

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00176 vom 9. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00176](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00176)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00176 du 9 janvier 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00176 del 9 gennaio 2020

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1960, war bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 27. April 2018 als Radfahrer mit einem Auto kollidierte (Urk. 8/1 = Urk.

8/57/2 = Urk. 8/58/2).

Die Suva stellt die von ihr erbrachten Leistungen mit Verfügung vom 9. Januar 2020 per 28. Februar 2019 ein (Urk. 8/199 (S. 1 unten). Die dagegen am 10. Februar 2020 erhobene Einsprache (Urk. 8/200) wies sie mit Einspracheentscheid vom 18. Juni 2020 ab (Urk. 8/204 = Urk. 2).

### E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem 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

Die Argumentation nach der Formel «post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des

Bundesgerichts 8C\_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

### **E. 1.3**

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. 1.4**

Für 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 Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen ist, rechtfertigt es sich, im Einzelfall analog zur Methode vorzu gehen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c, 117 V 359 E. 5d/ bb , vgl. auch 115 V 133 E. 6).

### **E. 1.5**

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 Arbeits- beziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzu beziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: • besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des 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. 1.6**

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 Versicherungsträger alleine 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**

Gegen den Einspracheentscheid vom 18. Juni 2020 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 21. August 2020 Beschwerde mit den Anträgen (Urk. 1 S. 2), dieser sei aufzuheben (Ziff. 1), und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm über den 27. (richtig 28.) Februar 2019 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere betreffend die Beschwerden an der Lendenwirbelsäule (LWS) und an der linken Hüfte sowie betreffend Beschwerden aufgrund des Distorsionstrau mas der Halswirbelsäule (HWS) und der Commotio cerebri inklusive postkommotionelles Syndrom und Tinnitus (Ziff. 2); eventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Ziff. 3).

Die Suva beantragte mit Beschwerdeantwort vom 18. September 2020 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 21. September 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

Der Beschwerdeführer erstattete am 22. Oktober 2020 eine Replik (Urk. 10) und die Beschwerdegegnerin am 10. November 2020 eine Duplik (Urk. 13), die dem Beschwerdeführer am 11. November 2020 zu Kenntnis gebracht wurde (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, Beschwerden im Bereich der Hüfte seien Folge einer vorbestehenden Coxarthrose, dies ohne konkrete Hinweise dafür, dass diese durch den Unfall verschlimmert worden wäre (S. 8 ff. Ziff. 4). LWS-Beschwerden stünden aus näher dargelegten Gründen nicht in

natürlichem Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Unfall (S. 10 ff. Ziff. 5). Gemäss den medizinischen Unterlagen seien Restbeschwerden von Seiten der HWS-Distorsion und der Comotio cerebri am 28. Februar 2019 weitgehend abgeklungen gewesen und weitere Behandlungen seien nicht mehr im Raum gestanden, so dass der Fall per 28. Februar 2019 abzuschliessen sei (S. 15 f. Ziff. 6.3.3). Auch fehle es diesbezüglich aus näher dargelegten Gründen an einem adäquaten Kausalzusammenhang (S. 16 ff. Ziff. 6.4). Dies gelte auch für als subjektiv zu qualifizierende Tinnitus-Beschwerden (S. 18 f. Ziff. 7).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe die Hüftbeschwerden initial als unfallkausal anerkannt (S. 17 f. Ziff. 35) und diese seien gemäss den von ihm eingeholten ärztlichen Beurteilungen und entgegen der kreisärztlichen Einschätzung unfallkausal (S. 18 ff. Ziff. 38 ff.). Auch hinsichtlich der LWS-Beschwerden könne der kreisärztlichen Beurteilung aus näher dargelegten Gründen nicht gefolgt werden (S. 25 ff. Ziff. 46 ff.). Die Beschwerden aufgrund der HWS-Distorsion und des postkontusionellen Syndroms stünden in natürlichem Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall (S. 30 Ziff. 57) und der Endzustand sei am 28. Februar 2019 noch längst nicht erreicht gewesen, sondern erst im November 2019. Am 10. November 2019 habe er die Arbeit wieder zu 100% aufnehmen können (S. 32 Ziff. 61). Die im angefochtenen Entscheid erfolgte Adäquanzprüfung wirke konstruiert (S. 35 Ziff. 67) und die Adäquanz sei aus näher dargelegten Gründen zu bejahen (S. 37 Ziff. 72). Auch den Tinnitus betreffend sei der Endzustand am 28. Februar 2019 nicht erreicht gewesen (S. 37 f. Ziff. 74).

## **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist die Leistungseinstellung per 28. Februar 2019.

## **E. 3**

Die Ärzte der G.\_\_\_\_ (Manuelle Medizin und interventionelle Rheumatologie) nannten mit Bericht vom 22. Mai 2019 über die Konsultation vom Vortag (Urk. 8/180/19-20) als Diagnose ein myofasiales Schmerzsyndrom, wahrscheinlich ausgehend vom M. gluteus maximus links (S. 1 Mitte). In ihrer Beurteilung erwähnten sie myofasiale Schmerzen, ausgehend vom M. gluteus

maximus links. Auch sie seien der Meinung, dass die Koinzidenz ein starker Hinweis für einen Zusammenhang mit dem Unfall vom 27. April 2018 sei (S. 1 unten).

Am 28. Mai 2019 (Urk. 8/180/21-42) und 18. Juni 2019 (Urk. 8/180/23-24) berichteten sie über die stattgefundene Behandlung.

### **E. 3.1**

Laut Polizeirapport (Urk. 8/71/3-8) wurde der Beschwerdeführer am 27. April 2018 auf seinem Fahrrad von einem Auto angefahren, dessen Lenkerin ihn übersehen hatte, als sie aus dem Stillstand in die Strasse einbog, auf welcher er fuhr (S. 6 oben). Als Aussage des Beschwerdeführers wurde unter anderem angegeben: «Ich kann es nicht mehr genau sagen, aber ich glaube, ich bin nach dem Aufprall linksseitig über die Motorhaube geflogen und mit der linken Körperseite auf dem Boden aufgeprallt. Mir scheint, als wäre ich dann einen Moment lang bewusstlos gewesen, denn an die ersten Sekunden nach dem Sturz kann ich mich nicht mehr erinnern. Tendenziell habe ich leichte Schmerzen in der linken Schulter

und im Hüftbereich. Körperlich geht es mir gut. Sollte sich da etwas ändern, gehe ich umgehend zum Arzt.» (S. 3 unten). Die beiden von der Polizei befragten Auskunftspersonen gaben übereinstimmend an, der Beschwerdeführer sei über die Motorhaube des Autos geflogen (S. 4).

Gemäss seinen eigenen Angaben vom 17. August 2018 (Urk. 8/37) ging er nach dem Unfall mit der Familie für 3 Tage fischen, worauf er den Tinnitus bemerkte und die Ferien abbrach. Er nahm die Arbeit wieder auf und meldete sich beim Hausarzt, als der Tinnitus stärker wurde.

### E. 3.2

1

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Suva Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin, erstattete am 20. März 2019 eine neurologische Beurteilung (Urk. 8/161). Er wies zusammenfassend auf Inkonsistenzen in der Schilderung der Geschehnisse hin, nämlich (S. 8): - «fast ungebremst» seitlich gegen PW geprallt, jedoch deutliche Bremsspur (an den Reifen des Fahrrads) in der Bilddokumentation im Polizeirapport - Angaben des Versicherten zum Sturzgeschehen (links seitlicher Anprall mit Kopf und Körper) obwohl nach Angaben des Versicherten eine ein- bis dreiminütige Bewusstlosigkeit bestand - keinerlei dokumentierte Weichteilverletzungen - laut Polizeirapport verzichtete der Versicherte auf einen Transport ins Spital bei lediglich leichten Schmerzen im Bereich der Schulter und Hüfte, so dass, obwohl nach Angaben des Versicherten am Folgetag Beschwerden auftraten, eine medizinische Versorgung erst nach einer Woche in Anspruch genommen wurde

Die diagnostisch durch den Neurologen Dr. B.\_\_\_\_ festgestellte HWS-Distorsion Grad II QTF und Comotio cerebri, bei kurzer Bewusstlosigkeit und somit erfüllten Kriterien im Sinne einer leichten traumatischen Hirnverletzung (LTHV), wurde bestätigt (S. 8 unten). Im Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen sei bei einer LTHV mit Bewusstlosigkeit oder einer HWS-Distorsion QTF II jeweils ohne unfallbedingte strukturelle Verletzungsfolgen von einer Abheilung mit Decrescendo der Beschwerden innerhalb von Wochen bis maximal drei Monaten auszugehen (S. 8 f.). Bei fehlenden strukturellen Verletzungsfolgen im Bereich des Schädels (CT vom 22. Mai 2018, MRT vom 16. Juli 2018) beziehungsweise der Halswirbelsäule (25. Juli 2018)

bestehe aus neurologischer Sicht im Zusammenhang mit einer LTHV oder einer HWS-Distorsion QTF II keine organische Grundlage für die nunmehr seit 10 Monaten bestehenden protrahierten Beschwerden und die weiterhin bestehende Arbeitsunfähigkeit von 80 % (S. 9 oben).

Ebenfalls gebe es aufgrund der fehlenden echtzeitlich dokumentierten Mitbeteiligung im Unfallgeschehen und -mechanismus vom 27. April 2018 der Hüfte links und der Lendenwirbelsäule keine Grundlage bei einer unfallfremden Coxarthrose links, um durch den Neurologen Dr. B.\_\_\_\_

im Januar und Februar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % zu attestieren (S. 9 oben).

In Beantwortung der ihm unterbreiteten Fragen führte er aus, die durch den Neurologen Dr. B.\_\_\_\_ weiterhin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 80 % sei über 10 Monate nach dem Unfallgeschehen durch eine HWS-Distorsion QTF II oder durch eine LTHV nicht begründet und bei Hüftbeschwerden in Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen bei einer

unfallfremden C oxarthrose habe Dr. B.\_\_\_\_ fachfremd weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %

attestiert (S. 9 Ziff. 1). Unfallfolgen lägen maximal für eine Dauer von drei Monaten in Zusammenhang mit einer HWS-Distorsion QTF II beziehungsweise einer LTHV vor (S. 9 Ziff. 2).

### **E. 3.3**

Ein CT des Schädels am 22. Mai 2018 ( Urk. 8/10 = Urk. 8/15/2-3) ergab als Befund ein unauffälliges Hirnparenchym, ein mittelständiges Ventrikelsystem , eine geringe generalisierte Hirnvolumenverminderung, keine Liquorzirkulations störung und unauffällige ossäre Strukturen. Die Beurteilung lautete: keine intra kranielle Blutung, keine Fraktur.

### **E. 3.4**

Dr. med. Z.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte mit Bericht vom 12. Juli 2018 ( Urk. 8/16/3-4 = Urk. 8/23/6-7) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): Velounfall mit Beschleunigungstrauma der HWS mit - zunehmenden Verspannungen der Nackenwirbelsäule - starkem, sehr störendem Tinnitus mit konsekutiver Schlaflosigkeit - zunehmendem Schwindel - zunehmender unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit, aktuell 100 % - Differentialdiagnose (DD) post- kom m otionelles Syndrom

Der Patient, selbständigerwerbender Zimmermann, habe die Arbeit zunehmend weniger gut bewältigen können und könne seit dem 9. Juli 2018 nicht mehr arbeiten (S. 2 oben).

Im HWS-Fragebogen, datiert vom 11. Juli 2018 ( Urk. 8/80), bejahte Dr. Z.\_\_\_\_ das Auftreten einer Bewusstlosigkeit von zirka 1 Minute Dauer und verneinte das Auftreten einer Gedächtnislücke ( Ziff. 2c). Kopf- und Nackenschmerzen und Hör störungen seien nach 70 Stunden aufgetreten , seit dem 20. Juni 2018 seien zunehmende Rückenschmerzen aufgetreten ( Ziff. 4).

Die Frage nach Schmerz/ Funktionseinschränkung an anderer Lokalisation als den im Fragebogen aufgelisteten verneinte er ( Ziff. 6b). Er nannte als Diagnose eine HWS-Distorsion Grad II QTF ( Quebec Task Force) und keine zusätzlichen Diagnosen ( Ziff. 7).

### **E. 3.5**

Ein MRT des Neurokraniums mit inneren Gehörgängen vom 16. Juli 2018 (Urk. 8/21 = Urk. 8/23) ergab einen unauffälligen zerebralen Befund, insbesondere keine intrakranielle Blutung oder postkontusionelle

Parenchymverletzung .

### **E. 3.6**

Dr. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Hals-, Nasen- Ohrenkrankheiten sowie für Hals- und Gesichtschirurgie, nannte mit Bericht vom 20. Juli 2018 ( Urk. 8/25 = Urk. 8/39/2-5) über die am 17. Juli 2018 erfolgte Untersuchung folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - Schultergürtel-HWS-Trauma am 27. April 2018 - Tinnitus auris - knappe psychische Kompensation - sensorineurale Hochtonstörung beidseits - Schwindel

Eine augenärztliche Abklärung vom 20. Juli 2018 ( Urk. 8/30 = Urk. 8/39/6-7) ergab an beiden Augen einen guten Status. Der Patient beschreibe die Wahrnehmung von zeitweise

aufgetretenen Trübungen, am ehesten passend zu Trübungen im Glaskörper-Raum (S. 1 unten).

Ein MRT der HWS vom 25. Juli 2018 (Urk. 8/28) ergab keinen Hinweis auf eine posttraumatische Wirbelkörper-/ Weichteilverletzung der HWS, keine Diskusher nie mit Neurokompression oder Myelopathie, sowie eine erosive

Osteochondrose im Segment C6/7 mit mässiger Spinalkanal- und bilateralen neuroforaminalen Stenosen.

### **E. 3.7**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, nannte mit Bericht vom 22. August 2018 über die am 17. August 2018 erfolgte Untersuchung (Urk. 8/42 = Urk. 8/43/2-3) folgende Diagnosen - Unfall mit Velo durch Fremdverschulden am 28. (richtig: 27.) April 2018 - Commotio cerebri - postkommotionelles Syndrom mit stark reduzierter kognitiver und körperlicher Belastbarkeit, cervikozepalem Schmerzsyndrom und Bewegungsintoleranz - Gedächtnisstörung und verstärkte Impulsivität

### **E. 3.8**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Oto - Rhino -Laryngologie sowie für Arbeitsmedizin, Suva Arbeitsmedizin, führte mit Beurteilung vom 13. September 2018 (Urk. 8/77) unter anderem aus, im Vergleich zu den 1995 und 1999 erfolgten Messungen hätten sich die Hörschwellen über alle Frequenzen nicht mehr als altersentsprechend verändert. Es bestehe eine symmetrische, hochtonbetonte Innenohrschwerhörigkeit beidseits, die mit Wahrscheinlichkeit auf eine 21 jährige Exposition am Arbeitsplatz zurückzuführen sei. Es sei hier von einer Berufslärmschwerhörigkeit auszugehen (S. 1 unten). Sie halte bei unfallbedingter Com motio / Contusio cerebri mit wahrscheinlicher Contusio auris

internae beidseits vorübergehende Ohrgeräusche und Schwindelbeschwerden für unfallkausal, wobei zumindest in Bezug auf die Schwindelbeschwerden nach zwei unauffälligen otoneurologischen Untersuchungen der Endzustand festgestellt werden könne. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei aus ORL-fachärztlicher Perspektive nicht eingeschränkt (S. 2 unten).

### **E. 3.9**

Dr. B.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.7) nannte mit Bericht vom 1. Oktober 2018 (Urk. 8/84 = Urk. 8/95/2) über die am 7. und 28. September 2018 erfolgten Konsultationen die gleichen Diagnosen wie im August 2018. Er berichtete über eine weiterhin zögerliche, aber zumindest in den Morgenstunden deutliche Besserung, so dass der Patient inzwischen bis Mittag leichte Arbeiten in einem sehr reduzierten Pensum ausführen können. Demgegenüber müsse der Nachmittag weiterhin als Erholungszeit eingesetzt werden

### **E. 3.10**

Dr. Z.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.4) erstellte am 6. Dezember 2018 eine Zusammenfassung des Verlaufs für den Anwalt des Patienten (Urk. 8/108). Darin führte er unter anderem aus, der Patient sei von der Polizei nach dem Unfall nicht ins Spital geschickt worden, was aufgrund des

Verletzungsbildes und der Tatsache, dass er unter Schock gestanden habe, aber sicher richtig gewesen wäre (S. 1 Mitte). Er habe anfänglich die (geschilderten) übers Wochenende aufgetretenen Beschwerden

unterschätzt und es beim bereits bei Dr. Y. \_\_\_ abgemachten Termin vom 4. Mai 2018 bewenden lassen (S. 1 unten). Dieser habe ihn sodann nur zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben, wobei eine volle Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt gewesen wäre (S. 2 oben). Beim nachträglichen Ausfüllen des Dokumentationsbogens am 11. Juli 2018 habe er (Dr. Z. \_\_\_) dann durch Missverständnisse und die zunehmende Überforderung des Patienten, sich aufgrund der zunehmenden Konzentrationsschwäche und der Unmöglichkeit sich klar an zeitliche Abläufe erinnern zu können, teilweise unzutreffende Angaben erfasst (S. 2). Der gesamte Verlauf der Beschwerden wie Schwindel, Konzentrationsstörungen, massiver Leistungseinbruch, Tinnitus und die Überforderung bei zu vielen Sinneseindrücken sei ein völlig klassischer Verlauf einer Commotio cerebri, also einer Hirnerschütterung ohne strukturelle Läsionen des Hirns (wie auch vom neurologischen Konsilium gestützt).

Der Verlauf der Hirnerschütterung sei erfreulich, der Patient habe weniger Beschwerden. Die

Konzentrationsfähigkeit habe wieder zugenommen, deswegen habe er die Arbeit auch zu 20 %

wieder aufnehmen können. Kein Problem stelle für den Patienten der nach dem Unfall aufgetretene Tinnitus dar, der sich übrigens auch gebessert habe. Ein zunehmendes Problem stellten die lumbalen, muskulären Schmerzen (Verspannungen der Hüftbeuger) dar, die durch eine Muskelzerrung beim Unfall ausgelöst worden seien (S. 2 Mitte).

### **E. 3.11**

Ein MRI der LWS vom 7. Dezember 2018 (Urk. 8/122) wurde wie folgt beurteilt: Osteochondrosen im Segment L4/5 und L5/S1. Infolge der breitbasigen

Protrusion als auch einer hypertrophen Spondylarthrose komme es zu einer rezessalen Einengung in diesem Segment beidseits, links mehr als rechts, mit möglicherweise Affektion der Nervenwurzel von L5 beidseits rezessal, links mehr als rechts. Die übrigen Neuroforamina und Recessus laterales seien frei.

### **E. 3.12**

In einer Besprechung vom 12. Dezember 2018 (Urk. 8/111) führte der Beschwerdeführer aus, insgesamt hätten sich seine Beschwerden verbessert. Heute stünden Rückenbeschwerden, welche sich auf den Bereich des Aufpralls lokalisierten, stark im Vordergrund (S. 2 Mitte). Hinsichtlich der Kopfbeschwerden habe er sich relativ gut erholt. Hier habe er eine deutliche Verbesserung bemerkt. Er sei aber nach wie vor vergesslich und müsse sich Dinge aufschreiben. Seine Wahrnehmung habe sich aber verbessert, er könne sich nun während 3-4 Stunden am Stück konzentrieren (S. 2).

Der Tinnitus sei in seiner Lautstärke gleich geblieben. Er habe aber in der Zwischenzeit lernen können, mit diesem Geräusch besser umzugehen (S. 2 unten). Die Nackenbeschwerden hätten sich gebessert. Nach wie vor komme es manchmal zu Ausstrahlungen wie Nadelstiche in den rechten Arm. Die Physiotherapie löse diese

Beschwerden. Die Eintrübung, wie wenn ein schwarzes Tuch über die Augen fahre, habe er nicht mehr. Der Schwindel habe sich zurückgebildet. Auch die Intoleranz bei Bewegungen wie Autofahren sei deutlich besser geworden (S. 3 oben).

### **E. 3.13**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, nannte mit Bericht vom 27. Dezember 2018 über die Konsultation vom 21. Dezember 2018 (Urk. 8/193/34) folgende Diagnose (S. 1 Mitte): - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom L3 und partiell L4 links mit/bei - Spinalkanalverengung auf Niveau L4/5, foraminaler Stenose L4/5

Er führte aus, der Patient habe am 27. November (richtig: April) 2018 einen Velounfall mit Sturz auf die linke Körperseite erlitten, dabei sei es auch zu einer Commotio cerebri gekommen. Seither sei der Patient als Zimmermann 20 % arbeitsfähig. Im Verlauf sei es wiederholt zu lumbalen Rückenschmerzen gekommen, zurzeit anhaltend, mit einer massiven Ausstrahlung nach inguinal linksseitig den Oberschenkel medial links, verbunden mit passageren Kribbelparästhesien der linken Grosszehe (S. 1 Mitte). Am 21. Dezember 2018 sei eine Steroidinfiltration auf Niveau L4/5 und L3 erfolgt, der Verlauf bleibe abzuwarten (S. 1 unten).

### **E. 3.14**

Dr. B.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.7) nannte mit Bericht vom 15. Januar 2019 über die Konsultationen vom 5. und 12. Dezember 2019 (Urk. 8/128) folgende zusätzliche Diagnosen (S. 1 Mitte): - aktuell: exazerbierende lumbale Schmerzen, wahrscheinlich lumboradikuläre Reizung L5, eventuell L4 - aktuell: invalidisierende Schmerzen im Hüftgelenk links

Er führte unter anderem aus, seit der lumbalen Infiltration gehe es bezüglich lumbaler Schmerzen deutlich besser, demgegenüber bestünden weiterhin sehr hartnäckige Schmerzen im Bereiche der linken Leiste mit Ausstrahlung in den Oberschenkel und teils nach dorsal. Die Konzentrationsfähigkeit und das Gedächtnis seien inzwischen einiges besser, der Beschwerdeführer könnte sicher 50 % arbeiten, wenn die Hüftschmerzen links nicht wären (S. 1). Aufgrund der aktuellen Beschwerden (postcommotionell und Hüfte links) bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % (S. 2 oben).

### **E. 3.15**

Ein MRI der linken Hüfte vom 18. Januar 2019 (Urk. 8/141) wurde wie folgt beurteilt (S. 2 oben): Mittelschwere Coxarthrose links mit tiefen Knorpeldefekten anterosuperior und superior und langstreckigem Labrumschaden, zudem kleine subchondrale Insuffizienzfraktur und Knochenmarksödem am Femurkopf. Knochenmarksödem im Acetabulum. Hüftgelenkserguss links, Synovialitis und Reizzustand der Hüftgelenkkapsel. Leichter Reizzustand am Ansatz der Hüft-Abduktorensehnen am Trochanter major links.

### **E. 3.16**

Dr. C.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.8) führte mit Beurteilung vom 24. Januar 2019 (Urk. 8/137), aus der neuen Aktenlage betreffend den Zeitpunkt des Auftretens von Ohrgeräuschen ergebe sich im Wesentlichen keine Änderung ihrer Beurteilung vom September 2018 (S. 2 Mitte).

### **E. 3.17**

Dr. D.\_\_\_\_

(vorstehend 3.13) nannte mit Bericht vom 4. Februar 2019 über die Konsultation vom 22. Januar (Urk. 8/139) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - coxogene Problematik links mit/bei - langstreckigem Labrumschaden, subchondraler Insuffizienzfraktur und Knochenmarksödemen am Femurkopf

und Acetabulum (MRI Hüfte 17. Januar 2019) - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bis lumboradikuläres Syndrom (LRS) L3 und L4 links mit/bei - foraminale Stenose L4/5 - Status nach Velounfall am 27. April 2018

Die Beschwerden hätten als lumbospondylogenes bis lumboradikuläres Schmerzsyndrom L3 gedeutet werden können. Zusätzlich stehe eine coxogene Problematik zunehmend im Vordergrund.

Zwecks weitergehender Evaluation eines möglichen operativen Vorgehens beziehungsweise des

weiteren Vorgehens habe er den Patienten an die Hüftsprechstunde der orthopädischen

E.\_\_\_\_

(vgl. nachstehend E. 3.18) weitergeleitet (S. 2 oben).

### **E. 3.18**

Die Ärzte der E.\_\_\_\_ nannten mit Bericht vom 8. Februar 2019 über die Konsultation vom 4. Februar 2019 (Urk. 8/144) als Diagnose eine aktivierte Coxarthrose links mit/bei Velounfall am 27. April 2018 mit Direkttrauma der Hüfte (S. 1 Mitte) und berichteten über die dem Patienten erläuterten Behandlungsoptionen (S. 2).

Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.7) nannte mit Bericht vom 12. Februar 2018 über die Konsultation vom Vortag (Urk. 8/143) als zusätzliche Diagnose invalidisierende Schmerzen im Hüftgelenk links. Aktuelles Hauptproblem seien die Hüftschmerzen links.

Kognitiv fühle sich der Patient wieder voll leistungsfähig, allerdings sollte bis zur definitiven Beurteilung

die Steigerung der

Arbeitsbelastung nach Beheben der Hüftproblematik abgewartet werden.

Aufgrund der Hüftschmerzen besteht weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % .

### **E. 3.19**

PD Dr. med. F.\_\_\_\_, stellvertretender Chefarzt Orthopädie, G.\_\_\_\_, nannte mit Bericht vom 15. Februar 2019 über die gleichentags erfolgte Konsultation (Urk. 8/145) als Diagnose eine posttraumatische Coxarthrose und Beschwerden im Iliosakralgelenk (ISG) bei Status nach Velounfall 27. April 2018 (S. 1 Mitte). Anamnestisch führte er aus, der Patient berichte, dass er seit dem Unfall vom 27. April 2018 Schmerzen im Bereich der linken Hüfte und auch posterior habe. Vorher sei er vollständig beschwerdefrei gewesen. Aktuell berichte er starke Anlaufschmerzen vor allem über dem ISG, nachher bei längerer Belastung inguinal nach distal ausstrahlend in den Oberschenkel

und zum Teil diffuse anteriore Knieschmerzen. Insgesamt bestehe ein erheblicher Leidensdruck, so dass der Patient als

Zimmermann nicht vollständig arbeitsfähig sei (S. 1). Als Beurteilung nannte er eine stark symptomatische, posttraumatische Coxarthrose links. Es bestehe zudem eine ISG-Irritation welche den Patienten sehr stark störe vor allem mit starken Anlaufschmerzen. Die Hüfte betreffend seien aufgrund der fortgeschrittenen Knorpelschäden keine gelenkerhaltenden Eingriffe mehr möglich, weshalb er mit dem Patienten die Implantation einer Hüft-Totalprothese besprochen habe, welche minimalinvasiv durch einen vorderen Zugang durchgeführt werden könne (S. 2).

### **E. 3.22**

PD

Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.19 ) führte mit Bericht vom 3. Mai 2019 über die gleichentags erfolgte Konsultation ( Urk. 8/166) aus, nach Implantation einer Hüfttotalprothese links am 20. März 2019 bestehe betreffend die Hüfte ein regelrechter Verlauf mit noch etwas residueller Symptomatik inguinal und peritrochantär (S. 1 unten). Der Patient habe vor dem Velosturz vom 27. April 2019 keinerlei muskuloskelettalen Beschwerden gehabt und die arthrotischen Veränderungen im linken Hüftgelenk seien erst mit dem Sturzereignis aufgetreten, so dass ein kausaler Zusammenhang doch sehr plausibel erscheine . Er bitte die Beschwerdegegnerin, die Übernahme des Falles als Unfallfolgen noch einmal zu prüfen (S. 2 oben).

### **E. 3.24**

Die Ärztinnen des J.\_\_\_\_

nannten mit Bericht vom 4. Juli 2019 über die gleichentags erfolgte Konsultation ( Urk. 8/180/25-31) als Diagnose eine HWS-Distorsion mit persistierenden posttraumatischen Beschwerden (bei) Status nach Velounfall (Kollision mit PKW) am 27. April 2018 (S. 1). Als relevante Nebendiagnosen nannten sie (S. 2 Mitte): - Status nach Hüft-TP MIS links am 20. März 2019 bei Lumbago lumbo sacral linksbetont mit Chondrose und Spondylarthrose - Chondrose und Spondylarthrose in L4/5 und L5/S1 - breitbasige Diskushernie mit rezessaler Einengung L4/5 beidseits sowie mediane r Diskushernie L5/S1

Sie führten aus, die aktuelle Zuweisung sei mit der Frage nach vestibulärer Ursache des persistierenden Schwankschwindels erfolgt (S. 2 unten).

Das vom Patienten berichtete Beschwerdebild aus Nacken- und (weniger) Kopfschmerzen, Schwindel und Gleichgewichtsstörung, Lärm- und (weniger) Lichtempfindlichkeit sowie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen lasse sich durch das sturzbedingte Trauma im Rahmen der Kollision als Velofahrer mit einem PKW erklären , dies insbesondere vor dem Hintergrund

der gegebenen zeitlichen Korrelation zwischen Trauma-Ereignis und Symptombeginn sowie dem

Fehlen ausreichender oder überzeugender Belege für eine andere Verursachung der Symptome.

Aufgrund der bisherigen klinischen Untersuchung sei das zervikozephalo- und zervikothorakale

Syndrom mit primär muskulärer Komponente (Verspannungen und Myogelosen der oberflächlichen und tiefen Nacken-/Okzipital-Muskulatur linksbetont, Verspannungen der

Schultermuskulatur links) ihrer Meinung nach massgeblich für genannten Befunde verantwortlich. Inwiefern eine peripher-vestibuläre Funktionsstörung zur Schwindel und Gleichgewichtsstörung

zusätzlich beitrage oder ob diese vollumfänglich durch das zerviko-zephal und zerviko-thorakale

Syndrom erklärt sei, bleibe offen (S. 4).

### **E. 3.25**

Über weitere Behandlungen in der G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.22) wurde am 10. Juli (Urk. 8/180/32-33), 16. Juli (Urk. 8/180/34-35), 8. August (Urk.

8/180/36-37), 23. August (Urk. 8/180/38-39), 1. Oktober (Urk. 8/183/1-2), und 16. Oktober 2019 (Urk. 8/193/5-6) berichtet.

### **E. 3.27**

Kreisarzt Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, führte mit Beurteilung vom 7. Januar 2020 (Urk. 8/197) aus, bezüglich der linksseitigen Hüftbeschwerden sei zu beachten, dass die erste bildgebende Abklärung des Hüftgelenkes rund

### **E. 6**

Kreisarzt Dr. H.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.20) führte mit Stellungnahme vom 21. Oktober 2019 (Urk. 8/182) aus, in den Berichten von Dr. Y.\_\_\_\_ und Dr.

Z.\_\_\_\_ finde er keine

Angaben zu einer Beteiligung der Hüfte. Im Aussendienstbericht 8 Monate nach dem Unfall gebe der Versicherte zwar an, dass er die linke Hüfte geprellt habe, es seien in diesem

Kontext aber dann keine Beschwerden angegeben worden, weder im Verlauf auf noch aktuell, obwohl dort zu jedem anderen Beschwerdebereich ausführlich Stellung genommen werde.

Nun würden noch eine Physiotherapeutin und ein Osteopath angeben, welche frühzeitig aufgetretene Hüftbeschwerden bestätigen könnten. Dazu fänden sich im Dossier keine direkten Dokumente. Dr. Z.\_\_\_\_

gebe

lediglich an, den Versicherten wegen Beschwerden zum Chiropraktor geschickt zu haben (S. 2).

Am 22. November 2019 erstattete die angefragte Physiotherapeutin den erbetenen Bericht (Urk. 8/195). Darin nannte sie als Überweisungsdiagnose einen Status nach multiplen Verletzungen nach Velounfall April 2018 (Ziff. 1). Hüftbeschwerden erwähnte sie im handschriftlich verfassten Bericht keine.

Am 19. Dezember 2019 teilte die Administration dem Kreisarzt mit, der Beschwerdeführer sei gemäss den Angaben seines Rechtsvertreters doch nicht beim Chiropraktiker gewesen, daher gebe es keinen entsprechenden Bericht und das Dossier sei vollständig (Urk. 8/182 S.

2 unten).

Im Behandlungsprotokoll, das die Physiotherapeutin am 3. Februar 2020 dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers übermittelte ( Urk. 8/200/14), der dieses am 10. Februar 2020 einreichte ( Urk. 8/200/15-19), ist die Hüfte in den Einträgen vom 24. und vom 31. Juli 2018 erwähnt, am 24. Juli 2018 unter anderem mit dem Vermerk «abklären Dr. Z.\_\_\_\_ ».

### **E. 6.1**

Bezüglich der LWS-Beschwerden stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die kreisärztliche Beurteilung, wonach diese erstmals im Dezember 2018 erwähnt worden seien und im Dezember 2018 bildgebend ausschliesslich degenerative Veränderungen

erfasst worden seien , jedoch keine Läsionen, die auf ein einige Monate zuvor erlittenes Trauma zurückgeführt werden könnten (vorstehend E.

3.27).

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen, er habe - im Dezember 2018 (vgl. die von ihm als Fundstelle genannte Urk. 8/111, vorstehend E. 3.12) - angegeben, er sei unter anderem mit «der ganzen linken Seite» seines Körpers auf den Boden geprallt , und die Ärzte der E.\_\_\_\_ hätten im Mai 2019 ausgeführt, die Koinzidenz des myofaszialen Schmerzsyndroms sei ein starker Hinweis für einen Zusammenhang mit dem Unfall vom April 2018 ( Urk. 1 S. 25 f. Ziff. 47).

### **E. 6.2**

Bis im Dezember 2018 wurde eine allfällige Rückenproblematik ärztlicherseits ein einziges Mal erwähnt, nämlich im von Dr. Z.\_\_\_\_ im Juli 2018 ausgefüllten HWS-Fragebogen (vorstehend E. 3.4) als seit dem 20. Juni 2018

zunehmende aufgetretene Rückenschmerzen ( Ziff. 4) ; eine entsprechende Diagnose stellte er jedoch , trotz dafür vorhandener Rubrik ( Ziff. 7), nicht.

Ein lumbospondylogenes Syndrom wurde erstmals im Dezember 2018 diagnostiziert (vorstehend E. 3.13) und bildgebend erfasst (vorstehend E. 3.11). Ebenfalls im Dezember 2018 erwähnte Dr. Z.\_\_\_\_ lumbale, muskuläre Schmerzen als zunehmendes Problem (vorstehend E. 3.10) , und auch der Beschwerdeführer führte aus, es stünden jetzt Rückenbeschwerden im Vordergrund (vorstehend E. 3.12).

### **E. 6.3**

Die Einwände des Beschwerdeführers vermögen nichts daran zu ändern, dass die im Dezember 2018 erfolgte Bildgebung der LWS ausschliesslich degenerative Veränderungen ergab und keine, die auf den Unfall vom April 2018 hätten zurück geführt werden können.

Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität der ab Dezember 2018 in den Vordergrund getretenen Rückenbeschwerden verneint hat. 7. 7.1

Was die Folgen der am 27. April 2018 erlittenen HWS-Distorsion betrifft , war bezüglich der anfänglich geklagten Schwindelbeschwerden im September 2018 der Endzustand erreicht (vorstehend E. 3.8). Dr. Z.\_\_\_\_ berichtete im Dezember 2018 einen erfreulichen Verlauf der Hirnerschütterung und eine Besserung des Tinnitus (vorstehend E. 3.10). Dies sowie eine Besserung der Nackenbeschwerden berichtete auch der Beschwerdeführer im Dezember 2018 (vorstehend E. 3.12).

In den Arztberichten vom Dezember 2018 (vorstehend E. 3.13) , Januar 2019 (vorstehend E. 3.14) und Februar 2019 (vorstehend E. 3.17 und E. 3.18) wurden schliesslich gar keine mit der HWS-Distorsion in Zusammenhang stehende Diagnosen mehr genannt, sondern ausschliesslich die Hüfte und die LWS betreffende.

Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Endzustand bezüglich HWS-Distorsion als Ende Februar 2019 erreichte und die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs noch bestehender HWS-Beschwerden prüfte. 7.2

Die Beschwerdegegnerin hat den Unfall als höchstens mittelschwer im mittleren Bereich qualifiziert (Urk. 2 S 17 E. 6.4.2). Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, ein «vergleichbarer Sachverhalt» sei vom Bundesgericht im Urteil 8C\_134/2015 vom 14. August 2015 als mittelschwer an der Grenze zu schwer qualifiziert worden (S. 35 Ziff. 68).

Der Hinweis geht fehl, denn der genannte Sachverhalt ist mit dem vorliegenden nicht vergleichbar. Im erwähnten Urteil ging es um die Frontalkollision eines rund 50 km/h schnellen Motorrads mit einem rund 40-50 km/h schnellen Auto, und die Betroffenen wurden rund zehn Meter durch die Luft geschleudert (E. 3.5). Vorliegend fuhr der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben mit rund 30 km/h, wobei die durch die Bremspuren am Fahrrad belegte Verlangsamung nicht ein gerechnet ist. Da er seitwärts mit dem ihm den Weg versperrenden Auto kollidierte, ist dessen Geschwindigkeit mit 0 km/h einzusetzen. Ferner wurde er lediglich über die Motorhaube geschleudert (vorstehend E. 3.1), mithin nur einige (wenige) Meter und nicht deren zehn.

Mithin ist die Qualifizierung als mittelschwerer Unfall im mittleren Bereich nicht zu beanstanden. 7.3

Ob das Adäquanzkriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegt, ist objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der Versicherten zu beurteilen. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, die somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. So verhält es sich auch hier.

Betreffend Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen fallen - entgegen dem beschwerdeweise vertretenen Standpunkt (Urk. 1 S. 36 Ziff.

69) - mangels Unfallkausalität die LSW-Beschwerden (vorstehend E. 6) und die Hüftprobleme inklusive Coxarthrose (vorstehend E. 5) ausser Betracht. Von den weiter genannten «multiplen Prellungen und Schürfungen am ganzen Körper» schliesslich ist den zeitnah zum Unfall erstatteten Arztberichten (vorstehend E. 3.2) keine Rede. Mithin ist das Kriterium nicht erfüllt.

Eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung ist nicht aktenkundig, ebenso wenig (unfallkausal) erhebliche Beschwerden (vgl. vorstehend E. 3.12). Gleiches gilt für eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung; dass der erstbehandelnde Arzt nach Einschätzung des anschliessend involvierten Arztes initial eine zu geringe Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (vorstehend E. 3.10), stellt keine Fehlbehandlung dar. Sodann sind aus den Akten weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen ersichtlich. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sind die offenkundigen und achtenswerten Anstrengungen des Beschwerdeführers nicht in Frage zu

stellen, jedoch bezog sich die attestierte erhebliche Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2018 auf unfall fremde Leiden (vgl. vorstehend E. 3.21) , so dass auch das Kriterium einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt ist. 7.4

Mangels Erfüllung der massgebenden Kriterien ist die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs somit zu verneinen, so dass der angefochtene Entscheid auch in dieser Hinsicht nicht zu beanstanden ist.

Demnach ist der angefochtene Entscheid zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Steudler - 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  
Tiefenbacher

## **E. 10**

Monate nach dem angegebenen Unfall statt gefunden habe . Dabei hätte n sich ausgedehnte arthrotische Veränderungen mit mehreren Defekten , aber auch einer diffusen Ausdünnung des Gelenkknorpels nachweisen lassen . Bei suboptimaler Taillierung des Schenkelhalses und somit wahrscheinlich mindestens leichtem femoroacetabulärem

Impingement zeigt en sich mehrere Einrisse im Labrum acetabulare . Weiter liesen sich eine Insuffizienzfraktur des superioren Sektors des Caput femoris und ein relativ kleiner Kragenosteophyt am Hüftkopf erkennen. Auf der Gegenseite liesen sich auch bereits degenerativ bedingte Veränderungen mit einer subchondralen Mehrsklerose des Acetabulum -Daches und einem kleinen Kragenosteophyten am Caput femoris erkennen (S. 1 Mitte).

Die im linken Hüftgelenk nachgewiesenen Veränderungen könnten schon rein aufgrund der Ausdehnung nicht auf ein einzelnes, etwa 10 Monate vor der Untersuchung erlittenes Ereignis zurückgeführt werden (S. 1 unten) . Gelegentlich könne sich eine Arthrose infolge eines Traumas sehr rasch entwickeln, dazu komme es aber praktisch nur dann, wenn zumindest einer der beiden Gelenkflächen durch eine Fraktur stark dekonfiguriert

werde , so

dass es zur Ausbildung von Stufen oder sonstigen gröberen Unregelmässigkeiten der Gelenkflächen kommen kann. In diesem Fall liegen aber keine solchen Unebenheiten vor. Die Insuffizienzfraktur könne ebenfalls nicht auf das Trauma zurückgeführt werden. Die multiplen Risse des Labrum acetabulare könnten schon rein aufgrund der Anzahl nicht auf ein einzelnes Ereignis zurückgeführt werden, sondern seien die Folge einer chronischen Schädigung der Gelenkfläche durch den rezidivierenden Kontakt mit dem suboptimal taillierten Schenkelhals im Rahmen eines femoroacetabulären

Impingements (S. 1 f.).

Mit praktisch absoluter Sicherheit hätten die linksseitige und die leichtere rechtsseitige Coxarthrose bereits zum Zeitpunkt des Unfalles bestanden. Dies werde unter anderem durch die am 4. Februar 2019 angefertigten - richtig: am 17. Januar 2019 angefertigten (vorstehend E. 3.15) und im Bericht vom 4. Februar 2019 erwähnten (vorstehend E. 3.17) - Röntgenaufnahmen bekräftigt, die zeigen nämlich sowohl am Acetabulum als auch am Caput femoris und am Schenkelhals knöcherne Veränderungen, die sich nicht in der Zeitspanne zwischen dem Unfall und der Untersuchung entwickelt haben könnten. Es könne zwar nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass der Unfall zu einer Verschlimmerung geführt habe, konkrete Hinweise hierfür liessen sich aber nicht erkennen (S. 2 oben).

Die in den Akten immer wieder vorzufindende

Aussage, die von PD Dr. F. \_\_\_ als Argument für den Kausalzusammenhang zwischen Hüftbeschwerden und Unfall angeführt werde (vorstehend E. 3.22), wonach der Versicherte vor dem Unfall aus muskuloskelettaler Sicht beschwerdefrei gewesen sein sollte, könne nicht berücksichtigt werden, da man sonst einem in der Versicherungsmedizin unzulässigem post-hoc-ergo-propter-hoc-Gedankengang verfallen würde (S. 2).

Bezüglich der Beschwerden an der Lendenwirbelsäule sei zu berücksichtigen, dass diese erstmals am 21. Dezember 2018, also etwa 8 Monate nach dem Unfall, Erwähnung fanden. Ein Kausalzusammenhang zwischen einer radikulären Symptomatik und einer Traumatisierung der Wirbelsäule sei aber nur denkbar, wenn die Symptome innerhalb von zwei, maximal drei Tagen nach dem Trauma aufträten. Und wenn man berücksichtige, dass nach dem Unfall mehrere ärztliche, teils auch neurologische, Konsultationen stattgefunden hätten, sei anzunehmen, dass die Beschwerden an der Lendenwirbelsäule tatsächlich erstmals relativ zeitnah zur erstmaligen Erwähnung und somit mehrere Monate nach dem Unfall aufgetreten seien. Schon rein aufgrund dieser Tatsache könne ein Kausalzusammenhang zum Unfall mit praktisch absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden. Zudem liessen sich im MRT der Lendenwirbelsäule vom 7. Dezember 2018 lediglich degenerativ bedingte Veränderungen mit unter anderem

Chondrosen und Vorfällen der beiden untersten Bandscheiben der Lendenwirbelsäule sowie Spondylarthrosen, aber keine einzige Läsion, die auf ein

einige Monate zuvor erlittenes Trauma zurückgeführt werden könnte, erkennen (vgl. vorstehend E. 3.11). Daher sei ein bereits aufgrund des zeitlichen Verlaufes höchst unwahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und dem Unfall bei Berücksichtigung des MRT mit praktisch absoluter Sicherheit ausgeschlossen (S. 2 Mitte).

Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass weder bezüglich der linksseitigen Hüftbeschwerden

noch bezüglich der LWS-Problematik ein überwiegend wahr scheinlicher Kausalzusammenhang zum Unfall angenommen werden könne (S. 2 unten). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen per 28. Februar 2019 ein (Urk. 2), wogegen der Beschwerdeführer einwandte, er sei erst ab 10. Oktober 2019 wieder voll arbeitsfähig gewesen, womit er sinngemäss postulierte, eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin habe weiterhin, nämlich vom 1. März bis 9. Oktober 2019, bestanden. 4.2

Gemäss den vorliegenden Arztberichten bezogen sich die Behandlungen im strittigen Zeitraum auf die im Januar 2017 bildgebend festgestellte Coxarthrose (vorstehend E. 3.15, E. 3.17 ff., E. 3.22) und ein im Februar 2019 diagnostiziertes lumbospondylogenes Syndrom (vorstehend E. 3.17, E. 3.23, E. 3.25).

Die Beschwerdegegnerin verneinte die Unfallkausalität sowohl der Hüft- als auch der LWS-Problematik (vorstehend E. 2.1), der Beschwerdeführer bejahte sie aus näher dargelegten Gründen (vorstehend E. 2.2). Es bleibt zu prüfen, wie es sich damit verhält (nachstehend E. 5 und 6). 4.3

Die Beschwerdegegnerin begründete den Zeitpunkt der Leistungseinstellung damit, Ende Februar 2019 hätten keine behandlungsbedürftigen Folgen der erlittenen HWS-Distorsion mehr bestanden, was gleichbedeutend ist mit der Feststellung des medizinischen Endzustandes, prüfte die Adäquanz eines allfälligen Kausalzusammenhangs und verneinte diese (vorstehend E. 2.1). Der Beschwerdeführer machte geltend, der Endzustand sei erst im Zeitpunkt der wiedererlangten vollen Arbeitsfähigkeit (10. Oktober 2019) erreicht gewesen, und die Adäquanz sei zu bejahen (vorstehend E. 2.2). Auch dies bleibt zu prüfen (nachstehend E. 7). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Standpunkt einerseits damit, dass in den in zeitlicher Nähe zum Unfall erstatteten Arztberichten keine Hüftproblematik erwähnt worden sei.

Dies ist zu bestätigen. Wohl erwähnte der Beschwerdeführer selber laut Polizeirapport unter anderem tendenziell «leichte Schmerzen im Hüftbereich» (vorstehend E. 3.1). Weder Dr. Y.\_\_\_\_ im Mai 2018 (vorstehend E. 3.2) noch Dr.

Z.\_\_\_\_ im Juli (vorstehend E. 3.4) noch Dr. B.\_\_\_\_ im August 2018 (vorstehend E. 3.7) und im Oktober 2018 (vorstehend E. 3.9) noch Dr. Z.\_\_\_\_ im Dezember 2018 (vorstehend E. 3.10) nannten jedoch eine die Hüfte betreffende Diagnose. Im Dezember 2018 machte der Beschwerdeführer wohl Angaben zu verschiedenen Beschwerden, nannte aber ebenfalls keine die Hüfte betreffenden (vorstehend E. 3.12).

Im Behandlungsprotokoll der Physiotherapeutin wurde im Juli 2018 die Hüfte erwähnt, einmal mit dem Vermerk «abklären Dr. Z.\_\_\_\_» (vorstehend E. 3.26 am Ende), jedoch fand dies keinen Niederschlag in der Berichterstattung und Diagnosestellung durch Dr. Z.\_\_\_\_, auch nicht im Dezember 2018 (vorstehend E. 3.10).

Erstmals erfasst wurden Hüftbeschwerden diagnostisch durch Dr. B.\_\_\_\_ im Januar 2019 (vorstehend E. 3.14) und bildgebend im Februar 2019 (vorstehend E. 3.19). Mithin wurde bis Ende 2018 von behandelnder Seite keine Hüftproblematik diagnostiziert und es wurde -

bezeichnenderweise - 2018 auch keine entsprechende Bildgebung veranlasst. 5.2

Vor diesem Hintergrund erweist sich auch der Standpunkt des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe durch die Übernahme von Behandlungskosten (auch) für Hüftbeschwerden deren Unfallkausalität anerkannt und sei nun für deren Wegfall beweisbelastet (Urk. 1 S. 16 f. Ziff. 34), als nicht stichhaltig. Recht sprechungsgemäss gilt die Beweislastverteilung bezüglich des Wegfalls der Unfallkausalität nur für Schädigungen, welche bei der Anerkennung einer Leistungspflicht des Unfallversicherers auch wirklich zur Diskussion standen, und der Nachweis des Dahinfallens der Unfallkausalität von Beschwerden, welche im Rahmen einer Leistungsanerkennung gar nicht thematisiert worden sind, trifft nicht den Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts 8C\_855/2018 vom 14. März 2019 E. 3.1). 5.3

Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Standpunkt ferner mit dem Hinweis auf die kreisärztliche Beurteilung der im Februar 2019 erfolgten Bildgebung, wonach die im linken Hüftgelenk nachgewiesenen Veränderungen schon rein aufgrund ihrer Ausdehnung nicht auf das 10 Monate zurückliegende Ereignis zurückgeführt werden könnten, wonach Umstände fehlten, die eine Arthrosebildung innert nur 10 Monaten annehmen liessen, und dass auch die multiplen Risse im Labrum acetabulare schon rein aufgrund ihrer Anzahl nicht auf ein einzelnes Ereignis zurückgeführt werden könnten (vorstehend E. 3.27).

Dem hielt der Beschwerdeführer den Standpunkt von PD Dr. F. \_\_\_ entgegen, der im Februar 2019 die diagnostizierte Coxarthrose als «posttraumatisch» bezeichnete (vorstehend E. 3.19) und im Mai 2019 einen kausalen Zusammenhang als «doch sehr plausibel» beurteilte, weil der Patient vor dem Unfall keine muskuloskelettalen Beschwerden gehabt habe, die arthrotischen Veränderungen also «erst mit dem Sturzereignis aufgetreten» seien, weshalb die Beschwerdegegnerin eine Anerkennung als Unfallfolgen noch einmal prüfen möge (vorstehend E. 3.22). Ferner führte er Kommentare ins Feld, die er von PD Dr. F. \_\_\_ mündlich erhalten habe (Urk. 1 S. 18 ff. Ziff. 38), auf deren schriftliche Abgabe aus Kostengründen (!) verzichtet worden sei (Urk. 1 S. 21 f. Ziff. 40).

Die schriftlich festgehaltenen Äusserungen von PD Dr. F. \_\_\_ beschränken sich, wie die Beschwerdegegnerin richtig festhielt, auf eine reine «post hoc ergo propter hoc» Argumentation, was praxisgemäss für eine Kausalitätsbegründung nicht ausreicht (vorstehend E. 1.2). Seine vom Beschwerdeführer referierten mündlichen Kommentare (Urk. 1 S. 18 ff. Ziff. 38) sodann beziehen sich ausgesprochen selektiv auf bestimmte Aspekte der kreisärztlichen Beurteilung und basieren zu einem guten Teil auf einer abweichenden Interpretation der bildgebenden Befunde. Dies entbehrt nicht einer gewissen Ironie, machte doch der Beschwerdeführer geltend, dem Kreisarzt als Radiologen fehle die nötige Beurteilungskompetenz (Urk. 1 S. 18 Ziff. 37), während dies offenbar für die Kommentierung bildgebender Befunde durch einen orthopädischen Chirurgen nicht gilt. Ferner hat sich PD Dr. F. \_\_\_ - was ihm nicht verwehrt sei - als Sachwalter der Interessen seines Patienten positioniert, so dass vom Einholen einer weiteren Stellungnahme (durch die Beschwerdegegnerin oder das Gericht) in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_458/2014 vom 16. September 2014 E. 5) abgesehen werden konnte und kann. 5.4

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Unfallkausalität der Hüftbeschwerden zu Recht verneint hat. 6.

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