

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00079 vom 16. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00079

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00079 du 16 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00079 del 16 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1975, war seit dem 1. Januar 2017 mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % als Fundraiser bei der Y.____ angestellt und dadurch bei der Zürich-Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Zurich) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert (vgl. Urk. 17/7). Gemäss Unfallmeldung vom 16. Juni 2017 war der Versicherte am 14. Juni 2017 mit dem Elektrovélo auf dem Heimweg, wobei es ihn beim Bremsen überschlug (Urk. 17/1). Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags bei Dr.

med. Z.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Arzthaus

A.____, welche namentlich über multiple Kontusionsmarken vor allem am linken Knie sowie an beiden Handgelenken berichtete (Urk. 17/23 S. 1-2, Urk.

17/7). Dem Versicherten wurde für die Zeit vom 17. bis am 23. Juni 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowie vom 24. Juni 2017 bis zum 31. Juli 2017 eine von rund 50 % (Urk. 17/2-4, Urk. 17/8-10, Urk. 17/23 S. 3) sowie hernach eine von 40 % (Urk. 17/11, Urk. 17/28) und später noch 30 %

attestiert (Urk. 17/29). Die Zurich erbrachte zunächst die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Urk. 17/6).

Nachdem es im Verlauf zu Schwindel und sensorischen Ausfällen im Bereich von Schulter und Arm links gekommen war (Urk. 17/23 S. 1-2), folgten weitere medizinische Abklärungen (Urk. 17/14 ff.). Mit Verfügung vom 11. März 2020 stellte die Zurich ihre Leistungen gestützt auf die medizinischen Akten sowie die Stellungnahmen ihrer beratenden Ärzte vom 9. und 16. Juli 2018 sowie vom 12. März 2019 per 11. Juli 2017 ein. Dies mit der Begründung, dass die geklagten gesundheitlichen Beschwerden an Halswirbelsäule (HWS), Nacken und Kopf sowie die Konzentrationsstörungen ab dem 11. Juli 2017 nicht mehr mit über wiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 14. Juni 2017 zurückzuführen seien (Urk. 17/82). Die vom Versicherten dagegen erhobene Einsprache vom 11. Mai 2020 (Urk. 17/87), ergänzt am 27. August 2020 (Urk. 17/90), wies die Zurich mit Einspracheentscheid vom 31. März 2022 ab (Urk. 10/93 = Urk. 2).

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).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweck mässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teil weise

arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu.

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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.1 f.).

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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteile des Bundesgerichts 8C_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil

des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung (und allenfalls Taggeld) anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, etwa mit dem Argument, bei richtiger Betrachtung liege kein versichertes Ereignis vor (BGE 130 V 380 E. 2.3.1) oder der Kausalzusammenhang zwischen Unfall und leistungsbegründendem Gesundheitsschaden habe gar nie bestanden oder sei dahingefallen. Eine solche Einstellung kann auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will (nicht publ. E. 3 des Urteils BGE 146 V 51; Urteile des Bundesgerichts 8C_605/2021 vom 30. März 2022 E. 3.2 und 8C_786/2021 vom 11. Februar 2022 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 1.5

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 Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 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 31. März 2022 erhob der Versicherte am 3. Mai 2022 Beschwerde mit dem Antrag, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es seien ihm nach erfolgter Ergänzung der Abklärungen durch ein Gerichtsgutachten auch nach dem 11. Juli 2017 die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2022 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer mit Gerichtsverfügung vom 11. Juli 2022 mitgeteilt wurde (Urk. 11). Dieser nahm mit Eingabe vom 17. August 2022 erneut Stellung (Urk. 12), was der Beschwerdegegnerin mit gerichtlicher Verfügung vom 19. August 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13, vgl. auch Urk. 16).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 31. März 2022 auf den Standpunkt, anhand der Erhebungen anlässlich der ärztlichen Erstkonsultation nach dem Unfall vom 14. Juni 2017 sei keine Comotio cerebri nachgewiesen. Beim Fehlen von Kopf- und Schädelhirntrauma seien die im späteren Verlauf dokumentierten Konzentrationsstörungen nicht mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 14. Juni 2017 zurückzuführen. Auch die Latenz von 14 Tagen bis zur erstmaligen ärztlichen Aufnahme von Konzentrationsstörungen anlässlich der Konsultation vom 24. Juni 2017 spreche gegen eine unfallbedingte Entwicklung (Urk. 2 S. 3). Für die Annahme einer Gehirnerschütterung fehle es an einem Kopfanprall, einem kurzzeitigen Bewusstseinsverlust oder einer Bewusstseinsstörung sowie an einer Amnesie. Der am Unfalltag geschilderte Kopfschmerz könne im Rahmen einer traumatischen Schreck- und Verspannungssituation bei erhöhtem Blutdruck, der nachweislich gegeben gewesen sei, als Unfallfolge gesehen werden. Der Umstand, dass der Kopfschmerz anschliessend in den Hintergrund getreten sei und sich später wechselförmig gezeigt habe, sei zudem nicht typisch für einen posttraumatischen Kopfschmerz. Auch im Bericht des B.____ der C.____ (B.____) vom 23. Oktober 2017 seien die beschriebenen Nacken-/Kopfschmerzen als am ehesten zervikogen/ zervikothorakaler Genese mit myofaszialer Komponente eingeordnet worden. Dies bestätige auch die vom Arzthaus

A.____ geführte Krankengeschichte, wonach am 19. Juni 2017 Brust- und Lendenwirbelsäule indolent gewesen seien, jedoch massive unfallfremde Myogelosen paravertebral beschrieben worden seien. Sodann seien alle HWS-Bewegungen ohne Schmerzen und Einschränkungen möglich gewesen und das Röntgen der HWS vom 21. Juni 2017 habe keinen Anhalt für frische traumatische ossäre Läsionen ergeben. Am 12. Juli 2017 sei dann das Vorliegen einer unfallfremden zervikalen Diskushernie mittels MR-Befund bestätigt worden. Nach dem Gesagten könne der Status quo sine nach dem Abheilen von Prellungen und Schürfwunden per 11. Juli 2017 angenommen werden (Urk. 2 S. 4).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wandte dagegen in seiner Beschwerde vom 3. Mai 2022 zusammengefasst ein, die anhaltenden Kopfschmerzen mit persistierendem Schwindel seien am 19. Juni 2017 als postkontusionell /posttraumatisch beurteilt worden. Eine Woche nach dem Unfall, am 21. Juni 2017, seien Blockierungen an der HWS sowie am Schultergürtel aufgetreten (Urk. 1 S. 3). Laut der Krankengeschichte der Hausärztin hätten am 24. Juni 2017 postkontusionelle Kopfschmerzen mit kognitiver Beeinträchtigung im Sinne eines Post Commotio-ähnlichen Zustands sowie pseudoradikuläre intermittierende Symptome bestanden und bis zum 21. Juli 2017 ununterbrochen angehalten (Urk. 1 S. 4). Im weiteren Verlauf seien ein posttraumatisches Syndrom nach Commotio cerebri sowie eine HWS-Distorsion mit Concussion

Headache diagnostiziert worden, deren Behandlung bis Anfang 2019 erforderlich gewesen sei (Urk. 1 S. 4-5). Entgegen der Annahme des beratenden Neurologen sei es zu einer grossen unfallbedingten Krafteinwirkung gekommen (Urk. 1 S. 5) und die bereits am 19. Juni 2017 objektivierten Myogelosen seien unfallbedingt (Urk. 1 S. 6). Nach den geltenden Leitlinien der Concussion in sports

group und aufgrund der Latenzzeit, innerhalb welcher sich nach dem Unfall Kopfschmerzen manifestiert hätten, sei eine Commotio cerebri zu bejahen (Urk. 1 S. 6-7). Aufgrund der daraus resultierenden Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen und angesichts der sehr langen Dauer des Einspracheverfahrens sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S. 8).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2022 führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, bei Myogelosen handle es sich um Muskelverhärtungen infolge Überanstrengung und Fehlbelastung, welche nie von längerer Dauer seien. Erneute Myogelosen seien daher nicht unfallkausal und eine Schädigung im Sinne einer Myelopathie sei im MRT-Bericht vom 11. Juli 2017 klar ausgeschlossen worden (Urk. 9 S. 1). Für eine Unfallkausalität der Diskushernie in C6/7 fehle es an Anhaltspunkten (Urk. 9 S. 2). Zusammenfassend hielt sie fest, anhand der Akten könne sowohl eine Commotio cerebri als auch eine HWS-Distorsion ausgeschlossen werden, weshalb die Diagnose des B.____

nicht nachvollziehbar sei und keine Zweifel an den versicherungsmedizinischen Beurteilungen zu erwecken vermöge (Urk. 9 S. 1-2).

E. 2.4

In seiner Eingabe vom 17. August 2022 brachte der Beschwerdeführer hiergegen vor, die bereits fünf Tage nach dem Unfallereignis dokumentierten, linksseitigen Myogelosen seien unfallkausal (Urk. 12 S. 1). Die Verneinung der Unfallkausalität von Kopfschmerzen und kognitiven Defiziten überzeuge nicht, da solche Beschwerden bereits am Unfalltag dokumentiert worden seien und gemäss den als Richtlinie aufgestellten Handlungsempfehlungen der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (SNG) weder ein direkter Kopfanprall mit äusserlichen Prellmarken erfolgen noch eine Bewusstlosigkeit auftreten müsse (Urk. 12 S. 2). Bereits am Morgen des Unfallfolgetages habe er die Hausärztin wegen Beschwerden an der Wirbelsäule konsultieren müssen, und bereits eine Woche nach dem Unfall sei die HWS blockiert gewesen (Urk. 12 S. 2-3). Die Diagnosen des B.____ seien schlüssig begründet worden und widersprüchen den echtzeitlichen Feststellungen der Hausärztin sowie der behandelnden Therapeuten nicht (Urk. 12 S. 3).

E. 3.1

Am späteren Abend des Unfalltags begab sich der Beschwerdeführer im Arzthaus

A.____ in Behandlung. Laut dem Eintrag in die Krankengeschichte vom 14. Juni 2017 gab er an, er sei auf die linke Hand gestürzt, respektive beidhändig auf der linken Veloseite gelandet, und es sei keine Bewusstlosigkeit aufgetreten. Der Beschwerdeführer wies Schürfungen am linken Knie, an der linken Hand volar, an beiden Handgelenken und an der linken Thoraxseite auf sowie Schmerzen am linken Handgelenk, welche als Handgelenkkontusion linksbetont beurteilt wurden. Der Kopf des Beschwerdeführers wies keine Prellmarken auf und die HWS war voll beweglich und ohne neue Muskelschmerzen oder andere Schmerzen. Initial hatte der Beschwerdeführer einen hohen Blutdruck von 165/93, der sich im Verlauf normalisierte. Des Weiteren wurde in der Krankengeschichte festgehalten, der Beschwerdeführer habe über ein leichtes frontales Druckgefühl, Schwindel und einen leichten Kopfschmerz geklagt, Differentialdiagnose Spannungskopfschmerz, Übelkeit, differentialdiagnostisch commotioartig. Anamnestisch sei es weder zu einer Bewusstlosigkeit noch zu einer Commotio gekommen, wobei der Patient diesbezüglich aufgeklärt worden sei und man ihn dreimal spezialisiert dahingehend befragt habe (Urk. 17/46 S. 7).

Am Folgetag berichtete der Beschwerdeführer über nun fast mehr Schmerzen am Handgelenk rechts als links, wobei die Röntgenuntersuchungen weder rechts noch links Hinweise auf eine frische Fraktur zeigten. Überdies wurde eine Druckdolenz über den Processi spinosi (Dornfortsätzen) der Brustwirbelsäule (BWS) dokumentiert. Es wurde festgehalten, da der Beschwerdeführer zum Osteopathen wolle, müsse vor einer

Manipulation mittels einer Röntgenuntersuchung eine Fraktur ausgeschlossen werden (Urk. 17/46 S. 6).

Dem Eintrag von Dr. Z.____ in der Krankengeschichte des Beschwerdeführers vom 19. Juni 2017 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe weiterhin Schmerzen am linken Handgelenk. HWS, BWS und Lendenwirbelsäule (LWS) seien indolent, jedoch seien paravertebral massive Myogelosen vorhanden, vor allem am Schultergürtel linksbetont. Bezüglich der HWS seien alle Bewegungen ohne Schmerzen oder Einschränkungen möglich. Sowohl die neurologischen Untersuchungen als auch die Lagerungsproben seien unauffällig ausgefallen, weshalb der geklagte Schwindel am ehesten multifaktoriell nach Trauma (postkontusionell /posttraumatisch) sei (Urk. 17/46 S. 5).

Am 21. Juni 2017 wurde in der Krankengeschichte festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich aufgrund von fortbestehenden Beschwerden im Bereich des linken Armes vorgestellt. Die HWS zeige eine Blockierung. Ebenso der Schultergürtel mit deutlichem muskulären Hartspann sowie Myogelosen im Bereich des Levatoransatzes beidseits. Die neurologischen Befunde seien unauffällig. Die Röntgenuntersuchung der HWS habe Verschleisserscheinungen gezeigt, hingegen keinen Anhalt für frische ossäre traumatische Läsionen ergeben. Auch die Röntgenuntersuchung der linken Schulter habe keine Anhaltspunkte für frische traumatische ossäre Läsionen zu Tage gefördert (Urk. 17/46 S. 4).

Der hausärztlichen Beurteilung vom 24. Juni 2017 ist zu entnehmen, es bestünden postkontusionelle Kopfschmerzen mit kognitiver Beeinträchtigung im Sinne eines post - commotio -ähnlichen Zustandes sowie persistierende Handgelenkschmerzen links (Urk. 17/46 S. 3).

Am 30. Juni 2017 berichtete der Beschwerdeführer bei der Hausärztin über persistierende leichte Schmerzen sowie eine Bewegungseinschränkung des linken Handgelenks, noch diffuse Kopfschmerzen, Lärmempfindlichkeit, Trümmel , diffuse Müdigkeit ohne neurologische Ausfälle (anamnestisch und grobkursorisch klinisch), differentialdiagnostisch post - commotio -ähnliche Symptome. Der Schwindel trete intermittierend vor allem bei Reizüberflutung und Müdigkeit auf und der Beschwerdeführer sei körperlich und psychisch nicht belastbar (Urk. 17/46 S. 3).

E. 3.2

Die am D.____ erfolgte MRT-Untersuchung der HWS vom 11. Juli 2017 ergab eine Diskusextrusion HWK 6/7 mediolateral links, nach kaudal umgeschlagen, mit deutlicher Verlagerung und möglicher Tangierung der linken C7-Wurzel rezessal . Verneint wurde das Vorliegen eines paravertebralen oder intraspinalen Hämatoms sowie einer Myelopathie. Wegen einer grösseren, differentialdiagnostisch zystischen Raumforderung im linken Schilddrüsenlappen wurden weitere Abklärungen empfohlen (Urk. 17/14 S. 1).

E. 3.3

Laut Eintrag in der Krankengeschichte vom 12. Juli 2017 wurde die Arbeitsunfähigkeit verlängert, weil sich der Beschwerdeführer nach zwei Stunden kaum mehr konzentrieren könne, er unter Spannungskopfschmerzen von der HWS beziehungsweise vom Hinterkopf aus leide und sein linker Arm je nach Lage und Belastung einschlafe und Arm/Schulter links weniger belastbar seien. Dr. Z.____ bezeichnete Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen differentialdiagnostisch als postkontusionell (Urk. 17/46 S. 2).

Die daraufhin am 18. Juli 2017 durchgeführte MR-Untersuchung des Schädels ergab weder strukturelle Veränderungen noch intrakranielle Traumafolgen (Urk. 17/15).

E. 3.4

Am 27. Juli 2017 überwies der Fachchiropraktor Dr. med. E.____ den Beschwerdeführer bei der Diagnose eines posttraumatischen Syndroms bei Verdacht auf Commotio cerebri und regredientem Syndrom C7 links bei Status nach Velosturz am 14. Juni 2017 ans B.____. Dr. E.____ führte aus, er hege den Verdacht auf eine Commotio cerebri, obschon kein Kopftrauma erinnerlich sei. Seit dem Sturz habe der Beschwerdeführer Kopfschmerzen sowie von der HWS bis nach retroorbital links ausstrahlende Schmerzen. Ebenso seit Beginn leide er an einem «Sturmsein». Im Vordergrund stehe eine persistierende Konzentrationsstörung (Urk. 17/52).

E. 3.5

vorstehend, Urk. 17/24 S. 5). Die Beschwerdegegnerin verneint das Vorliegen einer HWS-Distorsion (Urk. 2 S. 3, Urk. 9 S. 2 - 3), wie auch Dr. G.____ dies - unter Hinweis auf das Fehlen eines das übliche Bewegungsausmass übersteigenden Akzelerations- und Dezele rationsmechanismus - getan hatte (Urk. 17/54 S. 4). In ihrem Bericht vom 29.

September 2017 unterliessen es die Ärzte des B.____ zu erläutern, wie sie zur Diagnose einer HWS-Distorsion gelangt waren (Urk. 17/24). Gleiches gilt für den Bericht von Dr. E.____ vom 27. Juli 2017 (Urk. 17/52). Von den zuvor behandelnden Ärzten des Arzthauses A.____ war keine HWS-Distorsion genannt worden (E. 3.1 und E. 3.3 vorstehend).

An die Grundlagen für den Schluss auf das Vorliegen eines Schleudertraumas respektive einer natürlich unfallkausalen HWS-Distorsion sind hohe Anforderungen zu stellen (BGE 134 V 109 E. 9). Grosses Gewicht kommt den ersten tatsächlichen Grundlagen zu (BGE 134 V 109 E. 9.2). Die erstbehandelnde Hausärztin Dr. Z.____ hatte keine HWS-Distorsion diagnostiziert (Urk. 17/23 S. 2). Dies obwohl die Beschwerdegegnerin sie mit Schreiben vom 12. September 2017 dazu aufgefordert hatte, den Dokumentationsbogen für die Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma auszufüllen (Urk. 17/19 S. 1).

Die Diagnose der HWS-Distorsion wurde nach dem Gesagten nicht nachvollziehbar hergeleitet. Vielmehr erschöpft sich die Argumentation, wonach die vorhandenen Beschwerden ein posttraumatisches Syndrom nach HWS-Distorsion im Rahmen eines Velosturzes darstellen (Urk. 17/24 S. 1), in der Figur «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. Dies ist jedoch 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, 8C_14/2021 vom 3.

Mai 2021 E. 6.4), sofern das Unfallgeschehen – wie hier – keine strukturellen Läsionen an der Wirbelsäule und keine Wirbelkörperfrakturen verursacht hat. Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3).

Die Ärzte des B.____ stützen sich soweit ersichtlich auf ihre Anamneseerhebung bezüglich des Beschwerdeverlaufs (Urk. 17/24 S. 3-4). Dr. G.____ ging bezüglich der nebst der Diskussion vorliegenden HWS-Beschwerden hingegen von einer lokalen

Abwehrspannung im HWS-Bereich aus (Urk. 17/54 S. 4). Dies überzeugt angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer gemäss den echtzeitlichen Akten stücken innert der massgeblichen Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Ereignis , das heisst spätestens am 17. Juni 2017,

weder HWS- noch Nackenbeschwerden aufwies

(Urk. 17/46 S. 5 -7), was indes rechtsprechungsge mäss erforderlich wäre für die gesicherte Diagnose einer HWS-Distorsion (Urteil des Bundesgerichts 8C_849/2011 vom 29. Mai 2012 E. 5.2 mit Hinweisen). Zu einer muskulären Abwehrspannung passt im Übrigen, dass auch die Physiothe rapeutin über muskuläre Engpässe sowie eine hypertone Muskulatur berichtete (Urk. 17/47) . Damit in Einklang steht sodann , dass die Nacken- und Kopfschmer zen auf HWS-Massage (Urk. 17/35 S. 3-4) und teilweise auch auf eine muskelre laxierende Arzneimittel-Therapie (Urk. 17/35 S. 3) anspr a chen . 4. 6

Zusammenfassend erweist es sich als nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer infolge des Ereignisses vom 14. Juni 2017 eine Commo tio cerebi mit nachfolgendem postkommotionellem Syndrom oder eine HWS-Distorsion erlitten hat. Ebenso wenig ist die Diskush erni e mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen, wobei sich a uch k eine unfall bedingte Verschlechterung eines allfälligen Vorzustandes mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellen lässt .

Damit mangelt es bereits am natürlichen Kausalzusammenhang zwischen den über den 11. Juli 201 7 hinaus geltend gemachten Beschwerden und dem Unfall ereignis vom 14. Juni 2017, weshalb sich die Adäquanzprüfung erübrigt. Hierzu ist zu bemerken, dass der Unfallversicherer seine durch Ausrichtung von Heilbe handlung und allenfalls Taggeld anerkannte Leistungspflicht in einem solchen Fall auch rückwirkend einstellen darf (E. 1.4 vorstehend).

Die Beschwerdegegnerin trifft folglich keine Leistungspflicht über den Fallab schluss vom 11. Juli 2017 hinaus.

Für weitere medizinische Abklärungen besteht entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2) kein Anlass, zumal davon keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizi pierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3 , Urteil des Bun desgerichts 8C_439/2022 vom 13. Dezember 2022 E. 4.2.2). Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - Zürich
Versicherungs-Gesellschaft AG - 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 Bundesge setzes 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrWidmer

E. 3.6

Die Hausärztin Dr. Z.____, welche der Beschwerdeführer zuvor zuletzt am 7. September 2017 konsultiert gehabt hatte (Urk. 17/23 S. 3), hielt in ihrem Bericht vom 19. September 2017 fest, beim Velounfall vom 14. Juni 2017 sei es zu keiner Commotio gekommen. Der Beschwerdeführer habe sich mit den Armen aufgestützt. Er habe Schmerzen an beiden Handgelenken und multiple Schürfwunden und Kontusionsmale aufgewiesen. Eine Fraktur habe mittels Röntgenuntersuchung ausgeschlossen werden können. Im Verlauf seien Schwindel und sensorische Ausfälle von Schulter und Arm links hinzugetreten. Die MR-Untersuchung habe eine zervikale Diskushernie ergeben (Urk. 17/23 S. 1). Initial habe der Beschwerdeführer indes nicht an HWS-Schmerzen gelitten, hingegen an einer Spannungskopfschmerz. Den Schwindel bezeichnete Dr. Z.____ als postkontusionell, die Sensibilitätsstörungen der Hände beschrieb sie als unklar, differentialdiagnostisch bei Diskushernie (Urk. 17/23 S. 2).

E. 3.7

Die Neurologen des F.____ der C.____ berichteten am 15. September 2017, der Beschwerdeführer sei ihnen vom B.____ bei intermittierenden lageabhängigen Kribbelparästhesien am linken Arm zur elektrophysiologischen Beurteilung zugewiesen worden. Die elektrophysiologischen Untersuchungen vom 12. September 2017 seien normal ausgefallen (Urk. 17/22 S. 1). Namentlich seien keine Neuropathie des Nervus medianus und ulnaris links sowie keine akuten oder chronischen Denervationszeichen der wichtigsten Kennmuskulatur C5-C7 feststellbar gewesen. Weiter führten sie aus, sie interpretierten die geschilderten Beschwerden zusammen mit den klinischen und elektrophysiologischen Befunden als posttraumatische Kopfschmerzen, am ehesten myofaszialnozizeptiv bei HWS-Distorsion. Obwohl MR-tomographisch eine grosse Diskusextrusion HWK6/7 mediolateral links festgestellt worden sei, habe der Beschwerdeführer keine klinischen Hinweise für eine myeläre oder radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik gezeigt (Urk. 17/22 S. 2-3).

E. 3.8

Am 5. Januar 2018 berichteten die Ärzte des B.____ über die am 23. Oktober 2017 erfolgte Verlaufsuntersuchung. Zum Untersuchungszeitpunkt seien weiterhin leichte Kurzzeitgedächtnisstörungen ohne Einschränkungen im Alltag vorhanden gewesen, ansonsten aber keine Auffälligkeiten. Die kognitiven Beeinträchtigungen seien fast vollständig remittiert (Urk. 17/35 S. 1 und S. 4). Benommenheit trete nur bei langer Konzentration (drei Stunden) sowie als Beifahrer im Auto wegen Kinetose (Reisekrankheit) auf. Während eines Sprachaufenthalts in England in den zwei Wochen vor der Verlaufsuntersuchung hätten sich die Nacken- und Kopfschmerzen wieder gezeigt, mit täglichem Spannungsgefühl an BWS und HWS mit holocranen drückenden Kopfschmerzen. Vier Tage vor der Verlaufsuntersuchung habe er infolge einer

HWS-Massage eine Schmerzlinderung verspürt (Urk. 17/35 S. 2-3). Die Kribbelparästhesien besserten langsam. Die am 23.

Oktober 2017 beschriebenen Nacken-/Kopfschmerzen beurteilten die Ärzte als am ehesten zervikogen/ zervikothorakaler Genese mit myofaszialer Komponente (Urk. 17/35 S. 4).

E. 3.9

Am 9. Juli 2018 gab Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, seine versicherungsmedizinische Beurteilung gestützt auf die vorhandenen Akten ab. In seiner Kausalitätsbeurteilung führte er aus, beim Unfall vom 14. Juni 2017 sei der Beschwerdeführer auf beiden Händen ohne Anprall des Kopfes gelandet. Anlässlich der Erstkonsultation habe Dr. Z.____ eine Gehirnerschütterung (Commotio cerebri) begründet ausgeschlossen. Gültige Kriterien - namentlich Bewusstlosigkeit, GCS Veränderungen oder eine posttraumatische Amnesie - für den Nachweis einer Commotio cerebri seien nicht aktenkundig. Die hausärztliche Abklärung sei sorgfältig mit mehrfacher Befragung des Beschwerdeführers erfolgt, sodass darauf abzustellen sei. Ohne Kopf- und Schädelhirntrauma seien die im späteren Verlauf dokumentierten Konzentrationsstörungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 14. Juni 2017 zurückzuführen. Auch die Latenz von 14 Tagen bis zur erstmaligen ärztlichen Aufnahme von Konzentrationsstörungen anlässlich der Konsultation am 24. Juni 2017 spreche gegen eine unfallbedingte Entwicklung. Der am Unfalltag geschilderte Kopfschmerz könne noch im Rahmen einer traumatischen Schreck- und Verspannungssituation bei erhöhtem Blutdruck akzeptiert werden. Der Umstand, dass der Kopfschmerz anschliessend in den Hintergrund der Abklärung getreten sei und sich später als wechselhaft erwiesen habe respektive bei einem Sprachaufenthalt in England wieder aufgetreten sei, sei zudem nicht typisch für einen posttraumatischen Kopfschmerz. Hinsichtlich der im B.____ später diagnostizierten HWS-Distorsion sei zu erwähnen, dass kein über das übliche Bewegungsausmass dokumentierter Akzelerations- und Dezelerationsmechanismus bestanden habe und diese Einschätzung nicht nachvollziehbar sei. Vielmehr sei von einer lokalen Abwehrspannung im HWS-Bereich auszugehen. Bezüglich des Zeitpunkts der vollständigen Abheilung der prellungsbedingten Beschwerden sei eine orthopädische Evaluation erforderlich (Urk. 17/54 S. 3-4).

In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 16. Juli 2018 würdigte in der Folge der beratende Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie, die vorhandenen Akten und gelangte zum Schluss, als Verletzungen des Unfallereignisses vom 14. Juni 2017 seien die Prellungen und Schürfwunden im Bereich des Knies, der Handgelenke und der Thoraxseite links anzusehen. Diese rechtfertigten keine längere Arbeitsunfähigkeit und heilten vollständig ab. Eine Restitutio ad integrum der Unfallfolgen sei spätestens nach Ausschluss von traumatischen strukturellen Verletzungen anlässlich der MRI-Untersuchungen vom 11. und 18. Juli 2017 eingetreten. Diese bildgebenden Untersuchungen könnten noch als Abklärungskosten übernommen werden (Urk. 17/53 S. 3).

E. 3.10

Die Ärzte des B.____ hielten dem entgegen, für die Diagnosestellung einer Commotio cerebri sei weder ein direkter Schlag gegen den Kopf essentiell noch eine Bewusstlosigkeit erforderlich. Der Beschwerdeführer habe unmittelbar nach dem Ereignis Benommenheit sowie starke Nackenverspannungen verspürt und Wortfindungsstörungen gehabt, welche auch Dritte wahrgenommen hätten. Sodann habe Dr. Z.____ bereits zehn Tage nach dem

Ereignis Konzentrationsstörungen mit kognitiver Beeinträchtigung im Sinne eines post - commotio -ähnlichen Zustands beschrieben sowie eine posttraumatische Diskush erni e diskutiert. Die Erstkonsul tation am B.____ sei zwei Monate nach dem Ereignis erfolgt, wobei aus der neu ropsychologischen Untersuchung Einbussen im Bereich des verbalen Gedächtnis ses 2-8. Perzentile resultierten. Kognitive Beeinträchtigungen wie Konzentrationstörungen gehörten neben Kopfschmerz und Schwindel zu den häufigsten Symptomen nach einer Gehirnerschütterung, weshalb eine Reevaluation notwen dig sei (Urk. 17/59).

E. 3.11

Dr. G.____ hielt am 12. März 2019 an seiner Beurteilung vom 9. Juli 2018 fest. In der vom B.____ erwähnten Literatur sei von sportbezogenen Gehirnerschütterungen die Rede, welche durch biomechanische Kräfte verursacht würden. Anhand der dortigen Beschreibung könnte fast jedes Unfallgeschehen eine Gehirnerschütterung verursachen. Jedoch werde in jener Literatur auch darauf hingewiesen, dass nicht anhand der Symptome auf die Diagnose einer Gehirnerschütterung geschlossen werden könne. Er halte an den gängigen klinischen Kriterien fest, wonach ein Kopfanprall erforderlich sei und in dessen Rahmen ein kurzzeitiger Bewusstseinsverlust oder eine qualitative Bewusstseinsstörung sowie eine Amne sie vorgelegen haben müsse (Urk. 17/65).

E. 3.12

Die Ärzte des B.____ schilderten in ihrem Bericht vom 29. Juni 2019, der Beschwer deführer habe sie aufgrund der Persistenz seiner seit dem Trauma bestehenden Nacken- und Kopfschmerzsymptomatik kontaktiert. Diese seien seit dem Trauma wellenförmig verlaufen, wobei sich bestimmte Verhaltens massnahmen günstig auswirkten. Er sei seit dem Trauma jedoch nie symptomfrei gewesen. Seit einer Schulterverletzung links leide er wieder an täglichen Schmerzen cervico -occipital mit Ausstrahlung stirnbandartig gegen retro-orbital. Darüber hinaus bestünden in unregelmässigen mehrwöchentlichen Abständen sekundenanhaltende Schwin delattacken (Urk. 17/72 S. 3). Die Ärzte schlossen, es stehe weiterhin ein cervico -occipitales Schmerzsyndrom im Vordergrund, welches aus ihrer Sicht sowohl eine biomechanische als auch muskuläre Komponente beinhalte. Sie stünden weiter hin zu ihrer Stellungnahme vom 30. Oktober 2018 (Urk. 17/72 S. 4).

Am 15. Juli 2019 berichteten die Ärzte des B.____ über die Verlaufsuntersuchung vom 10. Juli 2019. Diesem Bericht ist zu entnehmen, im Vergleich zum 19. Juni 2019 hätten die vorbeschriebenen Symptome zugenommen. Zusätzlich sei seit einer Hyperextensionsbewegung des Oberkörpers über die Stuhl-Rückenlehne die Schwindelsymptomatik in den Vordergrund gerückt. Die Nacken- und Kopf schmerzen seien ebenfalls weiterhin täglich vorhanden. Die Gesamtsymptomatik führe dazu, dass er sich bei der Arbeit für maximal vier bis sechs Stunden kon zentrieren könne (Urk. 17/73 S. 3). Dementsprechend wurde dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 10. bis am 24. Juli 2019 eine teilweise Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 17/73 S. 4).

Am 21. November 2019 äusserte sich die Ärztin des B.____ dahingehend, dass generell sämtliche vom Beschwerdeführer angegebenen Symptome und Befunde Folge und Ausdruck einer Gehirnerschütterung sein könn t en. Das Unfallereignis sei zudem geeignet gewesen, eine solche Schädigung zu verursachen. Unfall fremde Faktoren seien ihnen hingegen keine bekannt (Urk. 17/79 S. 1) .

Gleichentags gab sie an, bei der Konsultation vom 30. Oktober 2019 sei der Zustand im Vergleich zum 11. September 2019 stabil gewesen. Der Beschwerde führer sei unverändert

auf die Behandlung vestibulo-okulomotorisch und muskuloskelettal in dreiwöchigen Abständen angewiesen. Im Vordergrund stehe unverändert die bekannte Symptomatik (Spannungsgefühl im Bereich des Nackens, zum Teil auch Schonhaltung in der Kopfseitneigung nach rechts sowie das bekannte Konvergenzdefizit [Nearpoint-Konvergenz-Defizit mit Nachhinken des linken Auges, vgl. auch Urk. 17/80 S. 1]), wobei der Beschwerdeführer Verbesserungen bemerkt habe (Urk. 17/80 S. 3).

E. 4.1

Unbestritten ist, dass das Ereignis vom 14. Juni 2017 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt. Die Beschwerdegegnerin anerkannte in diesem Kontext denn auch grundsätzlich ihre Leistungspflicht (Urk. 2 S. 1, Urk. 17/6). Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht mit der Begründung eingestellt hat, die über den 11. Juli 2017 hinaus andauernden Beschwerden seien nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen.

Die Rechtmässigkeit des Fallabschlusses wurde hinsichtlich der Prellungen der Handgelenke, des linken Knies und der linken Thoraxseite nicht in Zweifel gezogen. Es fehlt denn auch an Anhaltspunkten dafür, dass diese Verletzungen über den Fallabschluss vom 11. Juli 2017 hinaus Beschwerden bereitet hätten.

In der Zeit nach dem Fallabschluss klagte der Beschwerdeführer hingegen noch über Konzentrationsprobleme, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, Kopfschmerzen mit Begleiterscheinungen, Einschlafen und verminderte Belastbarkeit des linken Arms respektive Sensibilitätsstörungen sowie «Sturmsein» / Schwindel / Benommenheit (vgl. vorstehende E. 3.3 ff.).

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei dem Erlass des angefochtenen Entscheids auf die versicherungsinternen Beurteilungen vom

E. 4.3

Objektiv ausgewiesen ist beim Beschwerdeführer eine Diskushernie HWK 6/7 (E. 3.2 vorstehend, Urk. 17/14 S. 1). Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, die Diskushernie sei unfallfremd (Urk. 2 S. 4, Urk. 9 S. 2-3). Damit vertritt sie sinngemäss die Ansicht, die Diskushernie sei nicht einmal durch den Unfall ausgelöst.

Der Chirurg Dr. H. _____

gab in seiner vertrauensärztlichen Stellungnahme unter Bezugnahme auf die bildgebenden Untersuchungen insbesondere vom 11.

und 18. Juli 2017

an, dass

keine traumatischen strukturellen

Verletzungen vorhanden gewesen seien (Urk. 17/53 S. 3). Damit ging er implizit davon aus, die anlässlich der MRT-Untersuchung der HWS vom 11. Juli 2017 erhobene Diskushernie HWK 6/7 (vgl. E. 3.2 vorstehend) sei nicht traumatisch beziehungsweise durch den Unfall verursacht oder ausgelöst worden.

Eine Diskush erni e beziehungsweise ein Bandscheibenvorfall geht mit Schmerzen, Bewegungseinschränkung, Sensibilitätsstörungen und eventuell Lähmungen ein her (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 26 8 . Auflage 20 20 , S. 193 f.).

Unmittelbar nach dem Unfall war die HWS des Beschwerdeführers frei beweglich und nicht schmerzhaft. Am Folgetag verspürte er einen Druckschmerz über oder neben der BWS, hingegen berichtete er noch nicht über Beschwerden an der HWS oder über Ausstrahlungen. Am 18. Juni 2017, vier Tage nach dem Unfall, wurden zwar «neu Schulter-Nackenschmerzen» angegeben (Urk. 17/15). Doch a m 19. Juni 2017 bereitete die Wirbelsäule keine Schmerzen. Namentlich war die HWS frei beweglich ohne Schmerzen oder Einschränkungen . Beschrieben wurden massive Myogelosen paravertebral . Bei einer Myogelose handelt es sich um eine umschriebene knoten- oder wulstförmige, lokal begrenzte Verhärtung der Muskulatur mit Palpationsschmerz und oft dumpfem Spontanschmerz infolge statischer Überbeanspruchung, funktioneller und entzündlicher Muskelerkrankungen sowie reaktiv bei Gelenkerkrankungen (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 26 8 . Auflage 20 20 , S. 1172) . Solche Verhärtungen der Muskulatur gelten - wie auch myofasziale Befunde, Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen im Nacken, Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit sowie Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS mit Retrohaltung - rechtsprechungsgemäss nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolgen (Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2007 vom 7. August 2008 E. 8.2-8.3).

Eine Woche nach dem Unfall , am 21. Juni 2017, war die HWS dann blockiert, jedoch zeigten sich noch keine neurologischen Symptome. Vielmehr wurden unauffällige neurologische Befunde erhoben und anhand der Röntgenuntersuchung der HWS waren lediglich Verschleisserscheinungen, hingegen keine frischen ossären traumatischen Läsionen ersichtlich (E. 3.1 vorstehend , Urk. 17/46 S. 4). Auch laut dem Bericht der Hausärztin Dr. Z.____

vom 19.

September 2017

war es erst im Verlauf zu sensorischen Ausfällen von Schulter und Arm links gekommen (E. 3.6 vorstehend , Urk. 17/23 S. 1).

Zusammenfassend steht fest , dass die HWS erst rund eine Woche nach dem Unfall eine Blockierung aufwies und zuvor explizit frei beweglich und nicht schmerzhaft war , und dass der Beschwerdeführer überdies eine Woche nach dem Unfall noch keine neurologischen Symptome zu beklagen hatte. Eingedenk dessen erscheint es als möglich, nicht hingegen als überwiegend wahrscheinlich, dass die Diskush erni e durch das Unfallereignis ausgelöst wurde. Da die blosser Möglichkeit nicht ausreicht, um einen natürlichen Kausalzusammenhang zu begründen (E. 1.2 vorstehend), wurde hinsichtlich der Diskush erni e kein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers gegenüber der Unfallversicherung begründet.

An weiteren objektiven Befunden wie einer Radikulo - oder Myelopathie fehlt

es (Urk. 17/22 S. 2, Urk. 17/35 S. 3) . 4. 4

Die Konzentrationsstörungen , welche kurz nach dem Fallabschluss im Vordergrund standen

(Urk. 17/52), führt er die behandelnden Ärzte des B.____

mindestens möglicherweise auf eine Commotio cerebri zurück, welche der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 14. Juni 2017 erlitten habe (E. 3.5 vorstehend sowie Urk. 17/79 S. 1).

Die Annahme einer Commotio cerebri setzt rechtsprechungsgemäss eine zumindest kurzzeitige Bewusstlosigkeit nach der Verletzung voraus (Urteile des Bundesgerichts 8C_41/2022 vom 13. April 2022 E. 3 und 8C_14/2021 vom 3. Mai 2021 E. 4.2.1). Zu einer solchen ist es beim Beschwerdeführer unbestritten massen nicht gekommen. Auch im B.____ hatte der Beschwerdeführer berichtet, beim Sturz sei es zu keinem Kopfanprall gekommen und weder zu einer Amnesie noch zu einem Bewusstseinsverlust (Urk. 17/24 S. 3). Am Unfalltag war in der Krankengeschichte festgehalten worden, es sei weder zu einer Bewusstlosigkeit noch zu einer Commotio gekommen, wobei der Patient diesbezüglich aufgeklärt worden sei und man ihn dreimal spezifisch dahingehend befragt habe (Urk. 17/46 S. 7). Angesichts dessen überzeugt die Beurteilung von Dr. G.____

ohne Weiteres, wonach beim Fehlen von Bewusstlosigkeit, Veränderungen im Sinne der Glasgow Coma Score-Skala (GSC) sowie posttraumatischer Amnesie entgegen der Einschätzung des B.____ nicht von einem posttraumatischem Syndrom nach Commotio cerebri auszugehen ist (Urk.

17/54 S. 3).

Überdies trifft auch seine

Aussage

zu, wonach - wenn wie in den zitierten Richtlinien vorgesehen auch eine indirekte Krafteinwirkung ausreiche (vgl. Urk. 3/2 S. 1) - man sich bei fast jedem Unfall geschehen eine Commotio cerebri zuziehen könnte. Es leuchtet denn vor diesem Hintergrund sowie mit Blick auf die eingangs dieses Abschnitts zitierte Rechtsprechung ein, dass nicht (allein) anhand der Symptome eine Gehirnerschütterung diagnostiziert werden kann (Urk. 17/65 S. 4).

Der Beschwerdeführer bringt vor, eine Bewusstlosigkeit - wie auch ein direkter Kopfanprall - seien gestützt auf die Richtlinien «Handlungsempfehlungen der SNG, Diagnostik und Therapie bei Gehirnerschütterung im Sport» (Urk. 3/2), nicht erforderlich (Urk. 1 S. 6-8). Ungeachtet dessen gehen laut dem in den eingereichten Handlungsempfehlungen zitierten ICD-10 solche Gehirnerschütterungen im Sport

mit einem (lediglich) kurzzeitigen Verlust der normalen Gehirnfunktion

einher (Urk. 3/2 S. 1). So ist bei einer Gehirnerschütterung im Sport mit einem günstigen Verlauf zu rechnen, zumal in der Literatur ein spontaner Rückgang der Symptome in 75-90 Prozent der Fälle innerhalb von zehn bis 14 Tagen beschrieben wurde (Urk. 3/2 S. 6). Vor diesem Hintergrund ist eine Änderung der diesbezüglichen, vorstehend zitierten Rechtsprechung zumindest im vorliegenden Fall, wo der Fallabschluss rund vier Wochen nach dem Unfallereignis erfolgte, womit kurzzeitige Beeinträchtigungen der normalen Gehirnfunktion noch abgedeckt waren, nicht angezeigt.

Der Beschwerdeführer führt des Weiteren unter Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2021 vom 3. Mai 2021 E. 4.2.1 an, ausschlaggebend für die Bejahung einer

Commotio cerebri sei, ob sich innerhalb der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden nach dem Unfall Kopfschmerzen manifestiert hätten, was bei ihm der Fall gewesen sei (Urk. 1 S. 7). Zwar wurde in jenem Verfahren das Vorliegen einer Commotio cerebri mangels Kopfschmerzen innerhalb der massgebenden Latenzzeit verneint (E. 4.2.3), doch war zuvor vom Bundesgericht auch erwähnt worden, dass eine Commotio cerebri mit einer kurzzeitigen Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergehe (E. 4.2.1). In Anbetracht dessen, dass es jener versicherten Person laut dem Austrittsbericht des unmittelbar nach dem Unfall erstbehandelnden Spitals (vgl. Sachverhalt lit. A) beim Unfall kurze Zeit schwarz vor den Augen geworden war und in jenem Fall auch ein Kopfanprall stattgefunden hatte

(E.

4.2.3), leuchtet es ein, dass im zitierten Urteil die fehlenden Kopfschmerzen das massgebende Kriterium war. Daraus kann indes vor dem geschilderten Hintergrund keine Rechtsprechungsänderung abgeleitet werden. So hielt denn das Bundesgericht beispielsweise mit Urteil 8C_41/2022 vom 13. April 2022 auch weiter hin explizit an der (zusätzlichen) Voraussetzung einer kurzzeitigen Bewusstlosigkeit fest (E. 3 mit Hinweis auf das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2020.00253 vom 15. November 2021 E. 4.2).

Nach dem Gesagten kommen keine auch nur geringen Zweifel an der vertrauensärztlichen Beurteilung auf, wonach eine Commotio cerebri und damit auch ein posttraumatisches Syndrom nach Commotio cerebri zu verneinen sind (Urk. 17/54 S. 3 und Urk. 17/65 S. 4, vgl. ferner

Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich UV.2020.00253 vom 15. November 2021 E. 4.2).

E. 4.5

Als weitere Diagnose im Zusammenhang mit dem Unfallereignis nannten die behandelnden Ärzte des B.____ eine HWS-Distorsion (E.

E. 9

Juli 2018

(Urk. 17/54 S. 34), 16. Juli 2018 (Urk. 17/53 S. 3) und

E. 12

März 2019

(Urk. 17/65). Dr. H.____ und Dr. G.____

hatten Kenntnis von den medizinischen Vorakten. Zu prüfen bleibt die inhaltliche Nachvollziehbarkeit ihrer Schlussfolgerungen (vgl. E. 1.5 vorstehend). Hinsichtlich des Umstandes, dass es sich um Aktenbeurteilungen handelte, denen keine eigene Untersuchung zugrunde lag, ist Folgendes zu bemerken: Einer ärztlichen Stellungnahme muss nicht in jedem Fall eine persönliche Untersuchung der

versicherten Person vorausgehen. Nach der Rechtsprechung sind Aktengutachten grundsätzlich zulässig. Entscheidend ist, ob genügend Unterlagen vorliegen, was dann der Fall ist, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben, so dass sich der Experte gesamthaft ein lückenloses Bild machen kann

(Urteile des Bundesgerichts U 330/02 vom 5. Dezember 2003 E. 2 und 8C_181/2012 vom 8. Juni 2012 E. 5.2, je mit Hinweisen. Dies ist bei der gegebenen Aktenlage zu bejahen.

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