

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00184 vom 1. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2020.00184](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00184)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00184 du 1 mai 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00184 del 1 maggio 2021

## Erwägungen

### E. 1

4. Februar stellte sie diese – unter Hinweis darauf, dass die bestehenden somatischen Beschwerden nicht mehr unfall bedingt seien und dass zwischen dem Unfallereignis und dem benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel kein sicherer oder überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang mehr bestehe –

per 9. Dezember 2019 ein (Urk. 8/64, 8/92-93). Die dagegen erhobene Einsprache vom 12. März respektive 1. April 2020 (Urk. 8/104 und Urk. 8/107) wies sie mit Entscheid vom 1. August 2020 ab (Urk. 2).

### E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss des Bundesgesetzes 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 entfiel (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 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). 2.

## **E. 2**

Mit Eingabe vom 7. September 2020 erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid sei insoweit aufzuheben, als die Leistungen per 9. Dezember 2019 eingestellt worden seien und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm auch nach dem 9. Dezember 2019 die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu gewähren (insbesondere Taggelder und Heilbehandlungskosten, eventuell eine Rente und eine Integritätsentschädigung); eventuell sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 25. September 2020 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer mit Gerichtsverfügung vom 28. September 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte ihre weitere Leistungspflicht damit, abgesehen von einer Hautabderung occipital hätten keine objektivierbaren Unfallfolgen im Sinne struktureller Veränderungen gefunden werden können. Die erlittene Hirnerschütterung liege sodann nicht mindestens im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri und es könne nicht von einem typischen Beschwerdebild nach einem Schädelhirntrauma analog zu einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule oder einer dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzung mit einer Vielzahl von Beschwerden gesprochen werden. Eine analoge Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertige sich damit nicht und die Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den nicht objektivierbaren geklagten Beschwerden respektive den Schwindelbeschwerden und dem Unfall vom 13. Juni 2019 habe unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall (BGE 115 V 133) zu erfolgen. Aufgrund des Geschehensablaufs und der bundesgerichtlichen Praxis sei das Unfallereignis höchstens als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzustufen. Die daher zu prüfenden Zusatzkriterien seien indes zu verneinen. Der adäquate Kausalzusammenhang sei damit nicht gegeben und für die nicht objektivierbaren geklagten Beschwerden respektive die psychischen Beschwerden könnten keine weiteren Leistungen erbracht werden (Urk. 2 S. 3 ff. und Urk. 7).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, der Einspracheentscheid

gehe entgegen der Beurteilung des Versicherungsmediziners der Beschwerdegegnerin Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, davon aus, dass nicht von einem vorbestehenden Schwindel auszugehen sei. Da mit fehle es bereits an einer genügenden Abklärung gemäss Untersuchungsgrundsatz. Auch die Beurteilung durch die Kreisärztin med. pract. B. \_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie, stelle keine genügende Abklärung dar. Jene sei Anästhesistin und damit nicht fachkundig für die Beurteilung der Folgen von Hirnverletzungen. Eine Erfahrungsregel, wonach bei fehlenden strukturellen Läsionen Unfallfolgen nach circa vier Wochen keine Rollen mehr spielen würden, gebe es nicht. Ausserdem sei der Beschwerdeführer nie von einem mit den Folgen von Hirnverletzungen

vertrauten Spezialarzt umfassend zu seinen Symptomen befragt worden. Die Kreisärztin sei sodann nicht zur Beurteilung von Röntgenbildern mit der Schlussfolgerung, strukturelle Läsionen würden fehlen, befugt (Urk. 1 S. 6 ff.).

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, die Adäquanzprüfung sei mangels Erreichen des Endzustands verfrüht erfolgt. Diesbezüglich sei zusätzlich zu beachten, dass im Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 6/03 vom 6. Mai 2003 zwar festgehalten werde, dass für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis eine Hirnerschütterung mindestens im Grenzbereich zwischen *Commotio* und *Contusio cerebri* liegen müsse. Ein solcher Grenzbereich sei aber weder rechtlich noch medizinisch definiert und begründet. Es handle sich auch nicht um eine Erfahrungsregel. Es gehe also um eine Fiktion einer «Überwindbarkeititsvermutung», wie sie zeitweise auch bei der Invalidität angewendet worden sei. Es liege zudem durchaus eine Häufung typischer Symptome vor, welche ohne Weiteres für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis sprechen würden. Selbst die persistierenden Kopfschmerzen und der Schwindel würden als Prädikatoren für eine Persistenz von Symptomen gelten. Die nach der Schleudertrauma-Praxis durchgeführte Adäquanzprüfung ergebe, dass die Adäquanzkriterien gehäuft und teilweise auch ausgeprägt erfüllt seien, was dann zur Bejahung der Adäquanz führe (Urk. 1 S. 10 ff.).

### **E. 3**

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

In formellrechtlicher Hinsicht rügte der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Urk. 1 S. 4).

Gemäss Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör, wobei sie nicht angehört werden müssen vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind. Das rechtliche Gehör – das neben der expliziten Regelung in Art. 42 ATSG namentlich in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) garantiert wird – dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich

vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung kann eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem

formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

### **E. 3.2**

Dem Beschwerdeführer ist insoweit zuzustimmen, dass der im Einspracheentscheid per 9. Dezember 2019 festgehaltenen Leistungseinstellung eine im Vergleich zur Verfügung abweichende Begründung zugrunde liegt. Soweit damit der Anspruch auf Gewährung des rechtlichen Gehörs tangiert wäre, wäre ein solcher Mangel im Rahmen des vorliegenden Prozesses geheilt, da sich der Beschwerdeführer im Rahmen der Beschwerde zur Einsprachebegründung

äussern konnte, die Beschwerdegegnerin hier zu in ihrer Beschwerdeantwort Stellung nahm und dem hiesigen Gericht in der streitigen Angelegenheit umfassende Kognition zusteht (Art. 61 lit. c ATSG). Damit würde sich auch unter dem Blickwinkel der Verfahrensökonomie keine Rückweisung der Sache aufdrängen.

### **E. 3.3**

Zu ergänzen bleibt einerseits, dass die entscheiderelevanten Abklärungen vor Erlass der Verfügung getätigt wurden; andererseits, dass mit der Einsprache eine Verfügung – einem Rechtsmittel gleich – angefochten wird. Dabei bleibt jedoch die nämliche Verwaltungsbehörde zuständig. Die Einsprache ist also kein devolutives Rechtsmittel, das die Entscheidungszuständigkeit an eine Rechtsmittelinstanz übergehen lässt. Vielmehr erhält die verfügende Stelle die Möglichkeit, die angefochtene Verfügung nochmals zu überprüfen und über die bestrittenen Punkte zu entscheiden, bevor allenfalls die Beschwerdeinstanz angerufen wird. Die Verwaltung nimmt in diesem Rahmen – soweit nötig – weitere Abklärungen vor und überprüft die eigenen Anordnungen aufgrund des vervollständigten Sachverhalts. Bei Erhebung einer Einsprache wird das Verwaltungsverfahren erst durch den Einspracheentscheid abgeschlossen, welcher die ursprüngliche Verfügung ersetzt. Für eine spätere richterliche Beurteilung sind denn auch grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses des strittigen Einspracheentscheids massgebend (BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 4**

.4

Dem Bericht vom 12. August 2019 über die gleichentags am Kantonsspital Z.\_\_\_\_ durchgeführte Schwindelsprechstunde (Urk.

### **E. 8**

/25) können nachstehende Diagnosen entnommen werden (S. 1): - Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel des linken posterioren Bogengangs, Erstmanifestation Juni 2019 - Klinik: wenige Sekunden andauernde Drehschwindelattacken insbesondere in Linksseitenlage, keine Ohrsymptome, keine neu aufgetretenen, fokale neurologischen Defizite - Ätiologie: i.R. Dg. 2 - Diagnostik: - Lagerung auf dem Rotundum inklusive Video-Okulografie: schnell erschöpflicher, geotroper Up-beat-Nystagmus bei Lagerung nach links mit Crescendo-/Decrescendo-Charakter - Therapie: zweimaliges Repositionsmanöver auf dem Rotundum - Unklares Sturzereignis am 13. Juni 2019 mit - Klinik: Comotio cerebri, Hautabblutung occipital - Status nach Comotio cerebri am 13. Juni 2019 - cvRF: persistierender Nikotinkonsum (kumuliert 40 Jahre) - Diagnostik: -

CCT-Abdomen 13. Juni 2019: Bei Zustand nach Sturz, kein Anhalt für eine akute Traumafolge. Nebenbefund: Bronchialwandverdickungen, partielle Sekret-Obliteration und dorsobasale Minderbelüftungszonen beidseits bei akuter Bronchiolitis. Ausgedehntes subpleurales, rechts und apikal betontes Lungenemphysem, DD mediokamentös bedingt? Partiiell resezierter Nierenunterpol links mit reizlosen Verhältnissen. Deutliche zirkuläre Harnblasenwandverdickung, DD Balkenblase, DD entzündlich, DD neoplastisch. Leichte Wandverdickung des Rektums. Subakute Pansinusitis mit akuten Anteilen im Sinus maxillaris links - cMRI 30. Juli 2019: kein Hinweis auf frischen Infarkt oder territoriale Infarktresiduen/intrakranielle Raumforderung. Liquorzirkulationsstörung oder Schrankenstörung. Kein Nachweis von mittel- oder höhergradigen Stenosen der hirnversorgenden Gefässe. Unspezifische Marklagerveränderungen, diese sind unter Berücksichtigung des Patientenalters am ehesten chronisch-mikroangiopathisch bedingt - Verdacht auf mittel- bis hochgradige, sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits  
Erstdiagnose Juni 2019 - RTA erfolgte bei Dr. C. \_\_\_ Juni 2019 - Hörgeräteversorgung empfohlen, vom Versicherten abgelehnt Die behandelnden Ärzte gaben an, bei einem benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel des posterioren Bogengangs links sei ein Repositionsmanöver auf dem Rotundum erfolgt, worauf die Schwindelbeschwerden nahezu komplett remittiert seien (S. 4). 4.5

Die nämlichen Ärzte diagnostizierten im Bericht über die acht Tage später statt gefundene Schwindelsprechstunde zusätzlich einen noch bestehenden geotropen Upbeat-Nystagmus mit torsioneller Komponente und Crescendo-/Decrescendo-Charakter in Dix-Hallpike-Lagerung links. Im Rahmen ihrer Zwischenanamnese seit dem 12. August 2019 berichteten sie, der Beschwerdeführer habe immer noch etwas Drehschwindelattacken für Sekunden ohne Nausea/Vomitus

bei Einnahme der Linksseitenlage. Augen- oder Ohrensymptome oder fokale neurologische Defizite seien seither keine aufgetreten. Nach der erneuten Rotundumlagerung sei kein Nystagmus oder Schwindel mehr auslösbar gewesen. Auf dringenden Wunsch des Versicherten erfolge nächste Woche eine Abschlusskontrolle (Bericht vom 20. August 2019 [Urk. 8/39]). 4.6

Anlässlich jener präsentierte sich der Beschwerdeführer beschwerdefrei. Dies habe – so die behandelnden Ärzte in ihrem Bericht vom 26. August 2019 – auf dem Rotundum inklusive Video-Okulografie bestätigt werden können, so dass derzeit keine weiteren Massnahmen mehr erforderlich seien. Aufgrund der bekannten Rezidive innert eines Jahres von circa 15-20% würden sie bei erneuten Beschwerden um Wiedervorstellung bitten (Urk.

8/42/1-3). 4.7

Der von Dr. med. A. \_\_\_, Suva Arbeitsmedizin, am 28. November 2019 abgegebene Beurteilung kann entnommen werden, dass im Austrittsbericht des Kantonsspitals Z. \_\_\_ vom 16. Juni 2019 und dem Bericht der Schwindelsprechstunde des Kantonsspitals Z. \_\_\_ vom 12. August 2019 eine vorbestehende Hörverminderung beidseits und ein Tinnitus beschrieben wurden. Es werde festgehalten, dass ein benigner proximaler Lagerungsschwindel seit 2017 bestehe. Angesichts dessen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die benignen proximalen Lagerungsschwindelsymptome durch das Unfallereignis ausgelöst worden seien (Urk. 8/64). 4.8

Die Suva- Ärztin med. pract . B.\_\_\_\_ verneinte am 2. Dezember 2019 die Frage, ob der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen, welche objektivierbar seien, geführt habe. Zwei bis vier Wochen nach dem Unfallereignis würden die Unfallfolgen im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Rolle mehr spielen ( Urk. 8/69). 4 .9

In der Schwindelprechstunde des Kantonsspitals Z.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2019 erfolgte einerseits eine Besprechung des keine wegweisenden Befunde zeigenden MRI vom 5. Dezember 2019, andererseits wurden erneute Lagerungsmanöver auf dem Rotundum durchgeführt. Dabei habe – so der behandelnde Arzt – ein diskreter, residueller benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel des linken posterioren Bogenganges, einem erneuten Rezidiv entsprechend, festgestellt werden können. Dieser sei nach einem einmaligen Repositionsmanöver in der Kontrolllagerung nicht mehr nachweisbar gewesen. Bezüglich des benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels werde sich der Beschwerdeführer im Bedarfsfall zur erneuten Lagerung melden ( Urk. 8/107/4-6 S. 3). 4 .10

Med. pract . B.\_\_\_\_

gab am 13. Februar 2020 erneut an, sowohl im CT vom 13. Juni 2019 als auch im MRI vom 30. Juli 2019 seien keine traumatischen Läsionen nachgewiesen worden. Bei fehlenden zusätzlichen strukturellen Läsionen würden Unfallfolgen nach dem Ereignis vom 13. Juni 2019 nach circa vier Wochen keine Rolle mehr spielen ( Urk. 8/92 S. 5). 4 .11

Der in der Neuropraxis Wohlen tätige Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, stellte am 20. Februar 2020 nachstehende Diagnose: - Dringender Verdacht auf aktuell funktionelle Hauptkomponente für das Schwindelerleben, Differentialdiagnose: depressive Reaktion - rezidivierender benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel des linken Bogenganges mit mehrfacher Behandlung im Kantonsspital Z.\_\_\_\_ (PD Dr. med. E.\_\_\_\_) nach Comotio Juni 2019 - aktuell Empfehlung für eine Rehabilitationsbehandlung

Dr. D.\_\_\_\_ berichtete, der Beschwerdeführer beschreibe einen Ohrdruck, ein «Summen», eine Gehunsicherheit sowie Schlafstörungen. Drehschwindel habe er zurzeit nicht. Die aktuell im Vordergrund stehende Beschwerdesymptomatik mute für ihn psychosomatisch an. Er halte einen entsprechenden stationären Klinikaufenthalt, zum Beispiel in der Klinik F.\_\_\_\_, für sinnvoll. Da es sich bei der Störung um eine Unfallfolge nach der Comotio im Sommer 2019 handle, könne gegebenenfalls auch ein Aufenthalt in der Suva-Klinik in G.\_\_\_\_ infrage kommen ( Urk. 8/99). 4 .12

Dr. phil. H.\_\_\_\_, Neuropsychologin/Psychologin FSP, und Dr. med. I.\_\_\_\_, Verhaltensneurologin schilderten am 16. Juli 2020, die aktuelle verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung habe beim präzise orientierten Beschwerdeführer mit unsicherem Gangbild insbesondere Auffälligkeiten auf der Verhaltensebene mit deutlicher affektiver Betroffenheit, depressiver Verstimmung, Antriebsminderung, psychomotorischer Verlangsamung, spontansprachlichen Auffälligkeiten (wortkarg, hohe Antwortlatenz, verlangsamte, stockende, gepresst wirkende und dysprosodische Spontansprache, Wortfindungsstörungen und Suchverhalten) sowie im Verlauf abnehmender Belastbarkeit gezeigt. Zum Ende der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer sichtlich erschöpft und dann auch affektlabil präsentiert. Akzentuiert durch die im Vordergrund stehende Antriebsstörung und psychomotorische Verlangsamung würde testpsychologisch eine schwer verminderte visuo-verbale Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit sowie eine schwer eingeschränkte einfache

Reaktionsgeschwindigkeit imponieren. Hinzu würden leichte bis mittelgradige Einschränkungen frontal-exekutiver/ attentionaler Teilfunktionen (semantische Ideenproduktion, abstrakt-logisches Konzeptdenken, fokussierte Aufmerksamkeit), deutliche konstruktiv-planerische Schwierigkeiten sowie ein fehleranfälliges Lesevermögen kommen. Im Fragebogen würden sich zudem Hinweise auf eine leichte depressive Symptomatik ergeben. Die übrigen geprüften kognitiven Funktionsbereiche seien altersgerecht; dies gelte insbesondere auch für alle mnestischen Prozesse. Die kognitiven Befunde sowie die Befunde auf der Verhaltensebene würden auf links-hemisphärisch-betonte, vordergründig frontale und fronto-subkortikale Funktionseinschränkungen hinweisen, welche quantitativ einer leicht- bis mittelgradigen neurokognitiven Störung nach Frei et al., 2016 entsprechen würden. Ätiologisch seien die kognitiven Befunde mit vordergründiger psychomotorischer Verlangsamung und Antriebsstörung am ehesten als Folge einer unfallassoziierten affekt-pathologischen Komponente zu sehen (Differentialdiagnose Depression, Differentialdiagnose Anpassungsstörung, Differentialdiagnose zusätzliche Somatisierung). Gleichzeitig sei eine Akzentuierung vorbestehender Teilleistungs-schwächen (Visuokonstruktion, Lesen) möglich. Aggravierend dürften sich zudem altersbedingt abnehmende und im Rahmen des Unfalls wahrscheinlich zeitlich erschöpfte Ressourcen auswirken (Urk. 8/110 S. 4). 5. 5.1

Umstritten und als Erstes zu prüfen ist, ob die über den 9. Dezember 2019 hinaus geklagten Beschwerden organisch objektiv ausgewiesen sind mit der Folge, dass auf eine besondere Adäquanzprüfung verzichtet werden kann (vgl. hierzu BGE 134 V 109 E. 2.1) .

Die Rechtsprechung umschreibt den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge - als Differenzierungsmerkmal für das Erfordernis einer Adäquanzprüfung - wie folgt:

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). 5.2

Dass den noch geklagten Gesundheitsstörungen ein – unfallbedingtes - (hinreichend) objektivierbares organisches Substrat zugrunde liegt, ist im Lichte der medizinischen Unterlagen nicht anzunehmen. So zeigte die am Unfalltag erstellte Computertomographie des Schädels, der HWS, des Thorax und des Abdomens keinen Anhalt für eine akute Traumafolge (Urk. 8/28) und das am 30. Juli 2019 durchgeführte MRI des Schädels lieferte keinen Hinweis auf einen frischen Infarkt oder territoriale Infarktresiduen (Urk. 8/27) . Entgegen den entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9) ist auch aus dem Bericht

vom 12. August 2019 über die gleichentags durchgeführte Schwindelsprechstunde (Urk. 8/25 )

auf keine organisch-strukturellen Verletzungen zu schliessen. Dr. med. J.\_\_\_\_ ,  
Assistenzärztin, und PD Dr.

med. E.\_\_\_\_, Leitender Arzt, gaben an, dass der neurootologische Status bis auf die pathologische Dix-Hall pike-Lagerungsprüfung links unauffällig war. Bei der Otoskopie zeigte sich beid seits ein reizloses und intaktes Trommelfell (S. 4). Der diagnostizierte Lagerungs schwindel wie auch eine ihm zugrunde liegende organische Schädigung konnte auch nicht anlässlich der nachfolgend stattgefundenen Schwindelsprechstunden ( Urk. 8/39, 8/42 und 8/107) mit apparativen oder bildgebenden Abklärungen bestätigt werden. Auch aus dem bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, am 19. Juni 2019 erstellten Reintonaudiogramm ( Urk. 8/59-60) sind keine organisch-strukturellen Verletzungen ersichtlich. Im Einklang damit steht, dass auch für den den

Beschwerdeführer behandelnden Dr. D.\_\_\_\_ die Beschwerdesymptomatik psychosomatisch anmutet (Bericht vom 11. Juni 2002 [ Urk. 8/109]). Ein organisches Substrat der geklagten gesundheit lichen Störungen im Sinne einer bildgebend oder sonst wie nachweisbaren struk turellen Veränderung ist mithin klar auszuschliessen. 5.3 5.3.1

Entscheidend für die Frage der weiteren Leistungspflicht der Unfallversicherung ist demnach, ob diese in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall stehen. Wird dies verneint, erübrigt sich die Prüfung des natürlichen Kausalzu sammenhanges. Uneinigkeit herrscht dabei, ob diese nach der sogenannten Psychopraxis ( BGE 115 V 133 ) oder nach der Schleudertrauma-Praxis, welche bei Schleudertraumata der Halswirbelsäule und analog bei äquivalenten Verletzungs mechanismen sowie Schädel-Hirntraumata mit entsprechenden Verletzungen zur Anwendung gelangt ( BGE 134 V 109 und 117 V 259), vorzunehmen ist.

Gemäss Rechtsprechung genügt ein Schädel-Hirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri – nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri – erreicht, grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis. Eine Commotio cerebri ist ein Zustand vorübergehender, schnell reversibler neurologischer Dysfunktion, der mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergeht. Der Verletzte hat oft eine Amnesie für die Zeit der Verletzung und/oder für die Zeit vor der Verletzung. Es bestehen aber keine neurologischen Auffälligkeiten. Die Contusio cerebri ist eine fokale Gewalt anwendung auf das zerebrale Gewebe, die mit kleinen parenchymatösen Blutungen oder einem lokalen Ödem einhergeht ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.1-2 mit weiteren Hinweisen). 5.3.2

Gemäss den Ärzten des Kantonsspitals Z.\_\_\_\_ hat der Beschwerdeführer nebst einer Hautablederung occipital eine Commotio cerebri erlitten ( Urk. 8/18). Weder die am Unfalltag angefertigte CT noch das am 30. Juli 2019 durchgeführte MRI

zeigten strukturelle Veränderungen oder Mikroblutungen im Gehirn des Beschwerdeführers ( Urk. 8/27-28). Es bestand en nach dem Unfallereignis zwar eine intermittierende Amnesie, aber keine Bewusstlosigkeit und kein Erbrechen (Urk. 8/50). Anlässlich der stationären Überwachung im Kantonsspital Z.\_\_\_\_ war der Beschwerdeführer stets GCS (Glasgow Coma

Scale ) - stabil ; neurologische Auffälligkeiten konnten keine festgestellt werden ( Urk. 8/18). Angesichts der medizinischen Aktenlage – für die Beurteilung der aufgeworfenen Frage der weiteren Leistungspflicht sind in erster Linie die von den Ärzten initial festgestellten Befunde und Schlussfolgerungen entscheidend – kann damit von einer Schädigung

gung ausgegangen werden, die höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri erreichte. Der vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang vorgebrachte Einwand, wonach ein Grenzbereich einer Commotio zu einer Contusio cerebri weder rechtlich noch medizinisch definiert und begründet sei (Urk. 1 S. 15), braucht damit von vornherein nicht geprüft zu werden. 5.3.3

Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, aus den medizinischen Erkenntnissen ergebe sich, dass auch leichte Hirnerschütterungen zu typischen Beschwerden führen könnten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigen (Urk. 1 S. 15). In diesem Zusammenhang hielt das Bundesgericht im Entscheid 8C\_417/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.2.1 fest:

Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133

E. 6c/ aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person eine der oben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. dazu:

BGE 119 V 335

E. 1) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in

BGE 115 V 133

E. 6c/ aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in

BGE 117 V 359

E. 6a und 117 V 369 E. 4b festgelegten, mit

BGE 134 V 109

E. 10.2 f. modifizierten Kriterien.

Zu prüfen bleibt damit, ob beim Beschwerdeführer ein Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vorliegt.

Entgegen den entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 16 ff.) sind seine Beschwerden und deren Verlauf in den medizinischen Akten ausreichend dokumentiert. Im Rahmen des stationären Aufenthalts im Kantonshospital Z.\_\_\_\_

vom 13. – 16. Juni 2019 klagte der Beschwerdeführer über starke Kopfschmerzen und Schwindel

(Urk. 8/18). Dem Eintrag von Dr. C.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2019 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer unter Schwindel begleitet von Übelkeit leidet (Urk. 8/50 S. 2).

Anlässlich der Schwindsprechstunde vom 12. August 2019 berichtete er von seit dem Unfall auftretenden Drehschwindelattacken und einer sich zwischenzeitlich bessernden Gehunsicherheit. Weitere Beschwerden – wie Kopfschmerzen, Augensymptome, Schlaf-

und Konzentrationsstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Dysarthrien, Wortfindungsstörungen – verneinte er allesamt. Der neurootologische Status präsentierte sich dementsprechend – bis auf die pathologische linksseitige Dix-Hallpike-Lagerungsprüfung – als unauffällig (Urk. 8/25). Acht Tage später schilderte der Beschwerdeführer erneut das Auftreten von Drehschwindelattacken, ohne Übelkeit und Erbrechen. Neu aufgetretene Augen- und Ohrensymptome oder fokale neurologische Defizite gab er keine an (Urk. 8/39 S. 2). Am 26. August 2019 teilte der Versicherte mit, er sei beschwerdefrei (Urk. 8/42 S. 2). Die Case-Managerin berichtete am 25. September 2019

wiederum einzig von Schwindel (Urk. 8/41). Auch die Frage nach näheren Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung beantwortete der Beschwerdeführer in der Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung am 24. Oktober 2019 dahingehend, dass Schwindelanfälle nach dem Unfallereignis vom 13. Juni 2019 aufgetreten seien (Urk. 8/48 S. 9). Bis zum Erlass der leistungseinstellenden Verfügung vom 14. Februar 2020 klagte der Beschwerdeführer daher hauptsächlich über Schwindel, womit nicht gesagt werden kann, dass die zu einem Schädel-Hirntrauma gehörenden Beeinträchtigungen gehäuft aufgetreten sind.

Erst sechs Tage später, am 20. Februar 2020, beschrieb der Beschwerdeführer erstmals gegenüber Dr. D.\_\_\_\_

einen Ohrdruck, ein «Summen», eine Gehunsicherheit sowie Schlafstörungen; Drehschwindel habe er zurzeit nicht. Diesbezüglich wies die Beschwerdegegnerin zu Recht unter Hinweis auf eine Latenzzeit der neu geklagten Beschwerden von rund acht Monaten darauf hin (Urk. 7 S. 3), dass spätere Darstellungen, bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Im Einklang damit steht, dass Dr. D.\_\_\_\_ die entsprechende Beschwerdesymptomatik als psychosomatisch beurteilte (Urk. 8/99 S. 1). Auch den anlässlich der am 16. Juli 2020 – und damit mehr als ein Jahr nach dem Vorfall vom 13. Juni 2019 – stattgefundenen neuropsychologischen Standortbestimmung geklagten Beschwerden, die gemäss den Angaben des Versicherten und seiner Partnerin seit dem Unfall beständen (Urk.

8/110 S. 1 f.), kann nicht der gleiche Beweiswert zuerkannt werden wie den ersten, von rechtlichen Überlegungen unbeeinflussten Aussagen des Beschwerdeführers, zumal in der wenige Wochen nach dem Unfallereignis durchgeführten Schwindelsprechstunde Schlaf-, Konzentrations- und Wortfindungsstörungen verneint wurden (Urk. 8/25 S. 3).

Dass beim Beschwerdeführer innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden das typische bunte Beschwerdebild auftrat respektive sich Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule innert dieser Frist manifestierten, erscheint zusammenfassend nicht als überwiegend wahrscheinlich. An besagter Latenzzeit hielt das Bundesgericht auch nach der Präzisierung der Praxis in BGE 134 V 109 fest (Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2008 vom 5. Januar 2009 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen). 6. 6.1

Nach dem Gesagten ist die adäquate Unfallkausalität der gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten nach der in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach Unfall begründeten Rechtsprechung, mithin einzig unter Berücksichtigung der physischen Komponenten des Gesundheitsschadens, zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_44/2017 vom 19. April 2017 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Diese Prüfung ist in jenem Zeitpunkt

vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 6.1 mit weiterem Hinweis, Urteil des Bundesgerichts 8C\_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 7.2.2 mit weiteren Hinweisen). 6.2

Der Fallabschluss per 9. Dezember 2019 erfolgte angesichts der Tatsache, dass die einzig in somatischer Hinsicht erlittene Hautablederung occipital – soweit aktenkundig – zu diesem Zeitpunkt abgeheilt war, jedenfalls nicht verfrüht. 6.3

#### 6.3.1

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E.

4b).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr.

### **E. 10**

#### E. 2). 6.3.2

Bei banalen Unfällen wie zum Beispiel bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie zum Beispiel einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 352 E. 5b/aa, 115 V 133 E. 6a). 6.3.3

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des

Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa ). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2). 6.3.4

Beim Ereignis vom 13. Juni 2019 rollte ein abgekuppelter Anhänger langsam auf den Beschwerdeführer zu. Beim Versuch, diesen zu stoppen, stürzte er und schlug mit dem Kopf auf dem Boden auf ( Urk. 8/1). Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass der Unfall höchstens als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen zu qualifizieren ist. Angesichts des augenfälligen Geschehensablaufs sowie der sich dabei entwickelnden Kräfte und unter Berücksichtigung der Einordnung vergleichbarer Geschehnisse (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C\_918/2008 vom 1. Mai 2009 E. 4.3, 8C\_798/2007 vom 3.

Juli 2008 E. 4.1 und 8C\_402/2007 vom 23. April 2008 E. 5.2 ) ist die vorgenommene Einstufung nicht zu beanstanden. Von den rechtsprechungsgemäss zu sätzlich zu beachtenden Kriterien müssten demnach mindestens vier in einfacher

Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_795/2012 vom 28. November 2012 E. 5.2 mit Hinweis). 6.3.5

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise des Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindringlichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_137/2014 vom 5. Juni 2014 E. 7.1 mit Hinweisen). Das Bundesgericht

bejahte dieses Kriterium etwa bei

einer Massenkarambolage auf einer Autobahn, bei einem Zusammenstoss zwischen einem Personenwagen und einem Lastwagen in einem Autobahntunnel mit mehreren sich anschliessenden Kollisionen mit der Tunnelwand, bei einem Zusammenprall zwischen einem Sattelschlepper und einem Personenwagen, wobei der Fahrer des Sattelschleppers die Kollision zunächst nicht bemerkte und den Personenwagen der versicherten Person noch auf einer längeren Distanz vor sich herschob, und die Insassen des Personenwagens verzweifelt versuchten, den Unfallverursacher auf sich aufmerksam zu machen, bei einem Unfall mit hoher Geschwindigkeit auf einer Autobahn, bei dem das Fahrzeug des Versicherten bei starkem Verkehr mehrmals über die Fahrbahn geschleudert wurde und sich dabei wiederholt überschlug, bei einem in der 29. Woche schwangeren Unfallopfer oder bei einem Skifahrer, welcher kopfüber mit einem Baum kollidierte (Urteil des Bundesgerichts 8C\_9/2010 vom 11. Juni 2010 E. 3.7.1 mit weiteren Hinweisen).

Eine mit den erwähnten Beispielen vergleichbare Eindrücklichkeit liegt vorliegend nicht vor und es sind auch keine Umstände ersichtlich, die dem Unfallgeschehen eine solche besondere Dramatik verliehen hätten. Dass der Beschwerdeführer einen Anhänger auf sich zurollen sah, den er nicht aufhalten konnte (Urk. 1 S. 18), genügt damit nicht.

Sodann zog sich der Beschwerdeführer mit der Hautablederung occipital keine schwere oder besonders geartete Verletzung zu, die sich erfahrungsgemäss eignete, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen.

Auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist ohne Weiteres zu verneinen. Anhaltspunkte für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, und für einen schwierigen Heilungsverlauf beziehungsweise erhebliche Komplikationen gibt es in den Akten keine. Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung und dasjenige der körperlichen Dauerschmerzen – immer in Bezug auf die Hautablederung occipital – sind ebenfalls nicht erfüllt.

Da die Kausalitätsprüfung einzig unter Berücksichtigung der physischen Komponenten des Gesundheitsschadens zu erfolgen hat, zielen die diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 19 f.) von vornherein ins Leere. 6.3.6

Nach dem Gesagten ist keines der unfallbezogenen Merkmale erfüllt. Die Adäquanz kann damit nicht bejaht und auf Weiterungen zur Frage der natürlichen Kausalität verzichtet werden (BGE 135 V 465 E. 5.1). Damit erübrigen sich – wie vom Beschwerdeführer gefordert (Urk. 1 S. 6) – allfällige weitere medizinische Abklärungen, da diese der Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs dienen würden, nicht jedoch der Beantwortung der Rechtsfrage der Adäquanz (Urteil des Bundesgerichts 8C\_318/2013 vom 18. September 2013 E. 5.1 mit weiterem Hinweis). Vor diesem Hintergrund braucht auch auf die an den versicherungsinternen Beurteilungen und der fachlichen Kompetenz der Versicherungsmediziner angebrachte Kritik (Urk. 1 S. 6 ff.) nicht näher eingegangen zu werden, auch wenn – wie vom Beschwerdeführer richtig moniert – die Schwindelproblematik nicht vorbestehend war. 7.

Damit ergibt sich, dass die über den 9. Dezember 2019 hinaus persistierenden Beschwerden in keinem rechtsgenügenden Zusammenhang zum Unfall vom 13.

Juni 2019 stehen. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerde gegnerin ihre Leistungen per 9. Dezember 2019 einstellte, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 GräubLocher

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