

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00253 vom 5. November 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-11-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00253

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00253 du 5 novembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00253 del 5 novembre 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1981, war seit dem 2. April 2013 bei der Y.____ GmbH, Zürich, als Teamleiter angestellt

und damit bei der Suva obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Mit Bagatellunfallmeldung vom 9. April

2018 teilte die Arbeitgeberin der Suva mit, dass am 29. August 2017, als der Versicherte sich im Büro gegen die Wand gelehnt habe, die Decke aus der Verankerung gefallen sei und ihn

am Kopf/Nacken getroffen habe (Urk. 9/1 Ziff. 3-6).

Der am

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung 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). 1. 3

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 Versicherer 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). 2.

E. 2

8. September 2017 erstbehandelnde Arzt Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte einen Status nach Schädelkontusion (Urk. 9/7

Ziff.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, dass gestützt auf die beweiskräftige Beurteilung durch

Dr. B.____ sowie der zeit nächsten zum Unfall erstellten Dokumentation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass es beim Unfall zu einer Schädelprellung ohne behandlungsbedürftige äussere Verletzung und ohne Hinweis auf eine leichte traumatische Hirnverletzung (Commotio cerebri) gekommen sei . Gegenüber dem erstbehandelnden Arzt Dr. Z.____ habe der Beschwerdeführer angegeben, dass es zu keiner Bewusstlosigkeit gekommen sei. Der Informationsgehalt zeitnahe zum Unfall geäusselter anamnestischer Angaben sei höher zu werten, als spätere anamnestische Angaben. Von weiteren Zeugeneinvernahmen seien drei Jahre nach dem Unfallereignis keine zuverlässigen Erkenntnisse zu erwarten. Weiter seien die Symptome eines

postkommotionellen Syndroms nicht spezifisch für eine leichte

traumatische Hirnverletzung. Selbst wenn eine - lediglich vermutete - Commotio cerebri vorgelegen hätte, wären deren Folgen spätestens ein halbes Jahr nach dem Unfall und noch bevor ihr die Beschwerden gemeldet worden seien, abgeklungen gewesen. Auf die Feststellung von Dr. B.____, wonach die gemeldeten klinischen Beschwerden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien, könne abgestellt werden (Urk. 2 S.

4

ff. Ziff. 3-4).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass am 29. August 2017 eine Metallplatte mit der Kante auf seinem Hinterkopf aufgeschlagen sei, so dass er unter der Wucht des Aufpralls bewusstlos zusammengebrochen sei (S. 3 Ziff. 3).

Die Neurologen Prof. Dr. med. C.____, Leitender Arzt, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen, Universitätsspital D.____, Prof. Dr. med.

E.____,

Leitender Arzt, Klinik für Neurologie, Spital D.____, und PD Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurologie, Zentrum G.____, Klinik H.____, hätten übereinstimmend ein protrahiertes postkommotionelles Syndrom diagnostiziert (S. 4 Ziff. 7). Als medizinischer Laie habe er dem beim Unfall erlittenen Bewusstseinsverlust keine Bedeutung zuge messen, weshalb er diese erst auf gezielte Befragung durch den Neurologen Prof. C.____

angegeben habe (S. 6 Mitte). Mit Sicherheit würden sich die genannten Augenzeugen noch an das Ereignis erinnern, weshalb sie zu befragen seien (S. 6 unten). Aus dem länger protrahierten Verlauf sei zu schliessen, dass eine schwerwiegendere traumatische Einwirkung im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri vorgelegen habe und dass zusätzlich auch aufgrund der objektivierten vorbestehenden Hirnverletzungen nicht von einem Normalfall mit erfahrungsgemässer Dauer der Beschwerden ausgegangen werden könne (S. 7 lit. b). Die Beurteilung von Dr. B.____ stehe auch im Widerspruch zur Beurteilung im MEDAS-Gutachten, wonach der Unfall die überwiegend wahrscheinliche Ursache der invalidisierenden Beschwerden sei. Damit sei der natürliche Kausalzusammenhang rechtsgenügend erstellt (S. 7 f. lit. c). Eine Adäquanzprüfung sei verfrüht (S. 8 Ziff. 12). Im Übrigen wäre im vorliegenden Fall eines Schädel-Hirntraumas im Grenzbereich zur Contusio cerebri die Adäquanzbeurteilung gemäss der Schleudertrauma-Praxis vorzunehmen, welche ergebe, dass die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ausgewiesen sei (S. 8 f. Ziff. 12 unten).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 8) führte die Beschwerdegegnerin aus, dass die Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach er dem beim Unfall erlittenen Bewusstseinsverlust keine Bedeutung beigemessen habe, nicht glaubhaft seien. Zu dem gehe aus dem Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, vom 11. Dezember 2017 hervor, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden offenbar unfallvorbestehend seien (S. 3 f. Ziff.

E. 2.4

In seiner Replik (Urk. 16) machte der Beschwerdeführer geltend, dass der Umstand, dass die Einwirkung des wuchtigen und harten Aufpralls der grossen Metalldeckenplatte auf den Hinterkopf eine Bewusstlosigkeit verursacht habe, für ihn kein besonders aussergewöhnliches Phänomen gewesen sei, weshalb er sich zu keiner Erwähnung veranlasst gesehen habe (S. 2 f. Ziff. 3).

Dr. I.____ habe sich offensichtlich verschrieben, als er ausgeführt habe, dass diese Beschwerden seit «Anfang dieses Jahres» bestehen würden (S. 4 oben). Die spezialärztlichen Untersuchungen hätten die gesicherte Diagnose von persistierenden posttraumatischen Beschwerden nach Commotio cerebri ergeben (S. 4 f. Ziff. 7). Vorgängig des Unfalls habe keine Symptomatik eines postkommotionellen Syndroms

bestanden (S.

7

Ziff. 12). Er habe vor dem Unfall höchstens einmal monatlich unter Migräne gelitten, ohne dass dadurch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt worden wäre (S. 8 oben). Zudem sei sein Schwindel durch den Downbeatnystagmus klinisch ausgewiesen (S. 8 Mitte).

E. 2.5

In ihrer Duplik (Urk. 20) machte die Beschwerdegegnerin geltend, dass nichts vor gebracht werde, was ihren Standpunkt ändere. Selbst wenn das vom Beschwerdeführer angesprochene Fatigue-Syndrom sowie ein diskreter Downbeatnystagmus vorliegen sollten, könnten

diese nicht auf organische Unfallfolgen zurück geführt werden. Im Rahmen der MEDAS-Begutachtung hätten aus neurologischer Sicht keine pathologischen Befunde erhoben werden können (S. 1 f).

E. 2.6

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungspflicht für die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden verneint hat. 3. 3. 1

Dr. I.____

führte in seinem Bericht vom 11. Dezember 2017 (Urk. 9/21/2) aus, dass zur Abklärung einer seit Anfang dieses Jahres bestehenden

Benommenheit, Unkonzentriertheit und eines körperlichen und geistigen Erschöpfungsgefühls sowie eines morgendlichen Unwohlseins und einer Inappetenz am 24. November 2017 ein Schädel-MRI durchgeführt worden sei. Der beurteilende Radiologe habe als Ursache der flächig konfigurierten Marklagerveränderung juxta-/subkortikal rechts im Bereich der anterioren Inselrinde einen demyelinisierenden Prozess vermutet. Die weiteren Abklärungen hätten jedoch keine Hinweise auf eine multiple Sklerose ergeben. Seines Erachtens müssten differenzialdiagnostisch ein Low-Grade Gliom oder allenfalls eine prä-/perinatale Schädigung erwogen werden.

3. 2

PD Dr. med. J.____, Leitender Arzt, Klinik für Neurochirurgie, Spital D.____, nannte in seinem Bericht vom 19. Februar 2018 (Urk. 9/27/2-3) als Diagnose eine unklare T2 und FLAIR-Hyperintensität juxta-kortikal angrenzend an den Sulcus

semicircularis

insularis

anterior rechts (S. 1 Mitte). PD Dr. J.____ führte aus, dass die vorliegende Läsion die allgemeine Symptomatik des Patienten nur schwerlich erklären könne. In Frage kämen ein entzündliches Geschehen, eine fokale kortikale Dysplasie und ein Tumor sei sicherlich nicht ausgeschlossen, scheine aber von der Bildung her atypisch zu sein (S. 1 unten f.).

3. 3

Der am 28. September 2017 erstbehandelnde Dr. Z.____ nannte in seinem Arztzeugnis vom 9. Mai 2018 (Urk. 9/7) als Diagnose einen Status nach Schädelkontusion (Ziff. 5). Dr. Z.____ führte aus, dass es gemäss Angaben des Patienten am 29. August 2017 zu einer

Schädelkontusion durch ein herunterfallendes, metal lenes Deckenteil gekommen sei . Es sei

keine Bewusstlosigkeit

eingetreten und u nmittelbar nach dem Unfall seien

auch keine Nackenbeschwerden aufgetreten

(Ziff. 2). Am 2 9. September 2017 hätten eine Müdigkeit, eine rezidivierende Übel keit und Oberbauchbeschwerden bestanden (Ziff. 4). Zu den Unfallfolgen führte Dr. Z.____ aus, dass die unter Ziff. 4 genannten Befunde nicht mit dem vom Patien ten geltend gemachten Ereignis vereinbar und plausibel erschienen. Er beurteile die aktuelle Symptomatik nicht als rein zervikospondylogen (Ziff. 6). Von Septem ber 2017 bis zum jetzigen Zeitpunkt se ien klinische Untersuchungen, eine Gas tros kopie, ein Schädel-MRI und Blutuntersuchungen durchgeführt worden, ohne klare Erklärung für die Patientenbeschwerden (Ziff. 7). Seit dem 1 7. Oktober 2017 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit , ab dem 1. Januar 2018 eine Arbeits fähigkeit von 50

% (Ziff. 9). Anzumerken sei, dass das Schädel-MRI eine unklare Veränderung juxtakortikal rechts zeige. Diesbezüglich seien weitere Abklärungen geplant (Ziff. 11). 3. 4

PD Dr. J.____ nannte in seinem Bericht vom 2 5. Mai 2018 (Urk. 9/27/1) die gleiche Diagnose wie in seinem Vorbericht (S. 1 Mitte , vorstehend E. 3.2) und

hielt fest , es sei am 1 4. Mai 2018 ein zusätzliches Schädel-MRI angefertigt wor den , wobei sich keine eindeutige Progressio n des Befundes zeige. Eine Indikation für einen dringenden Eingriff sei daher nicht gestellt worden

(S. 1 unten). 3. 5

Kreisärztin Dr. A.____

führte in ihrer Stellungnahme vom 1 5. November 2018 (Urk. 8/29) aus, dass in der vorlie genden bildgebenden Diagnostik i ntrakraniell keine frische traumatische strukturelle Läsion nachweisbar sei , welche auf das Ereignis vom 2 9. August 2017 zurückzuführen sei. Entsprechend sei, wie dies be reits der Hausarzt Dr. Z.____ getan habe, davon auszugehen , dass es sich um einen Status nach Schädelkontusion ohne frische traumatische strukturelle intr a kra nielle Läsion handle. Die Kontusionen ohne strukturelle Läsionen heilten in der Regel innerhalb von ein paar Tagen/Wochen folgenlos ab. Spätestens zum Zeit punkt der MRI-Untersuchung vom 1 4. November 2017, wo keine frische, trauma tische strukturelle Läsion nachweisbar gewesen sei, welche auf das Ereignis vom 2 9. August 2017 zurückzuführen sei, sei die Kontusion folgenlos abgeheilt. 3. 6

Prof. C.____

und Dr. med. K.____ , Assistenzär z tin, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen, Spital D.____ , stellten in ihrem Bericht vom 2 5. Februar 2019 (Urk. 9/47/2-5) nach gleichentags erfolgter Erstkonsul ta tion des Beschwerdeführers

in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf prot rahiertes postkommotionelles Syndrom, Erstmani festa tion (EM)

August 2017 - unklare T2 und FLAIR-Hyperintensität juxta -kortikal angrenzend an den Sulcus

semicircularis

insularis

anterior rechts, Erstdiagnose (ED)

November 2017

Die Ärzte führten zur Anamnese aus, dass es zu einem Beschwerdebeginn im August 2017 gekommen sei. Der Beschwerdeführer habe einen Schwächeanfall erlitten und sich gegen eine Wand gelehnt. Dann sei ihm ein Teil der Decke des Raumes auf den Kopf gefallen. Er sei kurz bewusstlos gewesen (S. 1 unten) . Die Beschwerden würden bei Aufregung und Stress zunehmen. Kopfschmerzen habe der Beschwerdeführer gelegentlich frontal. Zudem sei eine Migräne bekannt (S. 2 oben).

In

der Zusammenschau der Befunde sei am ehesten von einem prolongierten postkomotionellen Syndrom bei Status nach Kopftrauma als Ursache der aktuellen Beschwerden auszugehen . In diesem Zusammenhang sei es am ehesten auch zu einer Aggravierung einer vorbestehenden Migräne- und Kopfschmerzsymptomatik gekommen. Ein Zusammenhang der aktuellen Beschwerden mit der kernspintomographisch detektierten Läsion juxta -kortikal angrenzend an den Sulcus

semicircularis

insularis

anterior rechts werde nicht gesehen. In den erfolgten Zusatzabklärungen hätten sich keine Hinweise auf ein relevantes peripher -vestibuläres Defizit gefunden (S. 3 Mitte) . 3. 7

Dr. phil. L.____ , Neuropsychologin, und Prof. E.____ , Klinik für Neurologie, Spital D.____ , führten in ihrem Bericht vom 20. Mai 2019 (Urk. 17) nach neuropsychologischer Untersuchung des Beschwerdeführers vom 14. Mai 2019 aus, der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er seit dem Unfall «dauernd» unter Schwindel leide , welcher sich schon bei geringer Anstrengung bis zur körperlichen Übelkeit verstärke. Bereits vor dem Unfall habe er teilweise unter sporadischem Schwindel und Migräne gelitten. So sei es auch zum Unfall gekommen , da er sich aufgrund von akutem Schwindel an eine Wand habe anlehnen müssen, woraufhin sich ein Teil der Decke gelöst habe und ihm auf den Kopf gefallen sei (S. 1 unten).

Der Beschwerdeführer habe sich zur neuropsychologischen Standortbestimmung vorgestellt bei Verdacht auf ein post

concussion -Syndrom. Momentan müsse trotz testdiagnostisch normgerechten Leistungen von einer substantiell eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 3 oben). Ein Leistungsminimierungseinfluss der subinsulären Läsion (DD low -grade-Gliom) sei unwahrscheinlich , und die Befunde passten gut zum Bild einer persistierenden, unspezifischen Leistungsminderung bei Verdacht auf Schädelhirntrauma im Rahmen des erlittenen Unfalls (S. 3 Mitte). 3.8

Die neurologischen Fachärztinnen

Dr. med. M.____

und PD Dr. F.____, Zentrum G.____, Klinik H.____, nannten in ihrem Bericht vom 23. August 2019 (Urk. 9/47/6-12) als Diagnose persistierende posttraumatische Beschwerden nach Commotio cerebri durch Sturz von Deckenanteilen auf den Hinterkopf am 27. August 2017 (S. 1). Als relevante Nebendiagnosen nannten sie eine Migräne ohne Aura, EM unbekannt und aggraviert seit Februar 2019, sowie eine unklare T2 und FLAIR-Hyperintensität juxta-kortikal angrenzend an den Sulcus

semicircularis

insularis

anterior rechts, ED November 2017 (S. 2 Mitte).

Die Ärztinnen führten zur Anamnese aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass ihm am 27. August 2017 ein Deckenteil auf den Hinterkopf rechts gefallen sei und eine kurze Bewusstlosigkeit von weniger als einer Minute eingetreten sei. Er sei auf dem Boden erwacht, Arbeitskollegen seien anwesend gewesen. Es sei keine Amnesie aufgetreten und er habe seine Tätigkeit nach etwa 20 Minuten wieder aufgenommen beziehungsweise sei selbständig nach Hause gegangen (S. 2 Mitte). Die Ärztinnen führten aus, dass der Beschwerdeführer am 27. August 2017 eine Commotio cerebri im Rahmen eines Kopftraumas durch einen Herabstürzen den Deckenteil erlitten

habe (S. 5 unten). 3.

E. 5

). Gestützt auf die Stellungnahmen von Kreisärztin Dr. med. A.____, Fachärztin für Chirurgie, vom 15. November 2018 und vom 4. Dezember 2019 (Urk. 9/29, Urk. 9/49) verneinte die Suva mit Verfügung vom 10. Dezember 2019 (Urk. 9/50)

einen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 29. August 2017 und den gemeldeten Beschwerden und folglich eine Leistungspflicht.

Die dagegen vom Versicherten am 23. Januar und 28. Februar erhobene Einsprache (Urk. 9/55, Urk. 9/57 [Einsprachebegegnung]) wies die Suva nach ergänzend eingeholter neurologischer Beurteilung durch

Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, vom 5. Oktober 2020 (Urk. 9/66) mit Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2020 (Urk. 2) ab. 2.

Der Versicherte erhob am 6. November 2020 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 6. Oktober 2020 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2021 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Am 30. Juni 2021 reichte der Beschwerdeführer seine Replik (Urk. 16) ein, und die Beschwerdegegnerin erstattete am 13. September 2021 ihre Duplik (Urk. 20), beide mit unveränderten Anträgen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

und Ziff. 6.1). Aufgrund der initialen Akten sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es am 29. August 2017 aufgrund der Schädelkontusion zu keiner Bewusstlosigkeit gekommen sei (S. 4 Ziff. 6.3). Weiter könne von einer allfälligen prätraumatisch bestehenden Beschwerdefreiheit nicht auf eine Unfallkausalität geschlossen werden (S. 4 Ziff. 7). Prof. C.____ und Prof. E.____ seien lediglich von einem Verdacht auf

ein protrahiertes postkommotionelles Syndrom ausgegangen, und die initial nach dem Unfall vorhandenen medizinischen Unterlagen, worin keine Bewusstlosigkeit erwähnt worden sei,

seien ihnen nicht bekannt gewesen. Auch die MEDAS-Gutachter hätten die Diagnose nicht als erstellt betrachtet (S. 4 f. Ziff.

8.1). Aus dem MEDAS-Gutachten vom 27. September 2020 könne der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, und die von ihm geklagten Beschwerden hätten sich auch nicht objektivieren lassen. Weiter beruhe die Begründung der Unfallkausalität auf dem « post hoc, ergo propter hoc-Prinzip » (S. 6 ff. Ziff. 8.3-

E. 9

In ihrem Bericht vom 15. Oktober 2019 (Urk. 9/47/13-19) stellten Dr. M.____ und PD Dr. F.____

die gleiche Diagnose mit identischen Nebendiagnosen wie in ihrem Vorbericht vom 23. August 2019 (S. 1 f.; vorstehend E. 3. 8). Die Ärztinnen führten aus, dass sich die Verdachtsdiagnose einer dysautonomen Herz-Kreislaufreaktion in der weiteführenden Diagnostik mittels fahrradergometrischen Belastungstests nicht bestätigt habe. Es zeige sich jedoch eine deutliche allgemeine körperliche Dekonditionierung mit Hinweisen für eine Vermeidungshaltung für allgemeine körperliche Aktivität aus Angst vor Symptomzunahme/-Manifestation (S. 2 unten f.).

Die beschriebenen Symptome könnten durch die genannten Ursachen (Commotio cerebri am 27. August 2017 und Migräne ohne Aura) nicht gänzlich erklärt werden. Als massgebliche Teilkomponente bleibe die psychophysische Komponente bestehen. Inwiefern die Beschwerden im Zusammenhang mit der kernspintomografisch nachgewiesenen Läsion rechtsfrontal stünden, müsse offenbleiben (S. 3 oben). 3.

E. 10

Kreisärztin Dr. A.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 4. Dezember 2019 (Urk. 9/49) an ihre Beurteilung vom 15. November 2018 (vorstehend E. 3. 5) fest, da sämtliche bildgebende Diagnostik bereits vorgelegen habe. Die von PD Dr. J.____

genannten Verdachtsdiagnosen würden einer Krankheitsdiagnose entsprechen und seien nicht auf das Ereignis vom 29. August 2017 zurück zu führen. 3.

E. 11

Dr. Z.____

erklärte mit Schreiben vom 16. März 2020 (Urk. 9/62), dass er seine Angaben im Bericht vom 9. Mai 2018 (vorstehend E. 3. 3) korrigieren müsse. Damals habe er geschrieben, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Unfallereignisses nicht bewusstlos gewesen sei. Diese Angabe sei nicht korrekt. Offenbar sei der Patient nach der Schädelkontusion durch ein herunterfallendes Deckenteil kurze Zeit nicht ansprechbar gewesen. Der Beschwerdeführer lege grossen Wert auf die Korrektur dieser Aussage. 3.

E. 12

Am 27. September 2020 erstatteten die Gutachter der N.____ AG MEDAS das von der Invalidenversicherung veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 3/2). Die Gutachter stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

10 Ziff. 4.2.1): - Verdacht auf ein protrahiertes postkommotionelles Syndrom, EM August 2017 - anamnestisch: Sturz von Deckenteilen auf Kopf im August 2017, kurze Bewusstlosigkeit, seither konstantes Benommenheitsgefühl, Konzentrationsstörungen, Fatigue, Schwindel - klinisch: Diskreter Downbeatnystagmus, ansonsten kein fokales neurologisches Defizit - diagnostisch: Vestibuläre Batterie März 2019 ohne Hinweise auf ein relevantes peripher-vestibuläres Defizit/EEG März 2019: Normale Grundaktivität. Zeichen von Schläfrigkeit. Kein sicherer Herdbefund. Keine epileptischen Potentiale - chronische Kopfschmerzen mit Migräne ohne Aura, EM unbekannt - aggraviert seit Februar 2019 - Aggravation durch einen drug-induced

headache (Medikamenten über Konsum-Kopfschmerz)

Zur Frage, ob die gesundheitlichen Beschwerden (Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Benommenheitsgefühl, Konzentrationsstörungen, erhöhter Schlafbedarf, Fatigue, Tagesmüdigkeit, etc.) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise durch den Unfall vom 29. August 2017 verursacht seien, führten die Gutachter aus, dass das Beschwerdebild der chronischen Kopfschmerzen und des Schwindels überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis im August 2017 zurückzuführen sei, da vorgängig keine Akten mit diesen Beschwerden vorlägen und der Explorant eigenanamnestisch auch berichtet habe, dass er die Beschwerden erst seit dem Unfall habe. Somit fänden sich keine Hinweise für einen anderen chronologischen Verlauf. Berücksichtigt man die Aktenlage, so seien die aktuellen Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel) auch durch die betreuenden Ärzte (zum Beispiel Prof. C.____) als postkommotionelle Beschwerden gesehen worden, das heisse,

sie seien im Rahmen des Unfalles angesehen worden (S. 14 Mitte). 3. 1. 3

Dr. B.____ führte in seiner neurologischen Beurteilung vom 5. Oktober 2020 (Urk. 9/66) aus, dass sich der Beschwerdeführer laut Schadenmeldung vom 9. April 2018 am 29. August 2017 eine Schädelprellung zugezogen habe. Einen Monat später habe er sich erstmals bei seinem Hausarzt vorgestellt und über Müdigkeit, rezidivierende Übelkeit und Oberbauchbeschwerden geklagt. In der Dokumentation des Hausarztes werde ausdrücklich erwähnt, dass der Beschwerdeführer nicht bewusstlos gewesen sei und anschliessend auch keine speziellen Nackenbeschwerden gehabt habe. Weiter sei der Unfall ein knappes Jahr später im Aussendienstbericht vom 10. August 2018 beschrieben. Eine Bewusstlosigkeit sei nicht erwähnt worden, ebenso wenig eine Amnesie für das Ereignis oder andere Brückensymptome einer leichten traumatischen Hirnverletzung. Die Polizei sei nicht gerufen worden, und er habe seine angestammte Tätigkeit ohne Einschränkungen fortsetzen können (S. 5 unten f.). Allerdings hätten ein Schwindelgefühl sowie eine Übelkeit seinen Alltag begleitet, sodass er sich schliesslich einen Monat später an den Hausarzt gewandt hätte.

Dr. B.____ hielt fest, die beiden zeitnächsten zum Unfall erstellten Dokumentationen zum Unfallgeschehen liessen darauf schliessen, dass eine Schädelprellung ohne behandlungsbedürftige äussere Verletzungen und ohne Hinweise für eine leichte traumatische Hirnverletzung (Commotio cerebri) stattgefunden habe (S. 6 oben).

Erst eineinhalb Jahre später gehe aus dem am 25. Februar 2019 dokumentierten Bericht der Sprechstunde des interdisziplinären Zentrums für Schwindel des Spitals D.____

erstmalig hervor, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 27. August 2017 kurz bewusstlos gewesen sein soll, woraus dann geschlossen werde, dass er eine leichte traumatische Hirnverletzung (Commotio cerebri) erlitten habe und die nach wie vor vorliegenden Beschwerden als postkommotionelles Syndrom zu werten seien (S. 6 Mitte).

Dr. B.____ führte aus, dass selbst wenn dem so wäre und der Beschwerdeführer aus nicht verständlichen Gründen die Bewusstlosigkeit initial verschwiegen habe, davon auszugehen wäre, dass die Folgen der vermuteten traumatischen Hirnverletzung spätestens ein halbes Jahr nach dem Unfall nach aller Erfahrung abgeklungen seien.

Unterstützt werde dies durch mehrere Schädel-MRIs, die zu keinem Zeitpunkt irgendwelche strukturellen Traumafolgen am Gehirn des Beschwerdeführers gezeigt hätten. Der darin erhobene Befund mit dem dringenden Verdacht auf ein low-grad e Gliom stehe in keinem Zusammenhang zum Trauma (S. 6 Mitte).

Hinsichtlich der Argumentation des Rechtsanwaltes des Beschwerdeführers, wo nach dieser unter dem typischen postkommotionellen Beschwerdebild mit Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Schwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen leide, weshalb er auch eine Commotio cerebri erlitten haben müsse, werde auf die Literatur verwiesen. Die Entität eines «postkommotionellen Syndroms» sei demnach umstritten. Danach seien die Symptome eines postkommotionellen Syndroms nicht spezifisch für eine leichte traumatische Hirnverletzung (S. 6 unten). Abschliessend hielt Dr. B.____ fest, die am 19. April 2018 erstmalig gemeldeten klinischen Beschwerden des Beschwerdeführers seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 29. August 2017 zurückzuführen (S. 7 oben). 3.

E. 14

In seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2021 (Urk. 11) führe Dr. B.____ zum Gutachten der N.____ AG MEDAS aus, dass ab Zeitpunkt des Untersuchungsberichts von Prof. C.____ vom 25. Februar 2019 von einem «Verdacht auf ein protrahiert postkommotionelles Syndrom» gesprochen werde. Prof. C.____ beziehe sich dabei auf die erstmalig geäußerte Aussage des Beschwerdeführers, beim Unfall vom 29. August 2017 kurz bewusstlos gewesen zu sein. Diese Verdachtsdiagnose halte sich in sämtlichen darauffolgenden Berichten, unabhängig vom Autor und werde auch im MEDAS-Gutachten übernommen. Sie werde zu keinem Zeitpunkt mehr hinterfragt.

Eine stattgehabte Bewusstlosigkeit sei jedoch wesentlicher Begründungsfaktor für die Diagnose eines «postkommotionellen Syndroms». Ohne dass eine Bewusstlosigkeit stattgefunden habe oder wenigstens eine kurzfristige Amnesie vorliege, könne keine Commotio cerebri (leichte traumatische Hirnverletzung) diagnostiziert werden und ohne Commotio cerebri auch kein postkommotionelles Syndrom (S. 2 Mitte). Wenn eine Bewusstlosigkeit vorgelegen hätte, hätten die angeblich anwesenden Kollegen des Beschwerdeführers mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den Rettungsdienst benachrichtigt, um sich nicht dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung auszusetzen, und der Beschwerdeführer wäre auch nicht einfach «zur Tagesordnung» übergegangen. Zudem wäre er sicherlich auch von seiner Lebensgefährtin zur medizinischen Untersuchung aufgefordert worden (S. 2 unten). All dies sei nicht geschehen, und der Beschwerdeführer habe sich auch erst einen Monat später

mit den bekannten unspezifischen Symptomen in hausärztliche Behandlung begeben. Damit sei auch die im MEDAS-Gutachten übernommene Verdachtsdiagnose eines

«prolongierten postkommotionellen Syn droms » ohne Substanz (S. 3 oben). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte gestützt auf die neurologische Beurteilung von Dr. B.____ vom 5. Oktober 2020

sowie seine ergänzende Stellungnahme vom 14. Januar 2021 (vorstehend E. 3. 13-14) eine Leistungspflicht aus dem Ereignis vom 29. August 2017

für die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden (vorstehend E. 2.1 , E. 2.3, E. 2.5).

Dagegen machte der Beschwerdeführer geltend, infolge des Unfalles vom 29. August 2017 an einem postkommotionellen Syndrom zu leiden (vorstehend E. 2.2 , E. 2.4). 4. 2

Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts erfolgt die Diagnose einer Commotio cerebri beziehungsweise einer leichten traumatischen Hirnverletzung

aufgrund bestimmter Symptome nach kranialen Traumen und bedeutet nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung vorliegt. 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. Zur Bejahung eines Schädel-Hirntraumas ohne organisch nachweisbare (objektivierbare) Funktionsausfälle ist ausschlaggebend, ob sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden nach dem Unfall im Rahmen des typischen, bunten Beschwerdebildes auch Kopfschmerzen manifestierten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2021 vom 3. Mai 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Wie Dr. B.____ in seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2021 (vorstehend E.

3. 14) korrekt ausführte, setzt die Annahme einer Commotio cerebri eine kurzzeitige Bewusstlosigkeit voraus , was auch für die Annahme eines allenfalls nach einer Commotio cerebri resultierenden postkommotionelle n Syndroms zu gelten hat. 4. 3

Aus den vorliegenden Akten ergibt sich, dass der Beschwerdegegnerin das Ereignis vom 29. August 2017 erst am 9. April 2018 und damit gut sieben Monate nach dem Unfall gemeldet wurde . Die ab dem 17. Oktober 2017 eingetretene Arbeitsunfähigkeit sowie die durch den Hausarzt Dr. Z.____ nach der erstmaligen Konsultation des Beschwerdeführers am 28. September 2017 initiierten Abklärungen liefen über die Krankenversicherung (vgl. Urk. 9/39).

Dr. Z.____ hielt in seinem Bericht vom 9. Mai 2018 (vorstehend E.

3. 3) fest, dass eine Schädelkont usion stattgefunden habe , in deren Folge keine Bewusstlosigkeit eingetreten sei. Unmittelbar nach dem Unfall seien auch keine speziellen Nacken beschwerden aufgetreten. Der Beschwerdeführer habe über Müdigkeit, rezidivierende Übelkeit und Oberbauchbeschwerden geklagt. Dass er über Kopfschmerzen geklagt hätte, lässt sich dem Bericht ebenfalls nicht entnehmen. Zudem verneinte der Hausarzt die Frage, ob die erhobenen Befunde mit dem vom Patienten geltend gemachten Ereignis vereinbar seien und plausibel erschienen .

Die in der Folge veranlassten umfassenden bildgebenden Abklärungen des Schä dels

(Urk. 9/8-9 , Urk. 9/10) ergaben sodann keine Hinweise auf eine traumatische Läsion (vgl. vorstehend E. 3.1-2 und E. 3.4) , weshalb Kreisärztin Dr. A.____ in ihren Stellungnahme n

vom 15. November 2018 und vom 4. Dezember 2019 im Einklang mit dem erstbehandelnden Arzt Dr. Z.____

nachvollziehbar und in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (E. 4.2) auf eine einfache Schädelkontusion ohne eine traumatische strukturelle intrakranielle Läsion schloss, welche in der Regel innerhalb von ein paar Tagen oder Wochen folgenlos abheilt (vorstehend E. 3.5 und E. 3.10). Bezeichnenderweise wurde denn auch in keinem der Berichte über die radiologischen Abklärungen ein Schädelhirntrauma mit Bewusstlosigkeit und initialen Kopfschmerzen als Indikation genannt, sondern einzig unklare Schwindelbeschwerden

(Urk. 9/8-9, Urk. 9/19).

Auch im Bericht zur ein Jahr nach dem Unfall erfolgten Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 10. August 2018 (Urk. 9/22) erwähnte der Beschwerdeführer bei der Unfallschilderung

keine Bewusstlosigkeit, konnte sich vielmehr daran erinnern, dass die Metallplatte nach dem Kopfanprall zunächst noch an der Verankerung hängen geblieben und danach auf den Treppen gefallen sei. Auch vermochte er sich offensichtlich daran zu erinnern, dass sich die Platte schwer angefühlt habe

(Urk. 9/22 S. 1 Mitte), was mit der nunmehr behaupteten Bewusstlosigkeit, welche - wenn überhaupt - wohl unmittelbar auf den Kopfanprall eingetreten wäre, schwer zu vereinbaren ist.

Die Begründung des Beschwerdeführers, dass er als medizinischer Laie der Bewusstlosigkeit keine Bedeutung zugemessen habe, weshalb er diese erstmals auf die gezielte Befragung durch den Neurologen Prof. C.____ im Februar 2019 (vorstehend E. 3.6) erwähnt habe (vorstehend E. 2.2 und E. 2.4), überzeugt nicht. Soweit damit im Bericht von Prof. C.____ und Dr. K.____ vom 25. Februar 2019 (vorstehend E. 3.6) rund eineinhalb Jahre nach dem Ereignis vom 29. August 2017 und nach am 22. November 2018 ergangener Mitteilung der Beschwerdegegnerin, wonach sie eine Leistungspflicht verneine (Urk. 9/31),

erstmalig

von einer kurzen Bewusstlosigkeit gesprochen wird, ist darauf hinzuweisen, dass die Gerichte praxisgemäss im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die sogenannten spontanen «Aussagen der ersten Stunde» abstellen, denen in be weismässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2, 121 V 45 E. 2a, je mit Hinweisen).

Wie Dr. B.____ zu Recht in seiner Stellungnahme vom 14. Januar 2021 (vorstehend E. 3.14) bemerkte, basierte die in den nachfolgenden Berichten von Dr.

phil. L.____ und Prof. E.____ vom 20. Mai 2019 (vorstehend E. 3.7) sowie

von Dr. M.____ und PD Dr. F.____ vom 23. August und vom 15. Oktober 2019 (vorstehend E. 3.8-9) gestellte Diagnose eines Verdachts auf ein protraumatisches postkommotionelles Syndrom respektive persistierender posttraumatischer Beschwerden nach Commotio cerebri auf der unkritischen Übernahme der von Prof. C.____ gestellten Verdachtsdiagnose und darauf, dass nicht weiter hinterfragt

die vom Beschwerdeführer angegebene kurzzeitige Bewusstlosigkeit übernommen worden ist.

Auch die durch den Beschwerdeführer initiierte Aussage von Dr. Z.____ in seinem Schreiben vom 16. März 2020 (vorstehend E. 3.11), wonach entgegen seinen ursprünglichen Angaben (vorstehend E. 3.3) nun doch eine Bewusstlosigkeit vorliegen haben soll, lässt nicht auf eine überwiegend wahrscheinlich stattgehabte Bewusstlosigkeit schliessen. Abgesehen davon,

dass diese nachträgliche Aussage aufgrund der Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), ohnehin zu relativieren ist, sah sich Dr. Z.____ offensichtlich einzig gestützt auf die nunmehrige Angabe des Beschwerdeführers dazu veranlasst und nicht aufgrund eines entsprechenden Eintrags in der Krankenakte.

Damit er scheint es als nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 29. August 20

E. 17

kurz bewusstlos gewesen ist. Sodann lassen die zum Unfall zeitnächsten medizinischen Akten (E. 3.1-3.3)

noch nicht einmal darauf schliessen, dass sich in der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Kopfschmerzen manifestierten (E. 4.2), weshalb eine am 29. August 2017 erlittene Commotio cerebri und ein in der Folge aufgetretenes postkommotionelles Syndrom nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sind.

Aus den genannten Gründen kann der Beschwerdeführer auch aus den Ausführungen der Gutachter der N.____ AG MEDAS in ihrem Gutachten vom 27. September 2020 (vorstehend E. 3.12) nichts zu seinen Gunsten ableiten, gingen diese doch von einer nach dem Ereignis vom 29. August 2017 kurzfristig eingetretenen Bewusstlosigkeit aus, ebenfalls ohne dieses zu hinterfragen. Im Übrigen sind deren Ausführungen zur Unfallkausalität der Beschwerden entsprechend der 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, beweisrechtlich nicht zulässig und vermögen zum Nachweis der Unfallkausalität ebenfalls nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Sodann finden sich in den Akten Hinweise, wonach der Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall an Schwindel und Kopfschmerzen litt. Unabhängig davon, ob es sich bei den Ausführungen von Dr. I.____

vom 11. Dezember 2017 (vorstehend E. 3.1), wonach die Beschwerden seit Anfang des Jahres bestehen würden, um einen Verschreiber handelt (vorstehend E.

2.4), äusserte der Beschwerdeführer unter anderem auch gegenüber den Fachpersonen der Klinik für Neurologie, Spital D.____, im Mai 2019 (vorstehend E. 3.7), bereits vor dem Unfall unter sporadischem Schwindel und Migräne gelitten zu haben.

Dadurch sei es auch zum Unfallereignis gekommen, da er sich aufgrund von akutem Schwindel an eine Wand habe anlehnen müssen.

Abschliessend ist festzuhalten, dass sich keine Zweifel an den Beurteilungen von Dr. B.____ vom 5. Oktober 2020 und vom 14. Januar 2021 (vorstehend E. 3.13-14) aufdrängen und damit davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer am 29. August 2017 eine einfache Schädelkontusion erlitten hat, welche innert kurzer Zeit folgenlos abgeheilt ist. Für die Annahme einer richtungsgebenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Gesundheitsschädigung fehlt es sodann bereits an einem ärztlicherseits bestätigten hierfür massgeblichen Substrat.

Von der beantragten Zeugenbefragung sind keine zusätzlichen Erkenntnisse dazu zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist. Angesichts der langen Latenzzeit bis zur erstmaligen Dokumentierung einer angeblichen Bewusstlosigkeit im Bericht des Spitals D.____

vom 25. Februar 2019 (E. 3.6), wo der Beschwerdeführer erst nach Erhalt des leistungsablehnenden Schreibens der Beschwerdegegnerin vom 22. November 2018 (Urk. 9/31/2-3) und eine Woche nach Mandatierung seines Rechtsvertreters (vgl. Vollmacht: Urk. 4) untersucht wurde, liess es sich die Zweifel an der behaupteten Bewusstlosigkeit im Lichte des augenfälligen zeitlichen Ablaufs auch durch entsprechende Zeugenaussagen nicht aus dem Weg räumen.

Sodann verlangt die Diagnose einer *Commotio cerebri* nicht nur nach einer kurzzeitigen Bewusstlosigkeit. Vielmehr liegt oft eine Amnesie für die Zeit der Verletzung oder davor vor, woran es im vorliegenden Fall bezeichnenderweise ebenfalls fehlt. Ausserdem liegt auch keine ärztliche Dokumentation vor, wonach sich innert 24 bis 72 Stunden Kopfschmerzen manifestiert hätten (E. 4.2), was der Annahme einer entsprechenden Verletzung selbst bei Vorliegen einer kurzen Bewusstlosigkeit entgegenstünde. 4.4

Aufgrund des Gesagten erweist es sich als nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer infolge des Ereignisses vom 29. August 2017 eine *Commotio cerebri* mit nachfolgendem postkommotionellen Syndrom erlitten hat. Auch lässt sich eine unfallbedingte Verschlechterung eines allfälligen Vorzustandes nicht erstellen.

Damit mangelt es bereits am natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 29. August 2017 weshalb sich die Adäquanzprüfung erübrigt. Die Beschwerdegegnerin trifft folglich keine Leistungspflicht.

Der angefochtene Einspracheentscheid (Urk. 2) erweist sich als rechtens, 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 Reto Zanotelli - 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 Gräub Schucan

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