. Februar 2019 (Urk. 8/177), welche am 15. März 2019 ergänzt wurde (Urk. 8/184), wurde mit Entscheid vom 26. Juni 2019 abgewiesen (Urk. 2 = 8/197).

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfall folgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Be - handlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenver siche run g abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

E. 1.2.1

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. 1.2.2

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11.

März 2014 E. 2.3.1 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/2013 vom 11. März 2014 E. 2.3.2).

E. 1.3.1

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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

E. 1.3.2

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst 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).

E. 1.3.3

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 zurückzuführen 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 Arbeitsbeziehungsweise 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 heran gezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - 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. 1.3.4

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 369 E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

Die Versicherte erhob am 20. August 2019 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 26. Juni 2019 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen über den 1. Februar 2019 hinaus zuzu sprechen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 17. September 2019 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Im zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien (Replik der Beschwerdeführerin vom 23. Oktober 2019, Urk. 10; Duplik der Beschwerdegegnerin vom 27. November 2019, Urk. 14) je weils an ihren Anträgen fest, was den Parteien am 29. November 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Einspracheentscheid vom 26. Juni 2019 davon aus (Urk. 2), der Unfall vom 22. Januar 2017 habe zu einer Schädelprellung, einer Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion, einer Kreuzbeinprellung sowie einer Schürfwunde am linken Knie geführt. Sämtliche dadurch entstandenen Symptome seien drei Monate nach dem Ereignis remittiert gewesen. Die fortbestehenden Beschwerden, insbesondere Konzentrationsschwierigkeiten, visuelle Wahrnehmungsstörungen mit vegetativer Symptomatik, Kopfschmerzen, wiederkehrende Nackenbeschwerden sowie der später diagnostizierte upbeat-Nystagmus könnten nicht mit dem Beweiswert der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Folge des Unfalles vom 22. Januar 2017 angenommen werden (S. 10 Mitte).

Gestützt auf die Berichte der versicherungsinternen Ärzte seien keine objektivierbaren Unfallfolgen mehr ausgewiesen (S. 11 f. lit. b). Die nicht durch organische Unfallfolgen nachweisbaren Beschwerden (S. 12 lit. c) seien gestützt auf die Adäquanzprüfung bei Schleudertraumen gemäss BGE 134 V 109 zu prüfen (S. 4 ff. Ziff. 4 f.). Da keines der Kriterien erfüllt sei, sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch bestehenden, nicht auf einem objektivierbaren organischen Substrat beruhenden Beschwerden und dem besagten Unfall insgesamt zu verneinen (S. 15 lit. c).

In der Beschwerdeantwort stellte die Beschwerdegegnerin fest, die Leistungsstellung per 1. Februar 2019 sei bereits mangels natürlicher Unfallkausalität der verbliebenen Beschwerden gerechtfertigt, weshalb sich eine Adäquanzprüfung erübrige. Sofern dennoch eine solche vorzunehmen sei, habe diese nach der sogenannten Psycho-Praxis zu erfolgen, da es sich vorliegend nicht um eine Schleudertraumaprotektik handle. Mangels Erfüllung der erforderlichen Kriterien sei nebst der natürlichen auch die adäquate Kausalität zu verneinen (Urk. 7 S. 7 f. Ziff. 4.4).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe die Unfallkausalität der Beschwerden gestützt auf die Beurteilung vom 23. September 2017 von Kreisarzt Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, bereits anerkannt. Es gehe nicht an, gestützt auf den Bericht der Suva Versicherungsmedizin von Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie, nun eine Unfallkausalität zu verneinen. Letzterer habe die Beschwerdegegnerin nicht persönlich untersucht und seine Beurteilung stehe im Widerspruch zu den übrigen medizinischen Akten. Er habe den medizinischen Sachverhalt offensichtlich selektiv und unzutreffend gewürdigt, weshalb auf dessen Bericht keinesfalls abzustellen sei (S. 6 f. Rn

14 ff. und S. 8 f. Rn 19 ff.). Weiter machte die Beschwerdeführerin geltend, gestützt auf die Berichte der Klinik B.____ sowie die Beurteilung von Dr. med. C.____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie sowie Arbeitsmedizin, sei für die Symptome (Konzentrationsstörungen, visuelle Beschwerden, Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörungen und Übelkeit) ein apparativ objektivierbares Korrelat im Sinne eines messbaren (neurologischen) Defektzustandes gefunden worden (S. 8 Rn

17), womit eine natürliche Kausalität über den 1. Februar 2019 hinaus gegeben sei (S. 10 Rn 23). Es sei sodann ein unabhängiges Gutachten zur Kausalitätsproblematik einzuholen (S. 9 Rn 21), zumal auch der Kurzbericht vom 24. Juni 2019 der Versicherungsärztin

Dr. med. D.____, Fachärztin für Chirurgie, nicht auf die eigentliche gesundheitliche Problematik der Beschwerdeführerin eingehe und die Ärztin klarerweise als fachfremd zu bezeichnen sei (Rn 22).

Mit Replik vom 23. Oktober 2019 (Urk. 10) machte die Beschwerdeführerin so dann geltend, es handle sich bei der Beurteilung durch Dr. A.____ um eine unzulässige second opinion, weshalb diese Aktenbeurteilung bereits aus formalen Gründen nicht zu berücksichtigen sei (S. 3 Rn 5).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin wegen der Folgen des Unfalles vom 22. Januar 2017 über den 1. Februar 2019 hinaus Taggeld leistungen und Behandlungskosten oder andere Leistungen der Unfallversicherung zu erbringen hat beziehungsweise, ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit den Unfallereignissen stehen.

E. 3.1

Im Erstbehandlungsbericht vom 22. Januar 2017 der Notfallstation des Klinikums E.____ (Urk. 8/9 S. 1-2) wurde berichtet, die Beschwerdeführerin sei voll orientiert, es liege keine Amnesie vor und die Anamnese sei geordnet möglich. Auf der Glasgow-Coma-Skala (GCS) werde ein Punktwert von 15 erreicht. Am Kopf liege eine dezente Schwellung occipital mit lokalem DS (wohl: Druck schmerz) und ohne Klopfschmerz sowie ohne Stufenbildung des knöchernen Schädels oder offenen Verletzungen vor. Der klinische Befund bezüglich Pupillen, Wirbelsäule, Abdomen oder der oberen Extremitäten sei unauffällig. Es seien Prellmarken über dem Os sacrum und dem linken Knie (mit oberflächlicher Schürfung) festzustellen (S. 1). Der Röntgenbefund habe keinen Hinweis auf eine Fraktur und keinen Anhalt für eine Luxation ergeben (S. 2 oben).

Als Diagnosen wurden eine Prellung des Kniegelenks links, des Os sacrum und der Schädelkalotte genannt (S. 2 Mitte). Die Beschwerdeführerin wurde einige Stunden nach Eintritt in den Notfall mit Schmerzmedikation wieder entlassen.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich am 27. Januar 2017 in der Klinik B.____ bei Dr. med. F.____, Praktischer Arzt, leitender Arzt Sportmedizin, vor (Urk. 8/6). Anamnese stich sei es zu keiner Übelkeit, Erbrechen oder Vigilanzminderung gekommen und es gebe keine Zeichen für eine Contusio cerebri. Die Beschwerdeführerin klagte über Ganzkörperschmerzen im Bereich des Achsorgans, des linken Knies, des linken Ellenbogens sowie über eine Unbeweglichkeit im cervicothorakalen Übergangsbereich mit Kopfschmerzen und Beschwerden in beiden Armen. Die Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule sei schmerzbedingt eingeschränkt, eine weitere Betonung liege im lumbosakralen Übergang und im Os sacrum-Bereich (S. 1 «Anamnese»; vgl. auch «Befund» S. 1 f.).

Dr. F.____ stellte folgende Diagnosen: - Status nach Anfahrungsfall durch PKW am 22. Januar 2017 - Commotio cerebri mit Prellung der Schädelkalotte - Kniegelenksprellung mit Platzwunde am linken Knie - Kontusion der gesamten Wirbelsäule mit Betonung im lumbosakralen Übergang/Os sacrum mit konsekutiver ISG-Blockierung beidseits und reflektorischer Myalgie paravertebral - Prellung Ellbogen links - HWS-Distorsion mit Cervicocephalgie sowie Cervicobrachialgie beidseits - multiple Brustwirbelsäulen(BWS)-Blockierungen nach Kontusion mit CTG-Beteiligung beidseits.

E. 3.3

In der Folge stellte sich die Beschwerdeführerin in der Klinik B.____ zu Verlaufskontrollen in unterschiedlichen Abständen vor. Der neurologische Status war anfänglich unauffällig und die Beschwerden bezüglich Achsorgan, Beweglichkeit im Bereich der HWS und des Kopfes waren stets rückläufig. Ende Februar 2017 berichtete die Beschwerdeführerin, das Bewegen im Verkehr, das Laufen und die Beweglichkeit im Bewegungsapparat (im Sinne einer schmerzarmen und schmerzfreien Beweglichkeit) habe sich deutlich verbessert.

Sie leide jedoch insbesondere unter mnestischen Störungen sowie Konzentrationsschwierigkeiten. Kurze Konzentrationsphasen würden zu Kopfschmerzen führen. Gelesene Inhalte könne sie nicht adäquat behalten. Es bestehe ein erhöhter Erholungsbedarf nach kognitiven Anstrengungen (vgl. Berichte vom 31. Januar 2017, Urk. 8/11 S. 1 unten; vom 10. Februar 2017, Urk. 8/15; sowie vom 27. Februar 2017, Urk. 8/18). Das aufgrund partieller Cephalgien, Visussschwierigkeiten und persistierender mnestischer Störungen (vgl. Bericht Klinik B.____

vom 20. März 2017, Urk. 8/22) durchgeführte MRI (vgl. Urk. 8/23) habe keine Auffälligkeiten des Schädels ergeben, insbesondere keine intrakraniellen Traumafolgen (Bericht Klinik B.____ vom 28. März 2017, Urk. 8/27).

E. 3.4

Im Bericht vom 29. März 2017 der neurologischen Abteilung der Klinik B.____ (Urk. 8/28) wurde festgehalten, es bestehe eine postcommotionelle Symptomatik nach Anfahrungsunfall am 22. Januar 2017 mit Konzentrationsschwächen begleitet von Dysästhesien und Druckgefühl im Hinterkopfbereich sowie Übelkeit, welche vor allem beim Arbeiten vor dem Bildschirm und bei rasch ändernden Bildern auftreten würde. Ein neurologisches Defizit könne nicht festgestellt werden. Es würden vor allem kognitive Defizite vorliegen, welche aber im neuropsychologischen Screening-Test nicht hätten objektiviert werden können. Es sei im weiteren Verlauf von einer langsamen Besserung auszugehen. Bei persistierender Symptomatik sei eine detaillierte neuropsychologische Testung zu empfehlen (S. 2 f.). Pathologische Nystagmen wurden damals explizit verneint (S. 2 Mitte).

E. 3.5

Im Gespräch vom 14. Juni 2017 mit der Beschwerdegegnerin gab die Beschwerdeführerin an, es gebe eine Aufwärtstendenz; hinsichtlich des linken Knies und der Hüfte sei sie gar beschwerdefrei. Nach wie vor klagte sie über Konzentrationsschwierigkeiten, Kopf- und Nackenschmerzen und Visusprobleme im Zusammenhang mit schnellen Bildern. Ihr werde dabei übel (Urk. 8/43 S. 2 oben).

Ab Mitte Juli 2017 begann die Beschwerdeführerin ihre Arbeitstätigkeit im Homeoffice mit 10 % und steigerte diese ab 1. August 2017 auf 20 % (jeweils bezogen auf ihr Teilzeitpensum von 60 %; Berichte der Klinik B.____ vom 26. Juni 2017, Urk. 8/48; vom 16. August 2017, Urk. 8/59).

Die Beschwerden persistierten zwar weiterhin, würden sich jedoch sukzessive bessern. Vorübergehend seien auch schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der HWS hinzugetreten (Bericht vom 4. Dezember 2017, Urk. 8/79; sowie vom 15. Dezember 2017; Urk. 8/85; Bericht vom 15. Januar 2018, Urk. 8/88). Im Januar 2018 konnte die Arbeitsfähigkeit auf 25 % (des 60 %-Pensums) gesteigert werden.

E. 3.6

Die zwischenzeitliche Behandlungsaufnahme im Zentrum um G.____ (vgl. Berichte vom 16. März 2018, Urk. 8/94; und vom 31. Mai 2018, Urk. 8/107) zeigte objektiv eine deutliche Verbesserung und abschwächende Symptomatik wie Besserung der Ermüdung. Subjektiv liege für die «ehrgeizige Patientin» ein noch etwas retardierter Verlauf vor. Physiotherapie für die HWS und Detonisierung laufe weiterhin, ebenfalls die visuo motorische Therapie (Bericht der Klinik B.____ vom 31. Mai 2018, Urk. 8/110). Der weitere Langzeitverlauf gestaltete sich positiv (Berichte vom 13. August 2018, Urk. 8/123; vom 22. Oktober 2018, Urk. 8/140).

E. 3.7

Am 19. Oktober 2018 fand eine otoneurologische Untersuchung bei der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin durch Dr. C.____ statt (Bericht vom 5. November 2018, Urk. 8/141 ; vgl. auch Urk. 8/144 S. 2 ; siehe auch Stellungnahme vom 10. September 2018, Urk. 8/128) .

Die durchgeführten Untersuchungen hätten klinisch und tonaudiometrisch regelrechte Befunde ergeben. Im ORL-Bereich habe weder eine Hörstörung, ein Tinnitus noch eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung im Sinne einer stattgehabten Innenohrkontusion nachgewiesen beziehungsweise objektiviert werden können. Jedoch seien beim Blick nach links, in der Links- und Rechtsseitenlage sowie der Kopftiefelage und bei der Drehung vom Rücken auf die linke Seite vertikale Upbeat-Nystagmen, die am ehesten für eine zentrale Pathologie und eine mögliche zentrale Schwindelursache sprechen würden, gefunden worden. Die Blickfolgeprüfung sei pathologisch. Die Upbeat-Nystagmen seien zweifellos objektivierbar und würden die visuellen Beschwerden der Beschwerdeführerin, besonders bei der Bildschirmarbeit und der Fixation schnell sich bewegender Gegenstände, erklären. Ob dies eine unfallkausale Ursache habe, könne aus dem ORL-Fachgebiet nicht beantwortet werden, da es sich um ein neurologisches Symptom handle (S. 4 f.).

E. 3.8

Am 21. Dezember 2018 nahm Dr. A.____, ebenfalls von der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, eine neurologische Aktenbeurteilung vor (Urk. 8/156).

Dr. A.____ führte aus, aus dem Initialbefund nach dem Unfall vom 22. Januar 2017 lasse sich schlussfolgern, dass eine Schädel- und eine Beckenprellung sowie eine Schürfwunde am linken Kniegelenk

stattgefunden habe. Entsprechend hätten die Diagnosen in Berlin gelautet (S. 7 oben). Eine commotio cerebri, wie durch Ärzte der Klinik B.____ diagnostiziert, habe nicht stattgefunden, da diese durch einen zumindest kurzdauernden

Bewusstseinsverlust/-einschränkung definiert sei. Die ebenfalls in der Klinik B.____ diagnostizierte HWS-Distorsion sei in der initialen klinischen Untersuchung in Berlin nicht festgestellt worden. Es sei möglich, dass sich die Symptomatik erst mit einer Latenz zum Trauma entwickelt habe. Der Schweregrad der allfälligen HWS-Distorsion übersteige aber keinesfalls Grad 2 nach der Quebec-Taskforce-Einteilung, sodass auch für die dadurch bedingten Beschwerden eine Remission innerhalb dreier Monate anzunehmen sei. Eine rasche Rückbildung dieser Beschwerden sei dazu korrelierend auch in den Berichten der Klinik B.____ dokumentiert (S. 8 unten).

Fortbestehende Beschwerden, insbesondere die Konzentrationsschwierigkeiten, die visuellen Wahrnehmungsstörungen mit vegetativer Symptomatik, die Kopf schmerzen und die wiederkehrenden Nackenbeschwerden sowie der sp äter gefun dene Upbeat -Nystagmus seien nicht mit der Beweiskraft der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Folge des Unfalles anzunehmen (S. 9).

Gegen eine Verursachung durch den Unfall spreche, dass die Symptome einer visuellen Wahrnehmungsstörung und einer damit verbundenen vegetativen Symptomatik (Übelkeit) erst Monate nach dem Unfallereignis erstmals erwähnt worden seien. Hätte es sich um Folgen des Unfalles gehandelt, hätten die Be schwerden in engem zeitlichen Zusammenhang von sofort bis wenigen Stunden danach vorhanden sein müssen. Ob der Nystagmus überhaupt die von der Be schwerdeführerin geklagte Symptomatik sinnvoll erkläre, sei - auch wenn dies von ORL-Seite vermutet werde - aus neurologischer Sicht zwar möglich, jedoch nicht mit dem nötigen hohen Beweisgrad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit, da bereits der unmittelbare zeitliche Unfallzusammenhang der intermittierenden Schwi ndelbeschwerdesymptomatik fehle . Zu unspezifisch sei auch die Symptombeschreibung der Beschwerdeführerin aus neurologischer Einschätzung für eine überwiegend wahrscheinliche diagnostische Zuordnung und auch vo n daher für eine unfallkausale: Der Blick aus dem Zugfenster, der Gang über Brücken, vorbei an Velos oder am Tram schlage ihr auf den Magen und verur sache Kopfschmerzen und Übelkeit. Es gäbe aber auch Tage, an denen es ihr gut gehe (Angaben bei der ORL-Untersuchung am 5. November [richtig: 19. Oktober] 2018). Die Diagnose eines zentralen Schwindels sei offenbar aus dem Nystagmus-Befund abgeleitet worden, obwohl klinisch gar keine Symptome eines Schwindels vorlä gen respektive zu einem notwendigerweise unfallnahen Zeitpunkt doku mentiert worden seien. Symptome eines Upbeat -Nystagmus seien hingegen klar beschreibbar als Oszillopsien , eine verminderte Sehschärfe und eine Bewegungs fehlwahrnehmung in der vertikalen Ebene. Darüber hinaus bestehe eine posturale Instabilität (Stand- und Gangunsicherheit) mit einer Fallneigung meistens nach vorne (S. 7 f.).

E. 3.9

In den Bericht en der Klinik B.____ vom 10. Dezember 2018 (Urk. 8/157) sowie vom 4. Februar 2019 (Urk. 8/183) wie auch im Bericht des G.____ vom 17. Januar 2019 (Urk. 8/175) wird eine weitere deutliche Besserung der bekannten Beschwer desymptomatik festgehalten. Anfang Februar 2019 sei nach Angaben der Be schwerdeführerin sowohl im Alltag wie auch in Bezug auf die Fokussie rungs fähigkeit bei der Arbeit eine Verbesserung erkennbar . Sie sei vor allem im struk turierten Handeln effizienter und etwas belastbarer geworden. Nach wie vor leide sie an rezidivierenden, vor allem links parietalen Kopfschmerzen, teils auftretend am Morgen oder bei längerem Sitzen (eher nicht zervikaler Genese), welche nach Einnahme von Aspirin oder Kaffee deutlich bessern würden. Mühe würden ihr noch immer multisensorische Reize visueller Art zusammen mit vestibulärer Belastung bereiten (Urk. 8/183 S. 1). Die Arbeitsfähigkeit wurde bis am 4. Februar 2019 auf 35 % (eines 60%-Pensums) festgelegt und danach sei je nach klinischem Verlauf eine stufenweise Steigerung von monatlich 5 bis 10 % vorgesehen (Urk. 8/175 S. 3 unten; vgl. auch Urk. 8/183 S. 1 unten ; Arbeitsunfähig keits zeugnisse Urk. 8/190 S. 2-5).

E. 3.10

Ein computerunterstützter neurokognitiver Test vom 8. April 2019 habe Beeinträchtigungen im Bereich der kognitiven Flexibilität und der Exekutivfunktion ergeben. In der neuropsychologischen Untersuchung vom 24. Juni 2019 im Universitätsspital H.____ hätten sich formal-neuropsychologisch eine leicht unterdurchschnittliche figural-episodische Lernleistung sowie eine leicht reduzierte graphomotorische Verarbeitungsgeschwindigkeit und Flexibilität bei ansonsten jedoch altersentsprechenden Leistungen gezeigt. Im Verlauf der Untersuchung sei die Beschwerdeführerin zunehmend erschöpft gewesen. Die genannten Minderleistungen würden ausschliesslich visuell-exploratives Material betreffen und seien gut im Rahmen der visuellen Unverträglichkeit beziehungsweise Überempfindlichkeit einzuordnen. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin trotz qualitativ mehrheitlich unauffälligen Befunden weiterhin reduziert leistungsfähig. Ein reduziertes Arbeitspensum über die gesamte Woche sei empfehlenswert um der Überforderungssituation entgegenzuwirken (Bericht G.____ vom 18. Juni 2019, Urk. 8/201 S. 3; vgl. auch Bericht H.____ vom 24. Juni 2019, Urk. 3/5).

E. 3.11

Am 24. Juni 2019 beantwortete Kreisärztin Dr. D.____ Fragen der Administration (Urk. 8/196):

Traumatisch strukturelle Läsionen im Bereich der HWS seien gestützt auf die bildgebende Diagnostik (MRI vom 11. Dezember 2017 sowie 3-Phasen-Skelettszintigraphie und SPECT-CT vom 20. Dezember 2017) nicht nachweisbar. Es würde ausschliesslich eine multisegmentale beginnende Degeneration mit Osteochondrose C4-C6, mit erosiver Komponente C4/C5, Diskusprotrusionen/Hernien C5/C6, C4/C5, C6/C7, beginnender Spinalkanalstenose C5/C6, C4/C5, C6/C7 sowie mittelschwerer Foraminalstenose C4-C7 beidseits, C5-C7 links vorliegen (Ziff. 1).

Da bildgebend eine traumatische strukturelle Läsion/Vernarbung der HWS nicht nachweisbar sei, sei von einer leichten Prellung/Zerrung der HWS durch den Unfall auszugehen. Solche würden in der Regel innerhalb von ein paar Tagen/

Wochen folgenlos wieder abheilen. Aufgrund der beginnenden multisegmentalen Veränderung sei ein protrahierter Verlauf nachvollziehbar. Jedoch seien spätestens im Zeitpunkt der MRI-Untersuchung vom 11. Dezember 2017 beziehungsweise des SPECT-CT vom 20. Dezember 2017 sämtliche Unfallfolgen im Bereich der HWS abgeheilt (Ziff. 2).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, eine Commotio cerebri, wie sie in der Klinik B.____ diagnostiziert worden sei, habe nicht stattgefunden, da sie durch einen zumindest kurzandauernden Bewusstseinsverlust beziehungsweise -einschränkung definiert sei. Der Schweregrad der HWS-Dis torsion übersteige keinesfalls Grad 2 nach der Quebec-Taskforce-Einteilung, so dass für die dadurch bedingten Beschwerden eine Remission innerhalb von drei Monaten anzunehmen sei (Urk. 2 S. 9 f.). Aufgrund der vorliegenden Aktenlage ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass auch in den Berichten der Klinik B.____

eine rasche Rückbildung dieser Beschwerden dokumentiert worden ist (vgl. vorstehend E. 3.3; vgl. auch die Schilderung der Beschwerdeführerin, vorstehend E. 3.5).

Im Übrigen steht die Beurteilung, dass der Status quo sine spätes tens per 1. Februar 2019 - mithin über zwei Jahre nach dem Unfallereignis - erreicht worden ist, mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Einklang, wonach es der medizinischen Erfahrung entspricht, dass der organische Zustand des Rückens nach allfällig erlittenen Verletzungen wie Prellung, Verstauchung oder Zerrung in der Regel sechs Monate beziehungsweise bei degenerativen Veränderungen spätestens ein Jahr nach dem Unfall wieder so weit hergestellt ist, wie er es auch wäre, wenn sich der Unfall nicht ereignet hätte (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_29/2009 vom 1. Mai 2009, E. 3.5, und 8C_744/2008 vom 26. November 2008 E. 4) .

Sodann ist die Beurteilung allfälliger Unfallfolgen im Zusammenhang mit der Wirbelsäule durch Dr. D.____ keineswegs als fachfremd zu bezeichnen (vgl. vorstehend E. 2.2).

Die Kreisärzte der Suva sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_510/2007 vom 3.

Oktober 2008 = SVR 2009 UV Nr. 9 E.

7.5.4), dies unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel (Urteil des Bundesgerichts 8C_316/2019 vom 24. Oktober 2019 E. 5.4). Bei dieser Ausgangslage ist kein Grund ersichtlich, weshalb Dr. D.____ die Kompetenz abzusprechen wäre, die Frage zu beantworten, ob ein bestimmtes Unfallgeschehen einen bestimmten Gesundheitsschaden zu verursachen mag oder nicht.

E. 4.2

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsvertragspartner allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Was die Beurteilung von Dr. A.____ betrifft, stehen seiner Einschätzung die übrigen vorliegenden medizinischen Berichte nicht entgegen. Zwar konnte unter anderem durch Dr. C.____ in der otoneurologischen Untersuchung ein Upbeat -Nystagmus objektiviert werden. Zur Frage der Unfallkausalität konnte sie jedoch keine Stellung nehmen und verwies auf eine notwendige Beurteilung aus neurologischer Sicht (vgl. vorstehend E. 3.7) , welche Dr. A.____ vornahm. Dr. A.____

ist aufgrund der vorliegenden Akten beizupflichten, dass eine zeitlich unfallnahe Schilderung von Beschwerden wie Oszillopsie , Gangunsicherheiten oder Schwindel fehlt. Am 10. Februar 2017 wurde ein unauffälliger neurologischer Status erhoben und explizit auf einen sicheren Gang und Stand hingewiesen (vgl. Urk. 8/15 S. 1 «neurologischer

Status»). In der neurologischen Untersuchung vom 29. März 2017 wurde ein Nystagmus verneint und es konnte kein neurologisches Defizit festgestellt werden (vgl. vorstehend E. 3.4). Die von Dr. A.____ beschriebenen zentralen Symptome eines Upbeat -Nystagmus wurden damals

durch die Beschwerdeführerin noch nicht beschrieben. Erstmals berichtete sie anlässlich der Konsultation vom 26. Juni 2017, mithin fünf Monate nach dem Unfallereignis, über Schwindel im Zusammenhang mit bewegten Bildern (vgl. Urk. 8/48 S. 1 «Anamnese und Verlauf»). Erst über ein Jahr nach dem Unfallereignis anlässlich der Konsultationen vom 1. Februar 2018 und 15. März 2018 konnte in den neurologischen klinischen Untersuchungen ein Nystagmus erfasst werden (Bericht G.____ vom 16. März 2018, Urk. 8/94).

Dr. A.____ legte dementsprechend nachvollziehbar und schlüssig dar, weshalb ein Kausalzusammenhang zwischen dem Nystagmus und dem Unfallereignis vom 22. Januar 2017 zu verneinen ist. Eine anderslautende neurologische Beurteilung liegt nicht vor. Seine Beurteilung steht - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - auch nicht im Widerspruch zur Kurzbeurteilung von Dr. Z.____ vom 23. September 2017 (vgl. Urk. 8/61). Dieser hatte - aus fachorthopädischer Sicht - zu beurteilen, ob die Beschwerden im Zusammenhang mit den Diagnosen Commotio cerebri, HWS-Distorsion, multiple BWS-Blockierungen, Kontusion der gesamten Wirbelsäule, Prellung des Ellbogens links, Kniegelenksprellung links und eine fokale Tendopathie der Subscapularissehne im Zeitpunkt der Anfrage - September 2017 - in einem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stehen, was er damals bejahte. Die Beschwerdeführerin wies zu Recht darauf hin, dass Dr. A.____ erstmals eine neurologische Beurteilung eines allfälligen Zusammenhangs des zwischenzeitlich neu diagnostizierten Nystagmus zum Unfallereignis vom 22. Januar 2017 vorzunehmen hatte, weshalb es sich bei seiner Einschätzung jedenfalls nicht

um eine « second opinion » handelt .

E. 4.3

Ob die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. Februar 2019 noch geklagten Beschwerden wie insbesondere rezidivierende Kopfschmerzen , Schwierigkeiten im Zusammenhang mit multisensorischen Reizen visueller Art und Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. vorstehend E. 3.8 und E. 3.10) natürlich kausal zum Unfallereignis vom 22. Januar 2017 sind, kann - im Hinblick auf das Ergebnis der Adäquanzprüfung - offengelassen werden .

E. 5.1

Ob die Adäquanzprüfung nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) oder nach den für die Folgen eines Schleudertraumas der HWS, eines Schädelhirntraumas oder einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Regeln zu erfolgen hat (vgl. dazu die verschiedenen Ansichten der Beschwerdeführerin, vorstehend E. 2.1) , kann offenbleiben, da selbst die Beurteilung nach der für die Beschwerdeführerin günstigeren Schleudertrauma- Praxis – wie im Folgenden zu zeigen ist – zur Verneinung der Adäquanz führt.

E. 5.2

Als die Beschwerdeführerin am 22. Januar 2017 als Fussgängerin eine dreispurige Autofahrbahn in Berlin überqueren wollte, wurde sie auf der Höhe des mittleren Fahrstreifens durch einen Personenwagen angefahren, wobei sie infolge dieser Kollision zu Boden fiel (vgl. Unfallschilderungen in Urk. 8/43 S. 1 «Sachverhalt», Urk. 8/49 S. 7 sowie S. 46). Die Beschwerdegegnerin stufte das Ereignis vom 22. Januar 2017 zu Recht als einen mittelschweren Unfall im mittleren Bereich ein (vgl. Urk. 2 S. 14 lit. b.aa; Urk. 7 S. 7 Ziff. 4.4). Die Adäquanz eines Kausalzusammenhangs wäre somit dann zu bejahen, wenn drei der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt wären (Urteil des Bundesgerichts 8C_476/2010 vom 7. September 2010 E. 4.2).

Die Beschwerdeführerin beanstandete weder die Einordnung der Unfallschwere noch - was vorauszuschicken ist - die übrigen Ausführungen der Beschwerdegegnerin zu den Adäquanzkriterien an sich.

Auch wenn dem Unfallgeschehen eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzusprechen ist, kann nicht gesagt werden, dass es sich unter besonders dramatischen Begleitumständen abspielte. Der Schreckmoment war von kurzer Dauer, zumal die Beschwerdeführerin bei Bewusstsein blieb und gemäss Zeugenaussage von der Fahrbahn weggehen konnte (Urk. 8/49 S. 49). Die erlittenen Verletzungen sind nicht als schwer oder von besonderer Art zu bezeichnen, konnten doch knöcherne Verletzungen ausgeschlossen werden und die Beschwerdeführerin konnte einige Stunden nach Eintritt auf dem Notfall das Spital bereits wieder verlassen (vgl. vorstehend E. 3.1). Zurück in der Schweiz stellte sich die Beschwerdeführerin in der Klinik B. vor und die weiteren Behandlungen beschränkten sich auf eine konservative Therapie mit Medikamenteneinnahme, Physiotherapie (vgl. Urk. 8/11+15+26), Craniosakraltherapie (vgl. Urk. 8/43 S. 2 oben) sowie bildgebenden Abklärungen (vgl. Urk. 8/22+23+58+96+99). Der Heilungsprozess wurde als «innerhalb der Norm» bezeichnet (vgl. Urk. 8/18 S. 1 unten). Es liegen ebenso keine Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, einen schwierigen Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen oder eine erhebliche (unfallbedingte) Arbeitsunfähigkeit vor. Letzterem ist anzufügen, dass die Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeit stetig steigern konnte.

E. 5.3

Somit ist keines der massgebenden Kriterien erfüllt und die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 22. Januar 2017 und den noch geklagten Beschwerden ist zu verneinen. Die Leistungseinstellung per 1. Februar 2019 ist somit nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Soweit die Beschwerdeführerin verlangt, es seien weitere Abklärungen durchzuführen (vgl. E. 2.2), kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b S. 494 mit Hinweisen). Der Gesundheitszustand ist aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Lerch - 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 Bundes

gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VogelFonti

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