

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00267 vom 10. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00267

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00267 du 10 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00267 del 10 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1

5. November 2018 (Urk. 8/144) mit Einspracheentscheid vom 16. Juli 2019 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten. Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 30. Mai 2017 und damit bereits unter Geltung der ab 1. Januar 2017 geltenden Normen ereignet.

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin hat die rechtlichen Grundlagen im angefochtenen Entscheid betreffend den für die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers (Art.

E. 1.3

Zu ergänzen ist, dass der Fall nach Gesetz und Rechtsprechung unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen ist, 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, 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. 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, insbesondere auf

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

E. 1.4

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 Versicherungsvertragsnehmer 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). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Grimmer, am 1. November 2019 Beschwerde und beantragte, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere seien ab dem 1. September 2019 (gemeint wohl: 1. September 2018) weiterhin Taggelder basierend auf einer vollen Erwerbsunfähigkeit auszurichten. Eventualiter sei ihm mit Wirkung ab 1. September 2019 (gemeint wohl: 1. September 2018) eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen; subeventualiter sei der Beschwerdeführer von einem jeweils unabhängigen Facharzt neurologisch, rheumatologisch und psychiatrisch zu begutachten. Prozessual ersuchte er um Wiederherstellung der Beschwerdefrist (Urk. 1 S. 2 f.). Mit Verfügung vom 5. November 2019 wurde der Beschwerdegegnerin die Möglichkeit zur Stellungnahme zum prozessualen Antrag des Beschwerdeführers eingeräumt (Urk.).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin bestritt eine über den 31. August 2018 hinausdauernde Leistungspflicht im angefochtenen Entscheid und der Beschwerdeantwort vom 2. Januar 2020 im Wesentlichen mit der Begründung, dass beim Beschwerdeführer gemäss medizinischer Aktenlage über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus keine organisch hinreichend nachweisbaren unfallkausalen Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr vorgelegen hätten. Insbesondere gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. C.____ sei erstellt, dass sich anhand der multiplen Untersuchungsverfahren in Bezug auf Hörvermögen und Gleichgewichtsorgan kein pathologischer Befund ergeben habe und dass eine Diskussion zu einer posttraumatischen Epilepsie mangels objektiven Befundes eines Schädelhirntraumas nicht angezeigt sei. Vielmehr lägen beim Beschwerdeführer nur noch rein psychosomatische Beschwerden vor, wobei die Adäquanzprüfung gemäss BGE 115 V 133 zur Verneinung einer Leistungspflicht führe (Urk. 2 S. 10 ff.). Nachdem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten gewesen sei, sei ein Fallabschluss und damit auch die Adäquanzprüfung per 31. August 2018 zu Recht erfolgt (Urk.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellt sich dagegen im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass er durchaus an organischen Unfallfolgen leide, sei doch das Vorliegen einer posttraumatischen Epilepsie durch die ärztliche Begutachtung bestätigt worden.

automatischen vestibulären Migräne

wie auch einer posttraumatischen Epilepsie überwiegend wahrscheinlich erstellt. Sodann habe es die Beschwerdegegenerin unterlassen, den Fall umfassend, mithin im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung abzuklären, was angesichts berechtigter Zweifel an den versicherungswirtschaftlichen Beurteilungen angezeigt gewesen wäre. Sollte das Gericht wider Erwarten zum Schluss gelangen, es lägen einzig Beschwerden psychischer oder psychosomatischer Natur vor, wäre von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen auszugehen, was angesichts der körperlichen Dauerschmerzen, der langdauernden physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit und der besonderen Eindringlichkeit des Unfalls zur Bejahung der Adäquanz führe. Seit dem Unfall bestehe sodann eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit und die Heilbehandlung sei noch nicht abgeschlossen, weshalb der Fallabschluss zu früh erfolgt sei (Urk. 1 S. 7 ff.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aus dem Unfall vom 30. Mai 2017 über den 31. August 2018 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei umstritten ist einerseits das Vorliegen organisch nachweisbarer Unfallfolgen, andererseits der Zeitpunkt des Fallabschlusses sowie der rechtserhebliche Zusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis. 3. 3.1

Gemäss Anamnese im Austrittsbericht des Z. ___ vom 21. Juni 2017 wurde der Beschwerdeführer am Unfalltag durch die Sanität zugewiesen. Ihm sei bei der Arbeit aus zirka 3 m Höhe ein Teil eines Baugerüsts auf die linke Körperseite gefallen. Er habe einen Helm getragen und sei nur indirekt am Kopf getroffen worden. Bewusstlosigkeit und Erbrechen seien verneint worden. Nach dem Unfall sei er unter Betreuung seiner Arbeitskollegen liegen geblieben, bis ihn die Sanität abgeholt habe. Bei Spitaleintritt habe der Beschwerdeführer über Schmerzen in der linken Schulter, dem linken Ellbogen und dem linken Knie geklagt (Urk. 8/23). Computertomographisch hätten sich im Bereich des Schädels und der Halswirbelsäule keine frischen ossären Verletzungen oder intrakraniellen Blutungen gezeigt, jedoch eine nichtdislozierte Acromionfraktur links. Auch ein Verlaufs-CT der

linken Schulter habe keine sekundäre Dislokation der Fraktur erkennen lassen. Aufgrund einer MRI-Untersuchung des linken Knies habe zudem eine Knieinnenläsion ausgeschlossen werden können. Insgesamt sei der Verlauf sowohl betreffend Mobilisierung der linken Schulter als auch der Vollmobilisierung verzögert verlaufen. Bei Dysästhesien im Bereich der linken Gesichtshälfte sei eine konsiliarische neurologische Beurteilung erfolgt, wobei Kühlung empfohlen und eine Therapie mit Carbamazepin begonnen worden sei. Bei einer Schlafstörung und einem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sei eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung zugezogen und eine medikamentöse Therapie mittels Mirtazapin und Zolpidem in Reserve etabliert worden (Urk. 8/23 S. 1 f.). Die Diagnosen lauteten wie folgt (Urk. 8/23 S. 1): - Leichtes Schädelhirntrauma vom 30.5.2017 mit - Kontusion Gesichtsschädel links - Gering dislozierte Fraktur des Akromions links vom 30.5.2017 - Kontusion Hüfte links vom 30.5.2017 - Kontusion Knie links vom 30. 5. 2017

Als Diagnosen im Verlauf wurden zudem ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung und auf

Trigeminusdysästhesien angeführt. 3.2

Wie der zusammenfassenden Beurteilung im Austrittsbericht der A.____ vom 26. Juli 2017 zu entnehmen ist, berichtete der Beschwerdeführer bei Klinikeintritt am 22. Juni 2017 über Missempfindungen im gesamten Gesichtsbereich (stechende Schmerzempfindungen, Taubheitsgefühl), über Schlafstörungen wegen Alpträumen seit dem Unfall, Drehschwindelsensationen mit zeitweiliger Gehunsicherheit sowie über bewegungsverstärkte Schulterschmerzen links ausstrahlend in den Nacken und die linke Kopfhälfte und über belastungsabhängige Schmerzen im Hüftbereich links. Im Rahmen der regelmässigen psychiatrischen Gespräche mit einem Dolmetscher sei zeitweise der Eindruck einer aggravierenden Unfall- und Schmerzverarbeitung entstanden. Bei Klinikaustritt sei der Beschwerdeführer als Fussgänger mit einem Unterarmgehstock rechts ganztags mobil gewesen. Die aktive Beweglichkeit der linken Schulter habe je nach Tagesform in der Flexion zwischen 60° und 90° betragen, die Abduktion sei sehr früh schmerzlimitiert gewesen, die passive Beweglichkeit schwer einzuordnen, da Berührungen im Schultergürtelbereich links stechende Schmerzen ausgelöst hätten. Röntgenaufnahmen der linken Schulter vom 11. Juli 2017 hätten keinen Hinweis auf eine Dislokation der Acromioclaviculärfraktur bei zunehmender Durchbauung gezeigt (Urk. 8/34 S. 6). Die Kommunikation mit dem nur albanisch und griechisch sprechenden Beschwerdeführer sei erschwert gewesen. Anzeichen zentral-maladaptiver Prozesse seien sichtbar gewesen. Die angestammte Tätigkeit im Gerüstbau wurde als aktuell noch nicht zumutbar beurteilt (Urk. 8/34 S. 1-3). 3.3

Eine während des Rehaaufenthaltes durchgeführte Untersuchung durch die Kreisärztin Dr. med. D.____, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) und Arbeitsmedizin, vom 25. Juli 2017 (Urk. 8/37)

ergab bei suboptimalen Untersuchungsbedingungen infolge mangelnder Kooperation des Beschwerdeführers keine objektivierbaren Hinweise für eine organische Ursache der Schwindelbeschwerden. Gezeigt hätten sich anlässlich der Untersuchung dagegen Verhaltensauffälligkeiten, welche auf eine erhebliche Symptomausweitung hindeuten würden. Der Beschwerdeführer mache einen schwer leidenden und traumatisierten Eindruck und habe durch mehrfachen Demonstrieren eines Brechreizes

(ohne Erbrechen) und andere Klagen den Abbruch der einzelnen Untersuchungen, welche üblicherweise von Patienten selbst mit schwerem

SHT gut toleriert würden, provoziert. Die Schreckhaftigkeit des Beschwerdeführers mit Zittern am ganzen Körper und Versteifung deute unzweifelhaft auf eine Angst hin, welche auch bei Beruhigung und gutem Zureden nicht überwindbar gewesen sei. Mangels konsistenter Angaben seien die Olfaktometrie und die Gustometrie nicht verwertbar gewesen; auch grosse Teile des Vestibulärtests seien bei mehrfacher Bitte des Beschwerdeführers um Abbruch wegen Intoleranz dem Lichte der Frenzelbrille sowie der VNG-Brille mit geschlossenen Visier und Intoleranz passiven Kopfbewegungen gegenüber nicht durchführbar gewesen. Zusammenfassend schloss Dr. D.____, es könnten keine aussagekräftigen Befunde erhoben werden, die auf eine peripher-vestibuläre oder zentral-vestibuläre Störung hindeuten würden. Bei den erheblichen Teilergebnissen ergäbe sich in Bezug auf das Hörvermögen und die Gleichgewichtsfunktion keine organisch-strukturelle Pathologie. Verwertbare Ergebnisse könnten erst nach psychischer Stabilisierung erhoben werden, wobei nach bisheriger Einschätzung nicht damit zu rechnen

sei, dass zu einem späteren Zeitpunkt noch Anhaltspunkte für eine strukturelle Unfallfolge auf dem Gebiet der ORL gefunden werden könnten, wenn diese jetzt nicht eindeutig nachweisbar seien (Urk. 8/37 S. 4 f.). 3.4

Gemäss Anamnese im Bericht von med. pract. E.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin FMH, dannzumal Assistenzärztin Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. F.____, klinischer Psychologe, G.____, vom 2. Oktober 2017 stand der Beschwerdeführer ab

7. August 2017 in ihrer ambulanten Behandlung. Er klagte über seit dem Unfall bestehende dauernde Todesängste, er könne nicht alleine sein, habe tägliche Flashbacks vom Unfall und sehe, wie die Eisenstange auf ihn niederfalle. Körperlich leide er unter Bewegungseinschränkungen in der linken Schulter und einer starken Schmerzsymptomatik im Gesicht und der linken Schulter, zeitweise auch unter Schmerzen im Hüft- und Kniebereich. Auch habe er berichtet, unter starken Kopfschmerzen zu leiden und bis zu 3x/Woche kurzfristig das Bewusstsein zu verlieren. Die Diagnose lautete auf eine posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 8/54).

3.5

Bei subjektiv unverändert als schlecht geklagter Situation bezogen auf den Schwindel, die Schmerzen, die Gehfähigkeit und die Funktion des linken Armes seit dem Spitalaufenthalt im Z.____ veranlasste letzteres nach der Konsultation des Beschwerdeführers vom 12. Oktober 2017 (Urk. 8/71) MRIs der Schulter links sowie der ganzen Wirbelsäule, welchen gemäss Bericht desselben Instituts vom 30. Oktober 2017 keine Erklärung für die beschriebenen Beschwerden entnommen werden konnte (Urk. 8/73). Ein am 10. November 2017 durchgeführtes MRI des Schädels liess sodann weder Hinweise auf eine stattgehabte Blutung oder Diffusionsstörung noch auf eine frische Ischämie oder eine Nasenbeinfraktur erkennen (Urk. 8/81). 3.6

Dr. B.____ schloss gestützt auf diese Aktenlage und die anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung am 15. März 2018 erhobenen klinischen Befunde, dass im Bereich der Hals-, der Brust- und der Lendenwirbelsäule MR-tomographisch eine frische traumatische Läsion habe ausgeschlossen werden können, was auch für den Gesichtsschädel gelte. In Bezug auf die linke Schulter zeige sich bildgebend

eine zunehmende Konsolidierung der Akromionfraktur. Aus rein somatischer Sicht seien die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Bereich der linken Körperhälfte nicht nachvollziehbar. Die fehlende Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des AC-Gelenkes und des Akromions lasse auf eine vollständige Konsolidierung in diesem Bereich schliessen. Der Beschwerdeführer gebe eher Schmerzen im Bereich des M. rhomboideus major und minor an und demonstriere eine eingeschränkte aktive Beweglichkeit der linken Schulter. Die objektiven Umfangmasse des Ober- und Unterarms liessen aber keineswegs auf eine Schonung von 10 Monaten schliessen. Auch

könnten die demonstrierten Einschränkungen im linken Bein – der Beschwerdeführer halte das Bein völlig steif und gerade – aufgrund der klinischen Befunde und der bildgebenden Diagnostik nicht erklärt werden, zumal die Einschränkungen in beobachteten Momenten ganz anders ausfielen als in unbeobachteten und die erhobenen Umfangmasse ebenfalls auf keine längere Schonung schliessen liessen. Aus rein somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig; auch könne man aus somatischer Sicht keine weiteren Therapien mehr

anbieten, sei doch selbst Physiotherapie nicht zielführend, nach dem sich in den letzten Monaten keine Veränderung der subjektiven körperlichen Situation unter dieser Therapie ergeben habe und rein objektiv bis auf die nicht dislozierte konsolidierte Akromionfraktur keine traumatische strukturelle Läsion nachweisbar sei (Urk. 8/97). 3.7

Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, untersuchte den Beschwerdeführer am 25. Juni 2018. Anamnestisch ging er von einem Arbeitsunfall aus, bei welchem dem Beschwerdeführer aus zirka 15 Metern Höhe eine metallene Gerüstlade auf den behelmten Kopf und danach auf die linke Schulter gefallen sei. Den genauen Unfallablauf habe der Beschwerdeführer nicht in Erinnerung, habe er doch das Bewusstsein verloren und sei erst nach schätzungsweise 10-15 Minuten im Krankenwagen wieder zu sich gekommen. Geblieben seien ständige Kopf- und Nackenschmerzen, welche bei jeglicher körperlicher Belastung zunähmen mit gleichzeitig verstärktem Auftreten von Schwankschwindel. Daneben komme es zu Drehschwindel, hauptsächlich bei Lagewechsel. An der linken Hand bestehe zudem ein schmerzhaftes Steifigkeitsgefühl. Dr. H.____ ging von einem Status nach Arbeitsunfall mit Commotio Cerebri und Distorsionstrauma der HWS sowie multiplen Körperprellungen und einem posttraumatisch bedingten Drehschwindel, wahrscheinlich peripher-vestibulär sowie einem Schwankschwindel, wahrscheinlich zervikal bedingt, aus. Der Befund unter Frenzelbrille sei normal ausgefallen, obwohl der Beschwerdeführer einen Drehschwindel angegeben habe; auch hätten sich keine Hinweise für eine zentrale Genese des Schwankschwindels

finden lassen, weshalb dieser am ehesten zervikal bedingt sei; der EEG-Befund habe sodann keine epilepsieverdächtigen Signale ergeben (Urk. 8/119). 3.8

Am 12. Oktober 2018 unterzog sich der Beschwerdeführer auf Zuweisung von Dr. H.____ einem Untersuchung im I.____ des J.____. Ausgehend von den von Dr. H.____ gestellten Diagnosen und der Annahme, der Beschwerdeführer sei aus 15

m Höhe auf den Kopf gestürzt, hätten sich in der klinischen Untersuchung keine Hinweise auf ein peripher-vestibuläres oder zentral-vestibuläres Defizit, jedoch eine Anisokorie links<rechts und eine Atrophie der Beinmuskulatur links am ehesten im Rahmen einer Schonhaltung bei lumbovertebralem Syndrom ergeben. In der Zusammenschau der Befunde sei von einer posttraumatischen vestibulären Migräne als Ursache der Beschwerden bei belastungsabhängiger Exazerbation sowie Photo- und Phonophobie auszugehen. Zudem bestehe bei chronischem täglichem Schmerzmittelgebrauch zusätzlich ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, weshalb der Beschwerdeführer für einen Medikamentenentzug dem K.____ zugewiesen werde; zusätzlich werde eine Physiotherapie mit Fokus Schmerztherapie empfohlen (Urk. 8/142). 3.9

In seiner neurologischen Aktenbeurteilung vom 15. November 2018 wies der Kreisarzt Dr. C.____ angesichts der den Akten zu entnehmenden Dramatisierung der Schilderungen des Unfalls durch den Beschwerdeführer darauf hin, dass die anamnestischen Angaben für die Feststellung allfälliger Unfallfolgen nicht helfen würden. Der Rückgriff auf die apparativen Untersuchungsbefunde (ORL-Abklärung, Schädel CT und MRI, EEG) habe zu keinen pathologischen Befunden geführt, welche einen Rückschluss auf die vorliegenden Beschwerden zuließen. Im Lichte dessen erweise sich die Diagnose einer «posttraumatischen vestibulären Migräne» durch das J.____ als konstruiert und angesichts des sicherlich vorliegenden Medikamentenübergebrauchs völlig unzureichend begründet. Zudem sei umstritten, ob es dieses Krankheitsbild überhaupt gebe. Angesichts der

differenzieren die Beschreibung des Verhaltens des Beschwerdeführers beispielsweise bei der ORL-Untersuchung und der unauffälligen apparativen Befunde liegen mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit ein psychogener Schwindel vor. Aus Mangel an objektiven Befunden bezüglich eines Schädelhirntraumas sei zudem auch die Diskussion um eine posttraumatische Epilepsie nicht gerechtfertigt. Zusammenfassend seien den Unterlagen klare Hinweise auf eine erhebliche psychogene Symptomausweitung zu entnehmen. Die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers seien über die Zeit immer dramatischer ausgefallen und sein Verhalten und Erleben habe immer weniger mit der objektiven Befundlage in Einklang gebracht werden können. Mit Überwiegender Wahrscheinlichkeit liege weder eine posttraumatische Migräne noch eine posttraumatische Epilepsie vor (Urk. 8/144). 3.10

Dr. H.____ erstattete am 7. Mai 2019 einen weiteren Bericht. Sowohl der anhaltende Dreh- als auch der Schwanke Schwindel hätten sich auch diesmal nicht objektivieren lassen, der Befund unter der Frenzelbrille sei normal gewesen. Ein Teil der geschilderten Beschwerden dürfte somit zervikal bedingt sein im Sinne einer Folge des erlittenen Traumas (gemäss nunmehriger Anamnese: Sturz aus 15

m Höhe mit Commotio cerebri und HWS-Distorsion). Die Angabe eines verkleinerten Auges links habe ebenfalls nicht objektiviert werden können; im Status sei die Augenmotorik unauffällig gewesen (Urk. 8/151). 4. 4.1

Zu prüfen ist angesichts der Parteivorbringen zunächst die Rechtmässigkeit des Fallabschlusses und damit die Frage, ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (31. August 2018) von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden konnte. Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung standen dannzumal unstrittig nicht zur Diskussion (E. 1.3). 4.2

Was den Fallabschluss in Bezug auf die somatisch nachweisbaren Unfallfolgen anbelangt, stellte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. D.____ (Urk. 3.3), Dr. B.____ (Urk. 3.6) und Dr. C.____ (E. 3.9) zu Recht auf den Standpunkt, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine hinreichend nachweisbaren organischen

und behandlungsbedürftigen

unfallkausalen Folgen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr vorgelegen seien. So liess der Beschwerdeführer denn auch zu Recht nicht in Frage stellen, dass

seine weiterhin geklagten Beschwerden im Bereich der linken Schulter und der ganzen linken Körperseite entsprechend der Beurteilung von Dr. B.____ nicht (mehr) auf die beim Unfall erlittene Fraktur des Akromions links, welche gemäss Dr. B.____ zwischenzeitlich vollständig konsolidiert sei, und auch nicht auf die Kontusionen der linken Hüfte und des linken Knies, welche bildgebend zu keinen strukturellen Schäden geführt hatten (E. 3.1 und 3.5), zurückzuführen sind. Wie Dr. B.____ gestützt auf die Akten, ihre einlässliche klinische Untersuchung und unter Einbezug der diversen bildgebenden Befunde (MRI linke Schulter, HWS, BWS, LWS, Schädel und Gesichtsschädel) nachvollziehbar darlegte, fand sich weder für die vom Beschwerdeführer geklagte linksseitigen Ganzkörperschmerzen, noch für die Beschwerden im Bereich des M. Rhomboideus

major und minor oder für das Verhalten bezüglich des linken Beines (Tragen einer Unterarmgehstütze, Streckhaltung des linken Beines, starres Gangbild, Urk. 8/97) aus somatischer Sicht eine Erklärung. Entsprechend erachtete sie denn auch weitere Therapien wie die Durchführung einer Physiotherapie nicht als zielführend, zumal in den letzten Wochen und Monaten unter physiotherapeutischer Behandlung aus subjektiver Sicht keine Besserung eingetreten sei (Urk. 8/97/10).

Die Beurteilung von Dr. B.____ wird denn auch durch den vom Beschwerdeführer in diesem Verfahren eingereichten Bericht des L.____ vom 12. Dezember 2020 nicht in Frage gestellt, werden doch auch darin die vom Beschwerdeführer geklagten chronischen Schmerzen aus orthopädisch-chirurgischer wie auch neurologischer Sicht keiner objektivierbaren Ursache zugeführt (Urk. 14/1 S. 10 f.).

Was die vom Beschwerdeführer geklagten Schwindelbeschwerden anbelangt, welche akutenmässig erstmals im Austrittsbericht der A.____ vom 26. Juli 2017 als bei Klinikeintritt geklagte Beschwerden ihren Niederschlag fanden (Urk. 3.2), liessen sich dieselben weder anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. D.____ vom 25. Juli 2017 (E. 3.3) noch von Dr. H.____ objektivieren (E. 3.7 und 3.10). Auch im Bericht des L.____ vom 12. Dezember 2020 werden die Schwindelbeschwerden, wenn auch als zervikal ausgelöst (Urk. 14/1 S. 12), so doch letztlich als ätiologisch unklar erachtet (Urk. 13/1 S. 10), mithin als keinem strukturellen Substrat zuordenbar beurteilt. Soweit sich der Beschwerdeführer für seine Behauptung weiterhin vorliegender und behandlungsbedürftiger somatischer Unfallfolgen auf die Beurteilung im Bericht des I.____ des J.____ vom 12. Oktober 2018 beruft (Urk. 1 S. 7), wonach eine posttraumatische vestibuläre Migräne vorliege (E. 3.8), lässt die Aktenlage auch diesbezüglich nicht den Schluss auf ein klar ausgewiesenes organisches Substrat zu. Abgesehen davon, dass der Beurteilung ein völlig überzeichneter Unfallhergang zugrunde lag (ein Sturz aus 15 m Höhe auf die linke Seite des Kopfes), gelang es auch den Ärzten des J.____ nicht, ein peripher-vestibuläres oder zentral-vestibuläres Defizit zu objektivieren.

Nachdem von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen nur dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.2), sprach sich denn auch Kreisarzt Dr. C.____ angesichts fehlender apparativer Untersuchungsbefunde (ORL-Abklärung, Schädel CT und MRI, EEG) nachvollziehbar nicht nur gegen das Vorliegen eines objektivierbaren Schwindels respektive einer objektivierbaren vestibulären Migräne, sondern auch gegen das Vorliegen einer objektivierbaren, unfallkausalen posttraumatischen Epilepsie aus (E. 3.9). Letzteres findet denn auch

Bestätigung im Bericht von Dr. H.____ vom 25. Juni 2018, worin dieser epilepsieverdächtige Signale im EEG-Befund verneinte (E. 3.7), und letztlich gar im vom Beschwerdeführer in diesem Verfahren eingereichten Bericht der M.____ vom 14. Januar 2021, wonach im EEG vom 4. Januar 2021 wiederum keine epilepsietypischen Potenziale vorgelegen hätten und als Hauptdiagnose auf dissoziative Anfälle im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung mit aktiven Flash-Backs, depressiver Symptomatik sowie dissoziativ-somatoformen Beschwerden nach Arbeitsunfall vom 30. Mai 2017 geschlossen wurde (Urk. 14/2).

Was die im Bericht des J.____ erwähnte Anisokorie links<rechts anbelangt, konnte dieselbe von Dr.

H.____ am 7. Mai 2019 nicht mehr objektiviert werden (E . 3.10) und auch für die vom Beschwerdeführer geklagten linksseitigen Gesichtschmerzen, welche vom Z.____ einem Verdacht auf Trigeminydysästhesien zugeordnet wurden (E. 3.1), finden sich in den fachärztlichen neurologischen Akten keine Hinweise auf eine

damit im Zusammenhang stehende unfallbedingte neuronale Verletzung (E. 3.7, 14/1 S. 8) und damit eine organisch hinreichend nachweisbare Unfallverletzung . 4.3

Zusammenfassend führt die Würdigung der medizinischen Aktenlage zum Schluss, dass für die im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehend erbrachten Leistungen per 31. August 2018 geklagten Beschwerden kein auf den Unfall vom 30. Mai 2017 zurückzuführendes organisches Substrat im Sinne einer strukturell bedingten Veränderung (mehr) zu erkennen war. Von weiteren medizinischen Abklärungen hierzu sind angesichts der schlüssigen Aktenlage keine neuen

entscheidenden Erkenntnisse zu erwarten, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung darauf zu verzichten ist (BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d). 5.

E. 5

), worauf diese mit Eingabe vom 19. November 2019 unter Einreichung der einverlangten Akten verzichtete (Urk. 7, 8/1-165). Mit Verfügung vom 6. Dezember 2019 wurde das Gesuch um Wiederherstellung der Beschwerdefrist gutgeheissen und die Rechtzeitigkeit der Beschwerde vom 1. November 2019 festgestellt (Urk. 9). In der Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2020 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 11), wovon dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 6. Januar 2020 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 12). Am 27. Januar 2021 liess der Beschwerdeführer zwei weitere ärztliche Berichte einreichen (Urk. 13 , 14/1-2), welche der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 1. Februar 2021 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 15).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

E. 5.1

Lassen sich die im Zeitpunkt des Fallabschlusses noch geltend gemachten Beschwerden nicht mit einer organisch objektiv ausgewiesenen Folge des verstrichenen Unfalls erklären, hat rechtsprechungsgemäss eine eigenständige Adäquanzbeurteilung zu erfolgen (E. 1.1) , wobei auf eine vorgängige Prüfung der natürlichen Kausalität der anhaltend geklagten, nicht objektiv erklärbaren Beschwerden verzichtet werden kann, wenn es sich erweist, dass ein allfälliger natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend

ist (BGE 135 V 465 E. 5.1).

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin prüfte die Adäquanz in der Annahme, es lägen einzig noch rein psychosomatische Beschwerden vor, anhand der sogenannten Psycho pr axis (Urk. 2 S. 10).

Nachdem im Austrittsbericht des Z.____ vom 21. Juni 2017 lediglich ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma diagnostiziert und eine Bewusstlosigkeit sowie Erbrechen explizit verneint wurden und dem Bericht keinerlei Hinweise auf eine am Unfalltag festgestellte zeitliche oder örtliche Desorientierung oder sonstige mit einer Contusio cerebri zu vereinbarende neurologische Auffälligkeiten zu entnehmen sind, aufgrund welcher sich die behandelnden Ärzte veranlasst hätten sehen müssen, zumindest eine Bewertung nach dem sogenannten Glasgow Coma Score vorzunehmen (E. 3.1), kann bei der Kausalitätsprüfung nur von einem durch den Kopfanprall bewirkten Schädelhirntrauma ausgegangen werden, welches höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri (milde traumatische Hirnverletzung), nicht aber den Grenzbereich zu einer Contusio cerebri erreichte (Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Dass der Beschwerdeführer in seinen späteren Darstellungen von einer Bewusstlosigkeit berichtete, so gegenüber Dr. D.____ am 25. Juli 2017 von einer wohl kurzzeitigen (Urk. 8/37/2) und gegenüber Dr. H.____ am 25. Juni 2018 (E. 3.7) gar von einer schätzungsweise 10-15 Minuten dauernden, ändert an dieser Schlussfolgerung nichts, vermögen diese Vorbringen doch die zeitliche ärztliche Beurteilung des Z.____ nicht in Frage zu stellen. Dies gilt umso mehr, als dem Unfallbericht der Stadtpolizei Zürich vom 5. April 2018 kein Hinweis auf eine Bewusstlosigkeit des Beschwerdeführers zu entnehmen ist; vielmehr wurde festgehalten, dass der Sachverhalt mit dem Beschwerdeführer auf der Unfallstelle wegen der Sprachprobleme nicht abschliessend habe geklärt werden können, Arbeitskollegen seien keine vor Ort gewesen und hätten auch nachträglich nicht ausfindig gemacht werden können; der Beschwerdeführer sei seit dem Unfall nicht mehr erreichbar gewesen (Urk. 8/106/8). Eine genauere Dokumentation des Unfalls war dazumal folglich nicht möglich (BGE 134 V 109 E. 9.2) und eine sorgfältigere Abklärung eines allfällig schwereren Schädelhirntraumas im Z.____ angesichts fehlender neurologischer Befunde nicht angezeigt.

Hinzu kommt, dass innert der massgeblichen Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfallereignis abgesehen von der bereits im Bericht des Z.____ erwähnten Schlafstörung keine einem sogenannten typischen Beschwerdebild zuordenbaren

Beschwerden

(SVR 2009 UV Nr. 23 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 9C_574/2009 vom 9. Dezember 2009 E. 5.3.1) echtzeitlich dokumentiert sind. Was zudem die von Dr. H.____ in seinem Bericht vom 26. Juni

2018 gestellte Diagnose eines Distorsionstraumas der HWS anbelangt (Urk. 8/119/1), fehlt es nicht nur an Hinweisen auf einen Unfallmechanismus mit einer für diese Verletzung typischen Peitschenbewegung, sondern auch an einer in den unfallnahen medizinischen Akten gestellten, gesicherten Diagnose (BGE 134 V 109 E. 9).

Da nach dem oben Gesagten keine schleudertraumaähnliche Verletzung und höchstens ein Schädelhirntrauma vom Schweregrad einer Commotio cerebri vorgelegen hat, ist die Adäquanzprüfung auch unter diesem Titel nicht nach den Regeln der Schleudertrauma-Praxis zu prüfen (Urteile des Bundesgerichts 8C_258/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 4.3.2; 8C_44/2017 vom 19. April 2017 E.

4.2.3); entsprechend nahm die Beschwerdeführerin die Prüfung der Adäquanz im Ergebnis zu Recht nach derjenigen für psychogene Fehlentwicklungen nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 vor, was praxisgemäss die Ausklammerung psychischer respektive nicht organisch nachweisbarer Beschwerden bei der Beurteilung zur Folge hat (Urteile des

Bundesgerichts 8C_903/2009 vom 28. April 2010 E. 4.6; 8C_533/2008 vom 26. November 2008 E. 5.1) . 5. 3

Die Prüfung der Adäquanz ist bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116; Urteil des Bundesgerichts 8C_184/ 2017 vom 13. Juli 2017 E. 2.2), was nach dem oben Gesagten (E. 4) im Zeitpunkt der Leistungseinstellung der Fall war .

E. 5.4.1

Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 115 V 133

E. 6; SVR 2010 UV Nr. 3). Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2010 UV Nr. 3 E. 9.1 und 2008 UV Nr. 8 E. 5.3.1).

E. 5.4.2

Das Ereignis vom 30. Mai 2017, bei welchem dem Beschwerdeführer gemäss Unfallprotokoll der Stadtpolizei Zürich ein Teil eines Gerüsts , welches er seinen Arbeitskollegen vom Boden her in das oberliegende Obergeschoss reichte und einem Arbeitskollegen aus den Händen rutschte , auf die Schulter respektive gemäss Anamnese im Bericht des Z.____ vom 21. Juni 2017 auf die linke Körperseite fiel und dabei den behelzten Kopf indirekt traf (Urk. 8/106/7, E.

3.1), wurde von der Beschwerdegegnerin als mittelschwer im eigentlichen Sinne eingestuft.

Was die Fallhöhe des

Gerüsteteils , welches vom Beschwerdeführer

als ein ca. 2

Meter langes und 30 cm breites Eisenstück von zirka 30 Kilogramm geschildert wurde (Urk. 8/62/1), anbelangt, wurde diese gemäss Anamnese im Bericht des Z.____ mit 3 Metern angegeben (E. 3.1). Anlässlich des Gesprächs mit dem Aussendienstmitarbeiter vom 2. November 2017 erklärte der Beschwerdeführer sodann, ein gewisser « N.____ », welcher sich im 6. Stock befunden habe, habe das Eisenstück aus Versehen fallen lassen (Urk. 8/62/1). Obwohl sich der Beschwerdeführer gemäss Anamnese im Bericht von Dr. H.____ vom 26. Juni 2018 an den genauen Unfallablauf nicht erinnern konnte , berichtete er diesem gegenüber, dass ihm aus ca. 15 m Höhe eine metallene Gerüstelade auf den Kopf und danach auf die linke Schulter gefallen sei (E. 3.7). Im Bericht des J.____ vom 12. Oktober 2018 findet sich sodann die Angabe eines Sturzes aus 15 m Höhe auf die linke Seite des Kopfes (E. 3.8). Auch wenn sprachliche Schwierigkeiten des Beschwerdeführers (vgl. dazu unter anderem: Urk. 8/34/2) gegebenenfalls zu anamnestischen Ungenauigkeiten geführt haben mögen , so ist die Steigerung der Dramaturgie in den

Darstellungen des Unfallhergangs durch den Beschwerdeführer im Laufe der Zeit unübersehbar. Angesichts dessen sowie des Umstandes , dass Zeugen von der Stadtpolizei Zürich offensichtlich nicht ausfindig gemacht werden konnten (Urk. 8/106/8)

und der Beschwerdeführer weder im vorinstanzlichen Verfahren nähere Angaben zum beteiligten Arbeitskollegen « N.____ » machte, noch in diesem Verfahren eine diesbezügliche Zeugenaussage offerierte, ist entsprechend der gerichtlichen Praxis im Bereich des Sozialversicherungsrechts, wo nach in der Regel auf die «Aussagen der ersten Stunde», denen in beweismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können, abzustellen ist (BGE 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis), der ursprünglichen Unfallschilderung des Beschwerdeführers mit der geschilderten Fallhöhe von ca. 3 Metern zu folgen.

Ausgehend von diesem Geschehensablauf ist der Unfall im Lichte vergleichbarer Fälle als mittelschwer im eigentlichen Sinne einzustufen. Eine Einordnung im Grenzbereich zu den schweren Unfällen lässt sich mit Blick auf die höchst richterliche Rechtsprechung nicht rechtfertigen: Entsprechende Schweregrade werden regelmässig nur bei Unfällen mit deutlich höheren Krafteinwirkungen angenommen; so beispielsweise beim Angriff zweier scharfer Wach- und Schutzhunde mit einem Gewicht bis 45 kg (Urteil U 146/01 vom 16. Juli 2001) oder bei einem ausser Kontrolle geratenen Einsturz eines Garagengebäudes, wobei es durch die einstürzende Seitenwand des Gebäudes zu einer erheblichen Gewalteinwirkung auf den Versicherten kam mit verschiedenen Frakturen und anderen Verletzungen als Folge (Urteil des Bundesgerichts U 89/99 vom 10. Juli 2000; weitere Beispiele in RKUV 2005 Nr. U 548 S. 228, Urteil des Bundesgerichts U 306/04 E. 3.3.2).

Der vorliegende Fall ist vielmehr mit folgenden bundesgerichtlich beurteilten Konstellationen zu vergleichen: Eine etwa 15 kg schwere Reklametafel fiel der versicherten Person aus einer Höhe von etwa 2 m auf den Kopf und den Nacken (Urteil 8C_715/2009 vom 30. März 2010 E. 6.2); ein Gast sass in einem Restaurant, als sich eine Deckenplatte löste und auf ihn fiel (Urteil 8C_488/2009 vom 30. Oktober 2009 E. 5.3); die Versicherte sass als Gast einer Geburtstagsfeier auf einer Bank an einer Hausfassade, als eine « Hollywoodschaukel », welche sich auf der darüberliegenden Dachterrasse befand, durch eine Windböe erfasst wurde und über das Geländer auf sie fiel (Urteil

8C_957/2008 vom 1. Mai 2009 E. 4.3.1); der Versicherte testete einen Lieferwagen, auf dessen Ladebrücke ein ungefähr 1000 kg schwerer Wassertank stand; nach Einleitung einer Vollbremsung aus einer Geschwindigkeit von ca. 70 km/h kippte der in der Mitte der Ladebrücke stehende Wassertank um und prallte gegen Lade- und Kabinenwand (Urteil 8C_280/2008 vom 10. September 2008 E. 3.3); bei « Abspitzarbeiten » an einer Betondecke wurde ein Versicherter von einem herunterfallenden Gesteinsstück getroffen und am Kopf sowie an der Schulter links verletzt (Urteil U 568/06 vom 29. Juni 2007 E. 3.1); ein anderer wurde von einer aus fünf Metern Höhe zu Boden fallenden 15,6 kg schweren Schalttafel am Kopf getroffen (Urteil U 282/00 vom 21. Oktober 2003 E. 4.2).

Wie das Bundesgericht sodann in vergleichbaren Fällen, bei welchen der Kopf von einem schweren Gewicht getroffen wurde (Urteile des Bundesgerichts 8C_957/2008 vom 1. Mai 2009, 8C_57/2008 vom 16. Mai 2008, U 568/06 vom 29. Juni 2007 und U 282/00 vom 21. Oktober 2003), erwogen hatte, sind für die Qualifikation hauptsächlich die sich beim Vorfall entwickelnden Kräfte massgeblich. Selbst wenn im vorliegenden Fall von einer grösseren Fallhöhe und damit einer höheren Fallgeschwindigkeit auszugehen wäre, welche wiederum eine grössere physikalische Einwirkung auf den Kopf und die linke Körperseite zur Folge gehabt hätte, fehlt es vorliegend, wie die relativ geringen somatischen Ver

letzungen (ausser der gering dislozierten Akromionfraktur einzig Kontusionen im Bereich linke Hüfte und linkes Knie und des Gesichts) zeigen, an der für die Zuordnung zu den schwereren Unfällen im mittleren Bereich bzw. im Grenz bereich zu den schweren Unfällen erforderlichen Intensität der (Gewalt-)Ein wirkung auf den Körper. Der Umstand allein, dass ein Unfallereignis potentiell geeignet wäre, körperlich gravierende Verletzungen oder gar den Tod einer Per son herbeizuführen, rechtfertigt keine abweichende Beurteilung.

Auch das hier zu beurteilende Ereignis ist damit den Unfällen im eigentlichen mittleren Bereich zuzuordnen.

E. 5.4.3

Um die Adäquanz der aufgetretenen Beschwerden bejahen zu können, müssten demnach von den weiteren, objektiv fassbaren und unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehenden oder als Folge davon erscheinenden Umständen, welche als massgebende Kriterien in die Gesamtwürdigung einzubeziehen sind, mindestens drei oder eines der Kriterien ausgeprägt erfüllt sein (Urteil des Bun desgerichts 8C_897/2009 vom 2 9. Januar 2010 E. 4.5) :

Was die Schwere oder besondere Art der erlit tenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen an be langt, kann weder in der erlittenen Fraktur des Akromions links noch den Kon tusionen der linken Gesichtshälfte , der Hüfte oder des linken Knie s eine solche erblickt werden, was auch für das erlittene leichte SHT gilt (BGE 134 V 109 E.

10.2.2).

Das Adäquanzkriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit ist bei objektiver Betrachtungsweise zu verneinen; es liegen keine Umstände vor, welche die Bejahung einer besonderen Dramatik oder besonderen Eindrücklichkeit rechtfertigen. Dabei ist zu beachten, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, w elche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2008 vom 2 0. November 2008 E. 5.2), und dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. H. ___ angab (Urk. 8/119/1), sich nicht genau an den Unfallhergang zu erinnern, weshalb diesem Kriterium ohnehin nur eine beschränkte Bedeutung beigemessen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_624/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.2).

Die Heilbehandlung der objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erschöpfte sich nach dem Austritt aus der A. ___ am 2 6. Juli 2017 in erster Linie in Physiotherapie (vgl. Urk. 8/34/3, 8/54/1, 8/97/3). Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung der organisch ausgewiesenen Unfallfolgen ist damit nicht gegeben. Praxisgemäss werden an dieses Kriterium deutlich höhere Anfor derungen gestellt (vg l. etwa SVR 2009 UV Nr. 22 E. 5.4, Urteil des Bundesgerichts 8C_30/20 09 vom 1 3. Mai 2009 E. 5.2.3). Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die organisch ausgewiesenen Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte , ist so dann aktenmässig ebenso wenig ausgewiesen wie ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen ; für die Erfüllung des letzteren Kriteriums genü gen weder die Einnahme vieler Medikamente noch der Umstand, dass trotz regel mässiger Physiotherapie keine subjektive Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (Urteil e des Bundesgerichts 8C_252/2007 vom 1 6. Mai 2008 E. 7.6 und 8C_57/2008 vom 1 6. Mai 2008 E. 9.6.1). Was das Kriterium der körperlichen Dauer schmerzen anbelangt, imponierten dieselben spätestens im Zeitpunkt der kreisärztlichen

Untersuchung durch Dr. B.____ vom 15. März 2018 als psychosomatisch, weshalb auch dieses Kriterium nicht erfüllt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6). Was letztlich Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit betrifft, stellte sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zu Recht auf den Standpunkt, dass dessen Beurteilung offenbleiben kann, genüge die Erfüllung dieses Kriteriums alleine doch ohnehin nicht zur Bejahung der Adäquanz (Urk. 2 S. 14) und wäre dieses ohnehin nicht in ausgeprägtem Masse erfüllt (Urteil des Bundesgerichts 8C_627/2019 vom 10. März 2020 E. 5.4.5).

E. 5.5

Zusammenfassend fehlt es den im Zeitpunkt des Fallschlusses geltend gemachten Beschwerden an der adäquaten Kausalität zum Unfall vom 30. Mai 2017. Der angefochtene Entscheid erweist sich nach dem Gesagten als rechtsens; die Beschwerde ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Vogel Muraro

E. 6

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG) erforderlichlichen natürlichen Kausalzusammenhang (BGE 129 V 177 E. 3.1) zutreffend wiedergegeben.

Richtig sind auch die Erwägungen zur überdies erforderlichen Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (vgl. auch BGE 129 V 177 E. 3.2, 125 V 461 E. 5a mit Hinweisen) sowie bei psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 138 ff. E. 6) und Unfällen mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS), Schädel-Hirntrauma oder gleichgestellter Verletzung (BGE 134 V 109 ff.; 117 V 359, 369; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E- 2) mit Einschluss der Rechtsprechung zur Abgrenzung der Anwendungsbereiche dieser beiden Vorgehensweisen (BGE 127 V 103 E. 5b/ bb, 123 V 99 E. 2a, Urteile des Bundesgerichts 9c_957/2008 E. 4.2, 8C_318/2013 vom 18. September 2013 E. 5.1). Darauf wird verwiesen.

E. 11

S. 5).

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