

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00009 vom 21. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00009)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00009 du 21 août 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00009 del 21 agosto 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1982, war seit April 2010 bei der Y.\_\_\_\_ AG

als Projektleiter angestellt und damit bei der Suva versichert, als er sich am

#### E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffs Umschreibung 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. 1.3**

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 überwiegen den Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa ). Die bloss e 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. 1.4**

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 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).

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 14. Januar 2020 Beschwerde (Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 29. November 2019 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufgehoben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten (S. 2 Ziff.

1), eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin unter Anweisung zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens zurückzuweisen, damit sie hernach nochmals über die gesetzlichen Ansprüche entscheide (S. 2 Ziff. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 23. März 2020 (Urk. 7) beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 24. März 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, unter Berücksichtigung der rechtzeitiglichen medizinischen Berichte ohne Hinweise auf eine objektivierbare Schulterschädigung, der bildgebenden Abklärungen so wie der kreisärztlichen Beurteilung scheine ausser Frage zu stehen, dass die vom Beschwerdeführer geklagten beidseitigen Schulterbeschwerden nicht als Unfallfolgen zu qualifizieren seien (S. 5 f.).

Die Abklärungen betreffend die Schädigungen an der Wirbelsäule und an der Hüfte hätten keine Hinweise für eine traumatische Läsion ergeben. Es zeigten sich einzig degenerative Veränderungen unter anderem in Form von krankhaften Bandscheibenschäden. Damit liessen sich keine unfallkausalen, objektivierbaren Schädigungen im Zusammenhang mit den erwähnten Rückenbeschwerden belegen (S. 6). Solche Beeinträchtigungen seien, wenn sie überhaupt als natürlich kausal zu einem bestimmten Unfall betrachtet würden, nicht ohne weiteres auch adäquat, wie dies bei Schädigungen mit organischem Substrat im Sinne struktureller Veränderungen der Fall sei. Es müsse eine gesonderte, eigenständige Beurteilung der Adäquanz erfolgen (S. 7). Beim Beschwerdeführer sei von den Ärzten des Spitals Z. \_\_\_ lediglich die Diagnose einer Halswirbelsäulenkontusion und von den Ärzten der Rehabilitationsklinik A. \_\_\_ einzig eine entsprechende Prellung der Halswirbelsäule diagnostiziert worden. Damit sei die Einstellung der Leistungen per Ende Juli 2018 nicht zu beanstanden. Selbst unter Berücksichtigung eines Schleudertraumas würde sich am Ausgang des Verfahrens nichts ändern (S. 7 f.). Es sei vorliegend keines der erwähnten Adäquanzkriterien erfüllt, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Rückenbeschwerden und dem Unfall vom 2. August 2017 folglich zu verneinen sei (S. 14).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber geltend, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, ein Gutachten einzuholen. Damit habe sie Bundesrecht verletzt. Eine Adäquanzbeurteilung sei aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte evidenzbasiert gar nicht möglich, zumal weder eine Kausalitätsprüfung der bestehenden Hüftproblematik noch der Knieproblematik durch unabhängige Gutachter erfolgt sei (S. 5). Das Ausmass und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sprächen als Indiz für die Bejahung der Adäquanz des Kausalzusammenhangs zum Unfall. Sodann falle der schleppende Heilungsverlauf auf, der im Sinne der Rechtsprechung als schwierig bezeichnet werden müsse. Ferner liege eine Häufung der für das Schleudertrauma der Halswirbelsäule typischen Beschwerden vor. Damit sei auch das Kriterium der Dauerbeschwerden erfüllt (S. 9). Es sei vorliegend zwingend von adäquaten und kausalen Unfallfolgen auszugehen (S. 10).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer aus dem Unfallereignis vom 2. August 2017 über den 31. Juli 2018 hinaus Anspruch auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung hat und damit insbesondere, wie es sich mit der Kausalität der über diesen Zeitpunkt hinaus geklagten Beschwerden verhält.

### **E. 3.1**

Am 2. August 2017 stürzte der Beschwerdeführer mit dem Motorrad und verletzte sich dabei an der Halswirbelsäule (HWS) und der Brustwirbelsäule (BWS) sowie am Becken (vgl. Urk. 8/1 Ziff. 9). Die Erstbehandlung erfolgte im Spital in Kroatien (vgl. Urk. 8/1 Ziff. 11).

Am 4. August 2017 wurde der Beschwerdeführer ambulant im Spital Z.\_\_\_\_ behandelt (vgl. Urk. 8/8/7-9 = Urk. 8/170/19-22 = Urk. 8/9/2-4). Die Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_ nannten als Diagnose einen Status nach Motorradunfall am 2. August 2017 mit HWS-Kontusion mit Verdacht auf muskuläre Zerrung des Musculus

Sternocleidomastoideus beidseits, Thoraxkontusion beidseits sowie Hüftkontusion beidseits. Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei nach dem Sturz selbständig aus der Grube herausgestiegen. An den exakten Sturzvorgang könne er sich nicht mehr erinnern, es habe jedoch keine Bewusstlosigkeit und keine Amnesie bestanden (S. 1 unten). Die CT-Abklärung der HWS sowie des Thorax habe keinen Hinweis auf eine frische knöcherne Verletzung ergeben. Es bestehe eine regelrechte Segmentation sowie ein Status nach ventraler Spondylodese HWK 6/7. Es finde sich kein Hinweis auf eine Lockerung des Osteosynthesematerials. Das Röntgen des Beckens habe ebenfalls keinen Hinweis auf eine ossäre Läsion ergeben. Nach der klinischen und radiologischen Untersuchung hätten Frakturen, ein Pneumothorax und eine Milzruptur ausgeschlossen werden können. Es werde eine gut eingestellte analgetische Behandlung empfohlen (S. 2).

### **E. 3.2**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, berichtete am 14.

August 2017 (Urk. 8/12) und nannte folgende Diagnosen: - zervikales Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion mit direktem Kopfaufprall am 2. August 2017 - lumbales Schmerzsyndrom nach Sturz am 2. August 2017 - Status nach Spondylodese C6/7 vom 17. Juni 2013

Er führte aus, der Beschwerdeführer klagt über persistierende Nackenschmerzen sowie tieflumbale Rückenschmerzen. Weiter erwähne er Schwindelgefühle sowie Kopfschmerzen. Da der Beschwerdeführer nun zunehmend auch neurovegetative Beschwerden entwickle, sollte eine rasche Beurteilung erfolgen, um zu klären, ob allenfalls eine Rehabilitation indiziert sei (S. 1).

### **E. 3.3**

Am 24. August 2017 (Urk. 8/63) wurde in der Radiologie C.\_\_\_\_ eine Magnetresonanztomographie (MRI) der LWS durchgeführt, wobei Frakturen an der LWS und dem Becken ausgeschlossen wurden. Es fanden sich keine Knochenkontusionsmarken sowie eine unauffällige abgebildete Muskulatur ohne entzündliche Zeichen für Kontusionsmarken. Es wurde eine leichte Segmentdegeneration des Diskus L5/S1 festgestellt.

### **E. 3.4**

Am 1. September 2017 (Urk. 8/64) wurde in der Radiologie C.\_\_\_\_ eine Magnetresonanztomographie (MRI) der HWS durchgeführt. Es fand sich kein Nachweis traumatischer Läsionen der HWS. Es wurden leichte degenerative Veränderungen auf Höhe HWK5/6 mit leichter breitbasiger

Diskus protrusion mit foraminaler Einengung links betont ohne Nervenwurzelkompression festgestellt.

### **E. 3.5**

Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nahm am 17.

Oktober

2017 (Urk.

8/ 51) Stellung und führte aus, nach dem Motorradunfall seien keine strukturellen Veränderungen festgestellt worden. Insbesondere sei es nach Aktenlage zu keiner Lockerung des Spondylodesematerials C6/7 gekommen. Von Dr. B.\_\_\_\_

(vorstehend E.

3.2) würden zervikale Schmerzen und Kribbelparästhesien beschrieben. Diese Symptome seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer prolongierten Symptomatik unfallabhängig bei Vorzustand zuzuschreiben. Einer ambulanten Rehabilitation könne entsprochen werden. Eine Kontrolle sollte nach 12 Wochen erfolgen.

### **E. 3.6**

Die Ärzte der Rehaklinik A.\_\_\_\_ berichteten am 23. Oktober 2017 (Urk. 8/55) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 12. September bis 17. Oktober 2017 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Unfall vom 2. August 2017: Motorradunfall - HWS-Kontusion mit Verdacht auf muskuläre Zerrung des Musculus

sternocleidomastoideus beidseits (bei Vorzustand) - Thoraxkontusion beidseits - Hüftkontusion beidseits - Bandscheibenvorfall C6/7 nach Zerrung HWS beim Hantel Training - 17. Juni 2013 Spondylodese HWK6/7 mit Cage-Interposition - Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22)

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer nach Austritt aus der stationären Rehabilitation ein zweiwöchiges Timeout wünsche, um sich um seine persönlichen Dinge kümmern zu können. Anschliessend sei die Wiederaufnahme der Arbeit zunächst halbtags und begleitender zweiter Rehapphase auf ambulanter Basis per 6. November 2017 geplant. Nach dem Reha-Aufenthalt seien keine spezifischen Massnahmen aus dem psychosomatischen Bereich notwendig. Bei Bedarf und Initiative des Beschwerdeführers sei eine Psychotherapie sinnvoll, da es doch zu psychischer Instabilität durch den Unfall komme. Dies könnte sich ungünstig auf die berufliche Reintegration auswirken. Im Moment sehe der Beschwerdeführer diesbezüglich keinen Handlungsbedarf. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Die Tätigkeit als Projektleiter könne der Beschwerdeführer zunächst halbtags und nach Abschluss der ambulanten Rehabilitation ganztags aufnehmen (S. 2).

### **E. 3.7**

Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik F.\_\_\_\_, berichtete am 15.

November 2017 (Urk. 8/62/2-3) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Polytrauma am 2. August 2017 mit - Verdacht auf Micro Instabilität im Bereich der HWS bei Status nach anteriorer Diskektomie Stabilisation C6/7 2013 - Verdacht auf Fazettengelenksarthrose und eventuell Kompression Wurzel S1 links lumbal - Verdacht auf Impingement -Konfiguration Hüfte beidseits

Er führte aus, dass seit dem Polytrauma verschiedene Probleme bestünden. Einerseits würden im Bereich der HWS unregelmässige Blockaden auftreten, zum Teil auch Kribbelparästhesien im Bereich der rechten Hand ulnar und palmar. Im Bereich lumbal bestünden einerseits Schmerzen, andererseits Gefühle von ziehen den Schmerzen, welche auch ausstrahlen würden. Im Bereich der Hüfte beidseits bestünden inguinale Schmerzen und tief gluteale Schmerzen, welche bewegungsabhängig seien (S. 1).

### **E. 3.8**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Klinik F.\_\_\_\_, berichtete am 5.

Dezember 2017 (Urk. 8/89/2-4) über die elektrophysiologische und neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie führte aus, dass sich angesichts der neurologischen, elektrophysiologischen und radiologischen Befunde keinerlei Zeichen einer Nervenwurzel- oder Myelonkompression im HWS-Bereich fänden. Sowohl klinisch als auch elektrophysiologisch lasse sich auch eine radikuläre Ausfallsymptomatik S1 links ausschliessen. Eine regelmässige Physiotherapie sei konsequent weiterzuführen (S. 3).

### **E. 3.9**

Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik F.\_\_\_\_, berichtete am 13.

Dezember 2017 (Urk. 8/76) und nannte als Diagnose einen Knorpelschaden Grad IV am medialen Femurkondylus rechts. Er führte aus, in der Anamnese des rechten Knies kämen drei Knieoperationen vor. 2005 sei eine Teilmeniskektomie medial rechts, 2005 eine weitere Knieoperation und 2006 eine dritte Knieoperation durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer gebe an, nach der letzten Knieoperation keine Beschwerden mehr gehabt zu haben (S. 1). Die Knieschmerzen rechts könnten auf einen Knorpelschaden des medialen Femurkondylus zurückgeführt werden. Eine nachweisbare Instabilität bestehe nicht. Falls

die Beschwerden anhalten würden und mit konservativen Massnahmen nicht beherrscht werden könnten, müsste ein Knorpelreparationsverfahren zur Anwendung kommen. Dabei müssten aber wohl auch die Achsen des rechten Kniegelenks korrigiert werden. Das linke Kniegelenk weist kein Substrat auf. Die Beschwerden müssten als Überlastung interpretiert werden (S. 2).

### **E. 3.10**

Die Ärzte der Rehaklinik A.\_\_\_\_ berichteten am 15. Dezember 2017 (Urk. 8/77) über die ambulante Rehabilitation des Beschwerdeführers vom 6. November bis 1. Dezember 2017 und führten aus, ab dem 4. Dezember 2017 bestehe eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 3. Januar 2018 bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 2). Gesamthaft betrachtet könne aufgrund der Diagnosen, der klinischen und radiologischen Befunde die derzeit immer noch geltend gemachten, multiplen Beschwerden sowohl am Achsenskelett, als auch am rechten Knie und die entsprechenden Funktionseinschränkungen zwar teils in ihrer Lokalisation, jedoch nicht in ihrer Intensität erklärt werden. Die Beschwerden dürften am ehesten Ausdruck sein einer bereits sich abzeichnenden Schmerzchronifizierung. Der Beschwerdeführer habe sich trotz mehreren Schmerzexazerbationen in der Lage gesehen, mit dem Trainingsprogramm fortzufahren und auf das Zurückgreifen auf die während des stationären Aufenthaltes abgesetzten Opiate weiterhin zu verzichten. Die Beweglichkeit des Rückens habe verbessert werden können. Die Kraft in den Beinen habe sukzessive gesteigert werden können. Der Beschwerdeführer habe eine deutlich verbesserte Stabilisierungsfähigkeit des Rückens gezeigt (S. 3).

### **E. 3.11**

Suva-Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 3. Januar 2018 Stellung (Urk. 8/79) und führte aus, die geltend gemachten Beschwerden des rechten Knies seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 2. August 2017 zurückzuführen. Das Unfallereignis habe das Knie nicht betroffen. Hier liege eine fortgeschrittene Verschleisserkrankung vor, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal sei.

Am 4. Januar 2018 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus (Urk. 8/81), nach Berücksichtigung der ärztlichen Unterlagen im Dossier ab 2005 seien die Beschwerden des rechten Kniegelenks mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall von 2005 zurückzuführen.

### **E. 3.12**

Prof. E.\_\_\_\_, Klinik F.\_\_\_\_, berichtete am 10. Januar 2018 (Urk. 8/100/2) und führte aus, der Beschwerdeführer habe sich in der Reha-Kur gut erholen können. Mittlerweile habe auch eine Abklärung des rechten Knies stattgefunden. Diesbezüglich sei ihm eine Umstellungsosteotomie empfohlen worden. Der Beschwerdeführer sei sich sehr unsicher, bezüglich dieser, aber auch bezüglich der beidseitigen chirurgischen Hüftluxationen. Vorerst möchte er nur die Infiltrationen im Lumbalbereich durchführen lassen.

### **E. 3.13**

Suva-Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 24. Januar 2018 Stellung (Urk. 8/93) und führte aus, für die geplante stationäre Rehabilitation in I.\_\_\_\_ könne Kostengutsprache erteilt werden.

### **E. 3.14**

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Klinik F.\_\_\_\_ , berichtete am 6.

Februar 2018 (Urk. 8/103) und nannte als Diagnose einen Verdacht auf eine Labrum- oder SLAP-Läsion der linken Schulter bei Status nach Motorradunfall am 2. August 2017. Er führte aus, dass die Becken- und Kniebeschwerden im Vordergrund stünden. Deshalb sei dem Beschwerdeführer empfohlen worden, die Schulter so zu belassen und den Spontanverlauf abzuwarten. Es bestehe noch eine ordentliche Chance, dass sich die Schulter spontan erholen werde.

### **E. 3.15**

Prof. Dr. H.\_\_\_\_ , Klinik F.\_\_\_\_ , berichtete am 19.

Februar

2018 (Urk.

8/108/2-3) und führte aus, dass der Beschwerdeführer berichte, die linke Hüfte schmerze genauso stark wie das rechte Kniegelenk. Es bestehe eine Grenzindikation für eine Valgisations-Osteotomie rechts. Falls man sich aber entscheidet, ein Knorpelreparationsverfahren rechts anzuwenden, müsste die Valgisations durchgeföhrt werden. Da auch die linke Hüfte schmerzhaft sei, müsse diese allenfalls vorher angegangen werden (S. 1). Vor dem grossen Knieeingriff rechts wäre es aber sinnvoll, eine PRP-Behandlung durchzuführen, um allenfalls einen operativen Eingriff zu verhindern (S. 2).

### **E. 3.16**

Suva-Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 5. März 2018 Stellung (Urk. 8/110) und führte aus, das letzte Knie-MRI im Dossier sei vom 2. Februar 2006. Es seien aktuelle MRI Bilder einzuholen und dann eine Neu beurteilung durchzuführen. Im Rahmen der Reha in A.\_\_\_\_ sei ein Misstritt erfolgt, woraufhin Knieschmerzen aufgetreten seien. Ausgehend von einer Kniedistorsion wäre der status quo sine drei Monate nach dem Misstritt , also am 8. Januar 2018 eingetreten .

Am 14. März 2018 (Urk. 8/116) führte Suva-Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ sodann aus, an den Hüften und am Rücken lägen keine strukturellen Läsionen vor, welche überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 2. August 2017 zurückzuführen seien. Eine Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund des Knies nicht ausgewiesen. Sitzende Tätigkeiten mit ab und zu Stehen und Gehen seien dem Beschwerdeführer zuzumuten. Durch eine Kreisarztuntersuchung wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

### **E. 3.17**

Die Ärzte der Klinik I.\_\_\_\_ berichteten am 5. März 2018 (Urk. 8/123/2-7) über die stationäre Rehabilitation des Beschwerdeführers vom 6.

Februar bis 5. März 2018 und führten aus, der Beschwerdeführer sei multimodal stationär rehabilitiert worden. Es sei dem Beschwerdeführer gelungen, während des gesamten Aufenthaltes abgesehen von vier Einnahmetagen auf die Einnahme von Schmerzmitteln zu verzichten. Gesamthaft habe leider auch im Rahmen der Physiotherapie und physikalischen Therapie keine wesentliche Verbesserung insbesondere der chronischen Schmerzsymptomatik erzielt werden können. Die fehlende Verbesserung der Schmerzsymptomatik nach Schmerzmittelentzug spreche gegen das Vorliegen eines

Medikamentenübergebrauchs kopfschmerzes. Allerdings könne die Besserung auch hier mit Verzögerung nach bis zu zwei Monaten auftreten. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 5. April 2018 bescheinigt worden (S. 2).

### **E. 3.18**

Suva-Kreisarzt Dr. D.\_\_\_\_ nahm am 12. April 2018 Stellung (Urk. 8/124) und führte aus, von einer weiteren Behandlung könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden. Insbesondere seien keine strukturellen Läsionen durch den Unfall zu erkennen gewesen.

Am 12. Juli 2018 (Urk. 8/142) führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, dass keine strukturellen Läsionen an den beiden Schultern vorlägen, welche überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 2. August 2017 zurückzuführen seien.

### **E. 3.19**

Dr. J.\_\_\_\_ berichtete am 11. Juli 2018 (Urk. 8/145) über die Infiltration glenohumeral rechts mit Lidocain und Triamcort. Es gehe dem Beschwerdeführer viel besser. Sollten die Beschwerden wieder auftreten, könnte die Schulter arthroskopisch angegangen werden mit Bicipstenodese. Auch im Bereich der linken Schulter könnte das Gelenk glenohumeral mit Kortison infiltriert werden. Der Beschwerdeführer werde sich bei Bedarf melden.

Am 12. September 2018 (Urk. 8/163) führte Dr. J.\_\_\_\_ aus, angesichts des Verlaufs sei dem Beschwerdeführer die Möglichkeit der Bicipstenodese erläutert und auch empfohlen worden. Beidseitig werde wahrscheinlich eine Acromioplastik durchgeführt und die Manschette beurteilt werden.

### **E. 3.20**

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, Klinik L.\_\_\_\_, berichtete am 28. September 2018 (Urk. 8/166) und führte aus, priorisiert würden die Schmerzen im Nacken sowie die Schmerzen im rechten Knie. Die Schmerzen im Nacken und im Rücken seien kontinuierlich bestehend. Dabei berichte der Beschwerdeführer von einer Einklemmung bei Reklination sowie von bei längeren Sitzen schmerzhaften Parästhesien im dorsalen Oberschenkel und Unterschenkel sowie der Zehen links. Intermittierend bestehe ein Einschlafen des gesamten Gesässes, darüber hinaus einschliessende Schmerzen in der Flanke links. In der klinischen Untersuchung heute zeige sich ein leicht unsicheres Gangbild. Der Zehen- und Fersenstand sei deutlich schmerzhaft eingeschränkt, jedoch möglich (S. 1 f.). Als mögliches Vorgehen sei eine testweise Infiltration der die oberen sowie unteren zervikalen Facettengelenke versorgenden Nerven sowie des Nervus occipitalis und der Ischiadicus-Wurzeln links zur Evaluierung eines Targets für die minimalinvasive Schmerztherapie besprochen worden. Grundsätzlich könne für die Schulterproblematik die Eigenblut-Therapie mit autologem konditioniertem Plasma in Erwägung gezogen werden, ebenso für die Hüft- und Kniegelenke (S. 2).

### **E. 4.1**

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die zwei Tage nach dem Unfalltag, am 4. August 2017 durchgeführten Bildgebungen keine traumatischen Befunde der Wirbelsäule und der Hüfte ergaben (vorstehend E. 3.1). Auch anlässlich der bildgebenden Abklärungen der LWS und der HWS vom 24. August 2017 (vorstehend E. 3.3) und vom 1. September 2017 (vorstehend E. 3.4) wurden Frakturen ausgeschlossen. Es zeigten sich einzig degenerative Veränderungen auf Höhe LWK5/SWK1 sowie HWK5/6 ohne

Nervenwurzelkompression. Der klinische Untersuchung im Spital Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) ergab kein Hämatom am Nacken, keine Schwellung, eine Druckdolenz über der distalen HWS und Ruhe schmerzen im Bereich des Musculus

sternocleidomastoideus beidseits. Es wurde eine regelrechte Segmentation und ein Status nach ventraler Spondylodese HWK6 /7 bestätigt. Bildgebend konnte kein Hinweis auf eine Lockerung des Osteosynthesematerials festgestellt werden. Im Austrittsbericht der Rehaklinik A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6) wurde festgehalten, dass sich in den bildgebenden Abklärungen keine traumatischen Läsionen gefunden hätten, so dass von myofaszialen Restbeschwerden auszugehen sei, die sich unter der geplanten ambulanten Rehabilitation weiter zurückbilden sollten. Beim Beschwerdeführer liegt in der HWS mit dem Status nach ventraler Spondylodese HWK6/7 ein krankhafter Vorzustand vor. Gemäss Rechtsprechung muss eine richtungsgebende Verschlimmerung eines krankhaften Vorzustandes röntgenologisch ausgewiesen, also bildgebend nachweisbar sein. Die vorliegenden bildgebenden Abklärungen konnten jedoch keine traumatischen Läsionen an der HWS nachweisen. Insbesondere hinsichtlich des Vorzustandes wird bestätigt, dass bildgebend keine unfallbedingte Veränderung vorliege. Das zwei Tage nach dem Unfall durchgeführte CT der HWS ergab keinen Hinweis auf eine Lockerung des Osteosynthesematerials. Auch Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte am 14. August 2017 (vorstehend E. 3.2), dass die Spondylodese C6/7 fest sei. Aufgrund der Akten steht somit fest, dass eine unfallbedingte richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes auf Höhe C6/7 nicht ausgewiesen ist.

Aus den medizinischen Akten ergibt sich somit, dass den vom Beschwerdeführer noch geklagten Rückenbeschwerden kein unfallbedingtes organisches Substrat im Sinne einer bildgebend oder sonst klar nachweisbaren strukturellen Veränderung zugrunde liegt.

Es ist hier auf die konstante Rechtsprechung hinzuweisen, wonach von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen erst dann gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden ( BGE 138 V 248 E. 5.1 ). Dies war vorliegend gerade nicht der Fall. Sodann lassen auch klinische Befunde wie Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenz im Nacken oder Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit recht sprechungs gemäss nicht auf ein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat der geklagten Beschwerden schliessen ( vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_46/2010 vom 2

#### **E. 4.2**

Treten nach einem Unfall wie vorliegend nicht strukturell nachweisbare Beschwerden auf, ist gemäss Rechtsprechung im Zusammenhang mit der Adäquanzprüfung abzuklären, ob in Bezug auf den Unfall vom 2. August 2017 von einem erlittenen Schleudertrauma der HWS auszugehen ist. Dies erfordert nebst der entsprechenden medizinischen Diagnose das Vorliegen eines für solche Verletzungen typischen Beschwerdebildes (vorstehend E. 1.2).

Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts

müssen sich Nackenbeschwerden innert einer Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall manifestieren, damit der natürliche Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis bejaht werden kann (Urteil des Bundesgerichts U 418/06 und U 420/06 vom 29. März 2007 E. 5.4.1), wobei es genügt, wenn die versicherte Person an Nackenschmerzen leidet, und weitere praxismässige Beschwerden erst mit der Zeit hinzukommen (Urteil des Bundesgerichts U 336/06 vom 30. Juli 2007 E. 5.1).

Die Ärzte des Spitals Z.\_\_\_\_ stellten anlässlich der Erstuntersuchung vom 4. August 2017 lediglich die Diagnose einer HWS-Kontusion mit Verdacht auf eine muskuläre Zerrung des Musculus

Sternocleidomastoideus beidseits (vorste hend E.

3.1) und auch die Ärzte der Rehaklinik A.\_\_\_\_ stellten einzig eine entsprechende Prellung der HWS fest (vorstehend E. 3.6). Einzig Dr. B.\_\_\_\_ diag nostizierte am 14. August 2017 im Gegensatz dazu ein zervikales Schmerz syndrom nach Distorsionstrauma der HWS und führte aus, der Beschwerdeführer klage über persistierende Nackenschmerzen sowie Schwindel (vorstehend E. 3.2). Es bleibt zu beachten, dass im vorliegenden Fall jedoch kein so ge nannt buntes Beschwerdebild vorliegt. So werden etwa Übelkeit, Erbrechen, Hör-, Seh- und Schlafstörungen, Konzentra tions - und Gedächtnisstörungen, eine rasche Ermüd barkeit, Visusstörungen , eine Reizbar keit sowie Affekt labilität oder eine Depres sion nicht erwähnt, dies auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt. Wie im Fol genden zu zeigen ist, führt jedoch selbst die Beurteilung unter Berücksichtigung eines Schleudertraumas zur Verneinung der Adäquan z.

#### **E. 4.3**

Für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ist an das Unfall ereignis anzuknüpfen. Angesichts des dokumentierten Ereignisablaufs (Telefon notiz vom 11.

August

2017, Urk.

8/5; Bericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 4.

August

2017, Urk.

8/8/7-9; Bescheinigung der Polizeidienststelle vom 16.

August 2017, Urk. 8/16 und 8/30/3-4 ) hat die Beschwerdegegnerin den Unfall als mittelschwer eingestuft. Dies ist im Lichte der Rechtsprechung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_169/2007 vom 5. Februar 2008 E. 4.2, 8C\_743/2007 vom 14. Januar 2008 E. 6, U 213/06 vom 29. Oktober 2007 E. 7.2, U 258/06 vom 15. März 2007 E. 5.2, U 492/06 vom 16. Mai 2007 E. 4.2) nicht zu beanstanden. Für die Annahme einer Tendenz gegen schwer verlangt die Rechtsprechung viel erheb lichere Umstände (vgl. die Beispiele aus dem mittleren Bereich bei Rumo-Jungo , Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts zum Bundes gesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich 2003, S. 57 f.).

Somit sind die gemäss der Rechtsprechung massgebenden Kriterien zu prüfen und die Adäquan z wird bejaht, wenn mindestens deren drei (oder eines in ausge präg ter Weise) erfüllt sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5; 8C\_996/2010 vom 14. März 2011 E. 7.3; 8C\_464/2012 vom 21.

Dezember 2012 E. 4.2.2.2; 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 5.2) .

#### **E. 4.4**

Der Unfall hat sich objektiv betrachtet weder unter besonders drama tischen Begleitumständen ereignet, noch ist er als besonders eindrücklich anzu sehen. Der

Beschwerdeführer gab zudem an, sich nicht mehr genau an das Geschehene erinnern zu können (Bericht Spital Z. \_\_\_ vom 4.

August

2017, Urk.

8/9/2 - 4 ; Bericht der Klinik I. \_\_\_ vom 5. März 2018, Urk.

8/123/2-7). Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Ein drücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Be jahung des Kriteri ums ausreichen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_372/2013 vom 28. Oktober 2013 E. 7 mit Hinweis auf die nicht publizierte E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199

).

Das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung ist vorliegend ebenfalls als nicht erfüllt zu betrachten. Der Beschwerdeführer klagte zwar über Nackenschmerzen sowie Schwindel, wobei diese allerdings keinem unfallbedingten objektiven Korrelat zugeordnet werden konnten und der Be schwerdeführer auch kein für ein Schleudertrauma typi sche s buntes Beschwerde bild aufwies. Die Diagnose einer HWS Distorsion genügt zudem für sich allein nicht zur Bejahung einer beson deren Schwere (BGE 134 V 109 E.

10.2.2).

Sodann ist auch eine fortgesetzte belastende är ztliche Behandlung zu verneinen. Die durchgeführten Behandlungen (Kontroll- und Abklärungsuntersuchungen, konservative medikamentöse sowie manualtherapeutische Methoden) können nicht als überdurchschnitt lich belastend bezeichnet werden (Urteile des Bundes gerichts 8C\_635/2013 vom 9. April 2014 E.

#### **E. 4.4.3**

und 8C\_52/2008 vom 5. Septem ber

2008 E. 8.2). Operative Massnahmen zur Sanierung der unfallbe dingten Beschwerden waren nicht notwendig.

Beim Kriterium der Dauerbeschwerden können adäquanzrelevant nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verun fallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundes gerichts 8C\_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.2 mit Hinweis auf BGE 134 V

109 E.

10.2.4). Eine erhebliche Einschränkung im Lebensalltag ist vorliege nd allerdings nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer habe sich in der Reha-Kur gut erholen können (vorstehend E. 3.12). Es lassen sich keine erheblichen Beschwer den im Lebensalltag erheben. Zudem genügen die Ein nahme von Medikamente n

sowie die Durchführung verschiedener Therapien ebenso wenig zur Bejahung dieses Kriteriums wie der Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeits fähig keit in der angestam m ten

Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_623/2007 vom 22. August 2008 E. 8.6). Daher kann auch dieses Kriterium als nicht erfüllt betrachtet werden.

Den Akten lassen sich sodann keine Hinweise für einen schwierigen Heilungsverlauf, erhebliche Komplikationen oder eine ärztliche Fehlbehandlung entnehmen. Schliesslich ist auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit zu verneinen.

#### **E. 4.5**

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass keines der praxisgemässen Kriterien als erfüllt erachtet werden kann, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 2. August 2017 und den über den 31. Juli 201

#### **E. 4.6**

Betreffend die Unfallkausalität der vom Beschwerdeführer geklagten Hüftproblematik bleibt anzufügen, dass diese umfassend abgeklärt wurde. Das CT vom 4.

August 2017 der HWS, BWS, LWS und des Beckens (vorstehend E. 3.1) zeigte keinen Nachweis einer frischen knöchernen Verletzung. Auch das MRI der LWS und des ISG vom 24. August 2017 (vorstehend E. 3.3) ergab einen Ausschluss von

Frakturen an der LWS und dem Becken, keine Knochenkontusionsmarken, eine unauffällige abgebildete Muskulatur ohne entzündliche/ myogelotische Zeichen für Kontusionsmarken und eine leichte Segmentdegeneration des Diskus LWK5/SWK1. Die am 28. November 2017 durchgeführte MRI-Untersuchung der Hüfte (Urk. 8/90/3-4) ergab keine unfallbedingten strukturellen Läsionen. Es liegen somit keine ärztlichen Berichte vor, welche die Hüftbeschwerden auf organische strukturelle Läsionen zurückführen, die durch den Unfall vom 2. August 2017 verursacht worden wären. Die Unfallkausalität der Hüftbeschwerden wurde rechtsgenügend abgeklärt. Die Beschwerdegegnerin hielt zu Recht fest, dass diese somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 2. August 2017 zurückzuführen sind.

#### **E. 4.7**

Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, die Schulterbeschwerden seien auf den Unfall vom 2. August 2017 zurückzuführen. Aus den Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer rechtzeitig nach dem Unfall und in den folgenden Monaten nie über Schulterschmerzen klagte (vorstehend E. 3.1-3.13). Weder im Rahmen der stationären noch der ambulanten Rehabilitation wurden vom Beschwerdeführer Schulterbeschwerden beklagt. Es kam erstmals am 6. Februar 2018 (vorstehend E.

3.14) zu einer ärztlichen Konsultation aufgrund von beidseitigen Schulterbeschwerden. Dr. J. \_\_\_ diagnostizierte einen Verdacht auf eine Labrum- oder SLAP-Läsion der linken Schulter bei Status nach Motorradunfall am 2. August 2017. Das gleichentags angefertigte Röntgenbild fiel bland aus. Dr. J. \_\_\_ hielt fest, dass die Becken- und Knieschmerzen im Vordergrund stünden und er dem Beschwerdeführer deshalb empfohlen habe, die Schulter so zu belassen und den Spontanverlauf abzuwarten. Im Austrittsbericht der Klinik I. \_\_\_ vom 5. März 2018 wurden keine Schulterbeschwerden erwähnt

(vorstehend E. 3.17). Bildgebend wurden am 25. Juni 2018 (Arthro-MRT; Urk. 8/141) sodann ausschliesslich degenerative Veränderungen festgestellt. Aufgrund der medizinischen Abklärungen liegen vorliegend an beiden Schultern keine strukturellen

Läsionen vor, welche überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 2. August 2017 zurückzuführen sind.

Die Beschwerdegegnerin verneinte auch diesbezüglich zu Recht eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität.

#### **E. 4.8**

Zusammenfassend ergibt sich, dass der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt wurde. Insbesondere finden sich auch keine anderslautenden ärztlichen Beurteilungen in den Akten, weshalb für

weitere Abklärungen keine Notwendigkeit besteht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d).

Die von der Beschwerdegegnerin per 31. Juli 2018 verfügte Leistungseinstellung erfolgte demnach zu Recht.

Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - 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 Mosimann Schüpbach

#### **E. 6**

April

2010 E.

#### **E. 8**

hinaus anhand geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden zu verneinen ist. Damit erübrigen sich weitergehende Ausführungen zur natürlichen Kausalität.

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