

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00060**

## **vom 21. Dezember 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-12-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2023.00060](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00060)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00060 du 21 décembre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00060 del 21 dicembre 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

2. April 2022 stellte die Suva ihre bisherigen Leistungen per

##### **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).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat ( Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

##### **E. 1.2**

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C\_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4.1.2 und 8C\_299/2022 vom 5. September 2022 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5).

### **E. 1.3**

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\_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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. 1.4**

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. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 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**

Der Versicherte erhob am 18. April 2023 Beschwerde

(Urk. 1) gegen den Einspracheentscheid vom 7. März 2023 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Leistungen über den 20. April 2022 hinaus, mithin nicht nur für die am 24. August 2022 erfolgte Nasenoperation, sondern auch im Übrigen, zu gewähren. Zudem sei die Suva zu verpflichten, Fr.

2'000. - - für Abklärungskosten an den Beschwerdeführer zu bezahlen (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk.7). Mit Replik vom 24. August 2023 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 12). Die

Beschwerdegegnerin reichte am 22. September 2023 eine Stellungnahme (Verzicht auf umfassende Duplik) ein (Urk. 16), was dem Beschwerdeführer am 25. September 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) aus, dass kein Anlass bestehe, die mehrmals vorgenommene, umfassend und schlüssig begründete Einschätzung des erfahrenen Versicherungsmediziners und Neurologen

Dr. A.\_\_\_\_ in Frage zu stellen, weshalb ohne weiteres darauf abgestellt werden könne (S. 9). Medizinische Berichte, welche dem widersprechen würden, lägen den Akten mit Ausnahme des Austrittsberichts des Rehasentrums B.\_\_\_\_ vom 5.

Juli 2022, wonach eine konsiliarische Fremdbeurteilung Residuen einer Mikroblutung im Marklager trigonal links gezeigt habe, wobei es sich um eine chronische Shearing

Injury handeln könnte, nicht bei (S. 9-10). Allerdings könne darauf in keiner Weise abgestellt werden: Zum einen hätten sowohl die MRI-Aufnahmen vom 2. Juli 2021 erstbefundende Radiologin Dr. C.\_\_\_\_ als auch Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie,

das Vorliegen von Blutungsresiduen klar ausgeschlossen. Auf der anderen Seite würden selbst die Ärzte des Rehasentrum s

B.\_\_\_\_ das Vorliegen einer chronischen « Shearing

Injury » (Scherverletzung) lediglich für « möglich » halten, womit der erforderliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht erreicht sei (S. 10). Da unfallbedingt keine objektivierbaren neurologisch-organischen Befunde hätten erhoben werden können, stelle die neuropsychologische Störung kein somatisches Leiden dar, sondern sei vielmehr einer psychischen Beschwerdeproblematik gleichzusetzen (S. 10). Die bildgebenden Verfahren zeigten keine traumatisch bedingten Verletzungen. Die neurologische Untersuchung habe ebenfalls keine unfallbedingten Auffälligkeiten ergeben. Bei den heute noch geklagten Beschwerden handle es sich folglich höchstens noch um Beschwerden, welche zwar allenfalls als « organisch » imponierten, weil sie klinisch fassbar seien, denen aber ein organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Läsion fehle. Daher sei der adäquate Kausalzusammenhang zu prüfen (S. 11). Vorliegend seien beim Bericht der erstbehandelnden Ärzte keinerlei typische Symptome eines Schädelhirntraumas hervorgegangen. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer bei einem Fahrradsturz am 5. Mai 2021 eine Hirnerschütterung

mindestens im Grenzbereich zwischen *Commotio* und *Contusio cerebri* erlitten habe .  
Zudem sei die bei ihm festgestellte neuropsychologische Funktionsstörung ohne  
objektivierbare neurologisch-organische Befunde nach der Rechtsprechung einer  
psychischen Beschwerdeproblematik gleichzusetzen , weshalb im vorliegenden Fall die  
Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs somit nach der sog.  
«Psycho»-Rechtsprechung des Bundesgerichts zu erfolgen habe (S. 12).

Der Unfall sei als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen  
einzustufen, höchstens aber als mittelschwerer Unfall im engeren Sinne (S. 14). Da keines  
der bundesgerichtlichen Kriterien erfüllt sei, sei der adäquate Kausalzusammenhang  
zwischen den nicht organisch objektiv ausgewiesenen Beschwerden sowie den  
neuropsychologischen Funktionsstörungen und dem Unfall vom 5. Mai 2021 insgesamt zu  
verneinen (S. 15).

## E. 2.2

Demgegenüber führte der Beschwerdeführer aus ( Urk. 1 ) , dass er gemäss Pflege  
dokumentation des Spitals

Z.\_\_\_\_ sowohl am Unfalltag als auch am Tag darauf Erinnerungslücken angegeben habe.  
Dasselbe habe er auch gegenüber seinem behandelnden Arzt und dem  
Aussendienstmitarbeiter der Beschwerdegegnerin angegeben (S. 4). Er habe die ergänzte  
Unfallakte Prof.

Dr.

med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurochirurgie , zur Beurteilung unterbreitet . Dieser sei unter  
anderem zum Schluss gekommen, dass eine « mild Traumatic Brain Injury » ( mTBI )  
vor liege. Mit der durchgeführten bildgebenden Untersuchung liessen sich strukturelle  
Hirnläsionen a priori nicht sicher ausschliessen. Hierfür sei ein « advanced » MRI des  
Schädels sowie gegebenenfalls ein funktionelles MRI notwendig (S. 7). Der Unfall habe  
nicht zu einer mittels Bildgebung darstellbaren strukturellen Hirnläsion, jedoch zu einer  
funktionellen Beeinträchtigung kortikaler sowie subkortikaler Hirn-Netzwerk-Strukturen  
mit der Folge eines hirnorganischen Psychosyndroms geführt (S. 9). Entgegen der Ansicht  
der Beschwerdegegnerin sei daher von organischen sowie weiterhin  
behandlungsbedürftigen Unfallfolgen auszugehen, weshalb die Adäquanzprüfung zu  
unterbleiben habe (S. 11).

Lediglich der Vollständigkeit halber werde auch die vorgenommene Adäquanzprüfung der  
Beschwerdegegnerin sowohl als verfrüht als auch als unzutreffend gerügt (S. 11). Im Lichte  
der medizinischen Akten sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer entweder ein  
Schädel-Hirntrauma oder eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung erlitten habe,  
womit sehr wohl die sog. «HWS-Praxis» zur Anwendung komme. Vorliegend habe ein  
Zusammenprall des Körpers, notabene des Kopfes des Beschwerdeführers , als E-Bike  
-Fahrer mit dem Fahrzeug stattgefunden, womit ein mittlerer Unfall im Grenzbereich zu  
den schweren anzunehmen sei und somit ein Adäquanzkriterium genüge (S. 12). Es könne  
vorliegend dem konkreten Unfallmechanismus die besondere Eindrücklichkeit nicht  
abgesprochen werden. Das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen  
Behandlung sei im Lichte sämtlicher Beschwerden ebenfalls zu bejahen. Die anhaltenden  
erheblichen Beschwerden, namentlich die neuropsychologischen sowie die Kopfbeschwerden ,  
seien nicht nur glaubhaft, sondern objektiviert und führten zu drastischen Einschränkungen  
im Alltag. Schliesslich sei auch das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz

ausgewiesener Anstrengungen erfüllt, wie die bis dato frustranen Eingliederungsbemühungen der Invalidenversicherung belegten. Die persistierenden Unfallfolgen seien somit auch adäquat kausal zum Unfallereignis vom 5. Mai 2021 (S. 13).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin machte weiter geltend (Urk. 7), dass die Stellungnahme von Prof. E.\_\_\_\_ ebenfalls Dr. A.\_\_\_\_ vorgelegt worden sei (S. 3). Diese r

habe ausgeführt, dass auch Prof. E.\_\_\_\_ offenbar davon ausgehe, dass in der Abgrenzung einer Schädelprellung bzw. eines Kopfanpralltraumas von einer leichten traumatischen Hirnverletzung eine zumindest passagere Veränderung der Hirnfunktion Voraussetzung sei. Weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Amnesie sei in den echtzeitlichen ärztlichen Dokumenten erwähnt worden (S. 5). Konsens bestehe darin, dass der Unfall beim Beschwerdeführer zu keiner nachweisbaren Hirnsubstanzschädigung geführt habe (S. 6). Zusammenfassend sei somit weiterhin davon auszugehen, dass es zwar zu einer Schädelprellung gekommen sei, nachgewiesen durch die Nasenbeinfraktur. Das Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung sei bei Fehlen von Brückensymptomen jedoch allenfalls möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich (S. 6).

Eine Amnesie des Beschwerdeführers aufgrund eines einzigen Eintrages im Pflegebericht sei nicht ausreichend belegt. Bereits in der Schadenmeldung und im Suva-Frageformular habe der Beschwerdeführer den Unfallhergang recht detailliert wiedergegeben. Eine Amnesie sei in keinem einzigen medizinischen Bericht ärztlich dokumentiert

(S. 8). Die Diagnose eines leichten Schädelhirntraumas bzw. einer mTBI sei vorliegend nicht erwiesen (S. 8-9).

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände liege in keiner Weise vor. Die übrigen vom Beschwerdeführer angeführten Adäquanzkriterien betreffen zudem die bundesgerichtliche Schleudertrauma-Rechtsprechung, welche auf den vorliegenden Fall jedoch nicht anwendbar sei (S. 9).

### **E. 2.4**

Der Beschwerdeführer stellte sich weiter auf den Standpunkt (Urk. 12), dass er im besagten Fragebogen nach «Ursache und Ablauf» des Unfalls gefragt worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe weder generell nach den initialen Symptomen noch speziell nach einer stattgehabten Amnesie gefragt (S. 3). Da zwei gegenläufige medizinische Einschätzungen vorlägen, jene von Prof.

E.\_\_\_\_ und jene der versicherungsinternen Kreisärzte, sei rechtsprechungsgemäss zwingend ein unabhängiges Gutachten zur Klärung einzuholen (S. 4). Die Fotos seines Unfalls würden eindrücklich

belegen, welche massive Kraft auf seinen Kopf und Nacken gewirkt habe. Die massiv eingedrückte Windschutzscheibe der Kollisionsgegnerin, in welche der Beschwerdeführer kopfvoran geschleudert worden sei, nachdem er mit dem Vorderrad seines E-Bikes in das Fahrzeug der Kollisionsgegnerin geprallt sei, der massive Schaden am E-Bike sowie der aufgrund des heftigen Kopfanpralls gesplattete Helm des Beschwerdeführers würden zweifelsfrei belegen, dass der Beschwerdeführer den weitaus grössten Teil der Aufprallgeschwindigkeit zu absorbieren gehabt habe, mit entsprechender Weitergabe der damit ausgelösten Kräfte an ihn. Das Bundesgericht habe einen nahezu identischen Unfall als

mittelschweren im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen eingestuft (S. 5).

### **E. 2.5**

Ergänzend dazu führte die Beschwerdegegnerin aus (Urk. 16), von ihr sei nie bestritten worden, dass der Beschwerdeführer mit einem Personenwagen kollidiert sei. Er sei aber weder ein Motorrad mit einer Geschwindigkeit von mindestens 80 km/h gefahren, noch sei er durch den Aufprall mehrere Meter über die Straße hinweggeschleudert, noch sei sein Velohelm gespalten, d.h. in zwei Teile auseinandergerissen worden, sondern habe diese nur einen Riss und weise eine im Umfang recht begrenzte Durchbruchstelle auf. Daraus ergebe sich, dass die Krafteinwirkung auf den Beschwerdeführer bei der Kollision in keiner Weise ähnlich hoch war, wie diejenige, welche der Versicherte in dem vom Bundesgericht beurteilten Fall erlitten habe. Vielmehr seien die durch den vorliegenden Aufprall entstandenen physikalischen Kräfte als bedeutend geringfügiger einzustufen (S. 1).

### **E. 3.1**

PD Dr. med. F.\_\_\_\_, Chefarzt Chirurgie, und med. prakt. G.\_\_\_\_, Assistenzärztin Chirurgie, vom Spital Z.\_\_\_\_ führten in ihrem Austrittsbericht vom 7. Mai 2021 (Urk. 8/8) aus, dass der Beschwerdeführer vom 5. bis 11. Mai 2021 bei ihnen hospitalisiert gewesen sei. Sie führten folgende Diagnosen auf (S. 1): - Dislozierte Fraktur der 6.- 8. Rippe dorsal links - Aktive subkutane Blutung links dorsal des Os ilium angrenzend zum Musculus gluteus medius paramedian und lateral - Normochrome normozytäre Anämie, am ehesten im Rahmen der Blutung - Verdacht auf nicht-dislozierte Fibulasschaft-Fraktur rechts am Übergang des proximalen Drittels - Minimal dislozierte bilaterale periphere Nasenbeinfraktur

Die Aufnahme sei zur neurologischen Überwachung sowie zur Kompartimentüberwachung erfolgt.

Eine radiologische Verlaufskontrolle habe keinen Hinweis auf einen Erguss oder Pneumothorax gezeigt (S. 1). Bei Eintritt sei ein Glasgow Coma

Scale (GCS) 15 festgehalten worden, der Beschwerdeführer sei allseits orientiert gewesen und es hätten keine Lateralisationszeichen bestanden (S. 3).

### **E. 3.2**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 25. Juni 2021 (Urk. 8/25) folgende Diagnosen auf: - Postkommotionelles Syndrom bei St. n. Velounfall am 05.05.2021 - stark reduzierte körperliche und kognitive Belastbarkeit - Nasenbeinfraktur, Rippenserienfraktur links, multiple Hämatome - Leichte vaskuläre Encephalopathie (Fazekas 1)

Der Beschwerdeführer leide seit dem Velounfall vom 5. Mai 2021

unter typischen postkommotionellen Beschwerden mit einer reduzierten körperlichen und kognitiven Belastbarkeit, während die Nacken- und Kopfschmerzen eher von untergeordneter Bedeutung seien. Für ein neurologisches Ausfallssyndrom ergäben sich anamnestisch und klinisch keine Hinweise. Das ergänzend durchgeführte Schädel-MRI zeige nur unspezifische Veränderungen (S. 1).

### **E. 3.3**

Dr. H.\_\_\_\_ führte aus, dass gemäss radiologischem Befundbericht des Schädel- MRI s vom 2. Juli 2021 ( vgl. Urk. 8/28) keine posttraumatischen Veränderungen bzw. Blutungsresiduen oder Parenchymdefekte abgrenzbar

seien . Am ehesten bestehe eine kleine DVA im Marklager links (S. 2).

#### **E. 3.4**

Dr. H.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 3. November 2021 aus ( Urk. 8/58), dass zwischenzeitlich eine leichte Besserung im Allgemeinbefinden und nur noch wenige, nicht mehr belastende Kopfschmerzen beständen. Die Arbeitsunfähigkeit könne versuchsweise auf 30 % reduziert werden (S. 1) .

#### **E. 3.5**

Derselbe führte im Bericht vom 20. Dezember 2021 aus, dass zwischenzeitlich eine weitere langsame Besserung eingetreten sei, es könne deshalb ab dem 1.

Januar die Arbeitsunfähigkeit versuchsweise auf 20 % reduziert werden (Urk.

#### **E. 3.6**

In der versicherungsmedizinischen neurologischen Beurteilung der Beschwerde gegnerin vom 6. April 2022 von Dr. A.\_\_\_\_ führte dies e r aus ( Urk. 8/107) , dass im Austrittsbericht keine Informationen enthalten seien zur Frage, ob der Beschwerdeführer durch den Unfall bewusstlos geworden sei oder ob eine Amnesie für das Unfallereignis bestehe . Auch im Unfallbericht des Beschwerdeführers selbst sei eine Bewusstlosigkeit oder Amnesie für das Unfallereignis nicht erwähnt, ebenso wenig im Bericht des Neurologen Dr. H.\_\_\_\_ , der ihn am 24.

Juni 2021 erstmals gesehen habe. Ohne eine Commotio cerebri zu begründen, werde diagnostisch ein postcommotionelles Syndrom mit reduzierter körperlicher und kognitiver Belastbarkeit, Nacken- und Kopfschmerzen postuliert. Dies setze jedoch eine Commotio cerebri (leichte traumatische Hirnverletzung) voraus. Das initial durchgeführte Schädel-CT und ein später veranlasstes Schädel-MRI ergä ben keine strukturellen Unfallfolgen am Gehirn des Beschwerdeführers. Selbst wenn also eine Commotio cerebri stattgefunden habe, an deren Existenz bei feh lender echtzeitlicher Dokumentation zu zweifeln sei, so seien die hierdurch bedingten Beschwerden spätestens nach einem halben Jahr abgeklungen gewesen (S. 4). Die jetzt noch beklagten Beschwerden mit Schlafstörungen, mangelnder Belastbarkeit, Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen seien unspezifisch (S. 4-5). Ein kausaler Zusammenhang mit dem Unfallereignis sei - jetzt knapp ein Jahr nach dem Unfall - nicht mehr herzustellen. Von S eiten der anderen Unfallverletzungen (Rippenfrakturen, Prellung Unterschenkel rechts und Hämatom am Gesäss links) sei der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben genesen (S. 5).

#### **E. 3.7**

Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurochirurgie FMH, führte im Bericht vom 25. März 2022 ( Urk.

#### **E. 3.8**

Im Austrittsbericht der Rehaklinik B.\_\_\_\_

vom 5. Juli 2022 ( Urk. 8/154) über den stationären Aufenthalt vom 29. Mai bis 5. Juli 2022 wurden folgende Diagnosen auf geführt (S.

1): - Polytrauma mit Schädelhirntrauma nach Fahrradunfall am 5. Mai 2021 - Hirnorganisches Psychosyndrom mit neurokognitiven Defiziten hinsichtlich Aufmerksamkeit und Gedächtnis sowie geistige Belastbarkeitsminderung, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Reizüberflutung - Erschwerte Krankheitsverarbeitung mit depressiver Symptomatik - Schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom am ehesten posttraumatisch - Posttraumatische Rippenfraktur der Rippen VI-VIII - Posttraumatische periphere Nasenbeinfraktur - Posttraumatisch v.a. Fibulafraktur rechts - Residuen einer Mikroblutung im Marklager trigonal links, dabei kann es sich um eine chronische Shearing

Injury handeln; sonst keine typisch traumatischen Läsionen im MRT-Schädel Untersuchung

Klinisch-neurologisch habe sich ein organisches Psychosyndrom mit deutlich beeinträchtigter Belastbarkeit sowie Gedächtnis- und Aufmerksamkeits Einschränkungen gezeigt. Des Weiteren leide der Beschwerdeführer an einem schweren obstruktiven Schlafapnoesyndrom, was aktuell mit einem CPAP-Gerät versorgt sei. Zusätzlich bestehe eine erschwerte Krankheitsverarbeitung (S. 2). Aus neuropsychologischer Sicht zeige sich eine leichte bis mittelgradige kognitive Störung (ICD-10 F06.7) mit im Vordergrund stehenden Defiziten in den Aufmerksamkeitsfunktionen, in den verbalen und nonverbalen mnestischen Funktionen sowie eine deutliche psychopathische Belastbarkeitsminderung (S. 4-5).

### **E. 3.9**

Prof. Dr. Dr. I.\_\_\_\_, Facharzt für ästhetische Gesichtschirurgie, Kiefer- und Oralchirurgie, führte im Operationsbericht vom 24. August 2022 (Urk. 8/159) als Diagnose eine eingeschränkte Nasenatmung bei multipler Septumdeviation mit Spornbildungen, Hypertrophie Conchae nasales inferiores auf. Es erfolgte eine Septumspornresektion und Septumplastik (knorpelige und knöcherne Anteile), Stichelung

Conchae nasales inferiores und Verschluss Septumperforation (S. 1).

### **E. 3.10**

Im neuroradiologischen

Konsil vom 11. Oktober 2022 (Urk. 8/164) zum MRT Neurokranium vom 2. Juli 2021 wurde von Prof. D.\_\_\_\_

ausgeführt, dass keine eindeutigen posttraumatischen Veränderungen, insbesondere keine microbleeds/hämorrhagischen diffuse axonal injuries (DAI), vorlägen (S. 1). Es bestehe das typische Bild einer DVA (developmental

venous

anomaly) parietal links im Sinne einer Normvariante (S. 2).

### **E. 3.11**

Dr. A.\_\_\_\_ führte in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 18. Oktober 2022 aus (Urk. 8/167), dass die in Frage stehende MRI-Läsion im Marklager links in der neurologischen Beurteilung vom 6. April 2022 nicht erwähnt worden sei, da es sich um eine DVA gehandelt habe, die keinen Krankheitswert aufweise und in der heute üblichen MRI-Diagnostik mit SW1-Sequenz nicht selten als Zufallsbefund zu sehen sei. Auch Prof. D.\_\_\_\_ sei zum selben Schluss gekommen, dass es sich um das typische Bild einer DVA handle und posttraumatische Veränderungen, insbesondere Mikroblutungen oder hämorrhagische

gische diffuse axonale Scherverletzungen , nicht vorlägen. Die in der Klinik B.\_\_\_\_ erhobene n Befunde eines hirnorganischen Psychosyndrom s mit neuro kognitiven Defiziten hinsichtlich Aufmerksamkeit und Gedächtnis liesse n sich somit nicht auf eine unfallbedingte strukturelle Läsion am Gehirn des Beschwer deführers zurückführen. Ein kausaler Zusammenhang der neurokognitiven Defi zite mit dem Unfall vom 5. Mai 2021 könne also weiterhin nicht hergestellt wer den (S. 1).

### **E. 3.12**

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Fachärztin für Oto -Rhino-Laryngologie, führte in ihrer ärztlichen Beurteilung vom 3 1. Oktober 2022 aus ( Urk. 8/172), dass der durchge führte rhino -chirurgische Eingriff mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in kau salem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 5. Mai 2021 stehe. Da die Nasenobstruktion operativ korrigiert worden sei, könne diese nun nicht mehr ursächlich für ein Schlafapnoe-Syndrom sein. Im ORL-Fachgebiet sei der medi zinische Endzustand erreicht und es ergäben sich keine weiteren Konsequenzen (S. 3).

### **E. 3.13**

Prof. E.\_\_\_\_ führte in seiner

medizinischen Aktenbeurteilung vom 1 0. April 2023 ( Urk. 3/5) aus, dass der Beschwerdeführer im Rahmen seines Unfalls eine Commotio cerebri respektive eine mTBI erlitten habe (S. 5). Um das Ausmass der Hirnfunktions-Störung nach einem mTBI zu definieren (unabhängig vom initia len CT-Befund) , sei ein sog. « advanced » MRI des Schädels indiziert - dies in Form eines « diffusion

tensor

imaging » und eines « susc e ptibility-weighted

imaging » (SWI) MRI, um das Ausmass der axonalen Verletzung und der Mikroblutungen in der Hirnsubstanz zu ermitteln. Ferner solle die Möglichkeit eines funktionelles MRIs nach einem mTBI genutzt werden, um die funktionellen Diskonnektionen im Hirn-Netzwerk, die z.B. die kognitiven Defizite de s Patienten verursachten, zu kartieren.

Die Diagnose von neuropsychologischen Funktionsstörungen nach einem mTBI müsse unter einem multidimensionalen Ansatz erarbeitet werden, bei dem die Bildgebung nach dem Trauma nur ein Element darstelle und nur im Zusammenhang mit allen anderen medizinischen Daten diagnostisch und prog nostisch verwertet werden könne (S. 6). Demzufolge sei die Aussage der Beschwerdegegnerin falsch, wonach die Unfallfolgen nach sechs Monaten abge klungen sein müssten (S. 6-7).

Zur Frage, ob auf dem MRI Neurokranium vom 2. Juli 2021 (oder auf anderen Bildern) intrakranielle Läsionen (oder Residuen) feststellbar seien, führte Prof.

E.\_\_\_\_ aus, dass sich auf den ih m zur Verfügung stehenden Bildbefun den keine strukturellen Veränderungen des Gehirns, die als Traumafolgen ange sehen werden müssten, finden liessen. Als Nebenbefund ohne Krankheitswert habe sich im Marklager parietal links gemäss MRI am 2. Juli 2021 eine DVA gefunden.

Der Unfall des Beschwerdeführers habe nicht zu einer mittels Bildge bung darstellbaren strukturellen Hir n läsion geführt, jedoch zu ein e r funktionellen Beeinträchtigung cor t icaler wie subcortikaler Hirn-Netzwerk-Strukturen mit der Folge eines hirnorganischen Psychosyndroms (S. 7) .

### E. 3.14

Dr. A.\_\_\_\_ erwähnte in seiner ärztlichen Beurteilung vom 4. Mai 2023 (Urk. 7/205) , dass weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Amnesie in den echt zeitlichen ärztlichen Dokumenten erwähnt worden seien . Der V erweis auf die Pflegedokumentation, in der für den 6. Mai 2021 08:16 Uhr vermerkt sei, dass der Beschwerdeführer sich an den Ablauf des Unfalls nicht erinnern könne, könne auf die bis zu diesem Zeitpunkt laufende Opiatbehandlung zurückgeführt werden. Eine Erinnerungslücke sei deshalb unglaubwürdig, da der Beschwerdeführer am 10. Juni 2021 - also wenige Tage später - den Unfall mit eigenen Worten minutiös habe schildern können , eine Amnesie also nicht vorliege und auch in der ersten neurologischen Untersuchung am 24. Juni 2021 Brückensymptome einer leichten traumatischen Hirnverletzung nicht erwähnt worden seien. Es bleibe somit die Schlussfolgerung, dass der Velounfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu einer leichten traumatischen Hirnverletzung geführt habe . Konsens bestehe darin, dass der Unfall beim Beschwerdeführer zu keiner, weder im CT noch im MRI nachweisbaren , Hirnsubstanzschädigung geführt habe (S. 2) .

Der von Prof. E.\_\_\_\_ geforderte multidimensionale Ansatz erfordere zunächst eine Auseinandersetzung mit der Frage, ob der Beschwerdeführer tatsächlich eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten habe oder ob nicht deutlich mehr für ein Schädelanpralltrauma ohne «Gehirnbeteiligung» spreche (S. 2). Es bedeute zudem, dass wesentliche unfallunabhängige Faktoren in die Beurteilung einfließen müssten. Hierbei spiele das vorbekannte obstruktive Schlafapnoesyndrom eine wesentliche Rolle (S. 2). Aufmerksamkeitsstörungen, kognitive Minderbelastbarkeit, häufige Kopfschmerzen und konstante Müdigkeit bis hin zur Einschlafneigung am Tag seien typische Symptome eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms . Zudem hätten sich beim Beschwerdeführer Hinweise für eine depressive Symptomatik ergeben . So fänden sich zwei wesentliche, unfall unabhängige Erkrankungen, die eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Beeinträchtigung ausreichend erklären könnten (S. 3).

Es sei weiterhin davon auszugehen, dass es angesichts der echtzeitlichen Dokumentationen beim Beschwerdeführer zu einer Schädelprellung gekommen sei, nachgewiesen durch die Nasenbeinfraktur. Das Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung sei bei Fehlen von Brückensymptomen allenfalls möglich , aber nicht überwiegend wahrscheinlich . Selbst unter der Annahme einer leichten traumatischen Hirnverletzung gelte das bereits in der neurologischen Beurteilung vom 6. April 2022 Festgestellte fort (S. 3). 4.1

Strittig und zu prüfen ist vorliegend , ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen - ausgenommen die Nasenoperation vom 24. August 2022 - zu Recht per 20. April 2022 eingestellt und eine weitere Leistungspflicht verneint hat, mithin, ob sie zu Recht davon ausging, dass am 20. April 2022 keine natürlichen oder adäquat kausalen Unfallfolgen mehr vorlagen.

Vorab ist dafür die Frage zu prüfen, ob der Zeitpunkt des Fallabschlusses korrekt erfolgte oder ob zu diesem Zeitpunkt eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers noch möglich war (vgl. E. 1. 2) . 4.2

Der Beschwerdeführer bringt vor, dass die Adäquanztprüfung verfrüht erfolgt sei ( Urk. 1 S. 11 ) . Dies trifft nicht zu . Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses befand sich der Beschwerdeführer nicht mehr in Therapie (vgl. Urk. 8/99/1) ,

sondern nahm lediglich bei Dr. H.\_\_\_\_

regelmässige Verlaufskontrollen und eine medikamentöse Therapie wahr (vgl.

Urk. 8/114/1) . Rechtsprechungsgemäss gelten ärztliche Verlaufskontrollen, die Einnahme von Medikamenten sowie manualtherapeutische Behandlungen nicht als kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung im Sinne der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_674/2019 vom 3.

Dezember 2019 E. 4.3). Dass Dr. H.\_\_\_\_ von einer Indikation für eine Rehabilitation in K.\_\_\_\_ ausging (vgl. Urk. 8/114/1 ), ändert daran somit nichts. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass mit de m

anschliessend erfolgten Aufenthalt im Rehasentrum B.\_\_\_\_ keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht werden konnte (vgl. Urk. 8/154/2). Auch die am 28. August 2022 durchgeführte Nasenoperation konnte die Beschwerden nicht wesentlich bessern (vgl. etwa Urk. 8/197). Insofern ist der Fallabschluss per 20. April 2022 nicht zu beanstanden. 4.3

Unbestrittenermassen lagen beim Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Fallab schlusses gemäss Aktenlage verschiedene Beschwerden wie Kopfschmerzen, Kon zentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen etc. vor (vgl. Urk. 8/114/1-2 ). In diesem Zusammenhang ist insbesondere strittig, ob objektivierbare Befunde vorliegen und ob diese auf das Unfallereignis zurückzu führen sind. Überdies sind sich die Parteien uneinig, ob anlässlich des Unfallereignisses eine leichte traumatische Hirnverletzung stattgefunden hat. 5. 5. 1

Rechtsprechungsgemäss kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfol gen erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparati ven/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hie r bei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE

138 V 248 E. 5.1 mit Hinweisen). Dies gilt auch hinsichtlich neuropsychologischer Defizite (Urteil des Bundesgerichts 8C\_117/2015 vom 17.

Juni 2015 E. 2 mit Hinweis).

5. 2

Die im vorliegenden Fall durchgeführten bildgebenden Untersuchungen mittels CT und MRI haben keine unfallbedingten Läsionen ergeben, welche die genann ten

Defizite (E. 4.3) erklären könnten (CT Schädel vo m 5. Mai 2021 ,

Urk. 8/ 8/3 ;

MRI Schädel vom 2. Juli 2021 ) , wie das mehrfach von Dr. A.\_\_\_\_ (vgl . E. 3.11; E. 3.14) und im neuroradiologischen Konsil von Prof. D.\_\_\_\_ bestätigt wurde .

In die gleiche Richtung äusserte sich

ebenfalls Prof. E.\_\_\_\_ , indem er ausführte, dass sich bildgebend keine strukturellen Veränderungen des Gehirns

gefunden hätten, die als Traumafolge angesehen werden müssten, ( Urk. 3/5 S. 7). Somit liegen in dieser Hinsicht keine sich widersprechenden medizinische Beurteilungen vor, welche auch nur geringe Zweifel an der versicherungsmedizinischen Einschätzung von Dr. A. \_\_\_ aufkommen lassen würden (vgl. E. 1. 5 ).

Daran ändert auch nichts, dass Prof. E. \_\_\_ ausführte, dass die psychologischen, kognitiven und körperlichen Defizite als Folge des Traumas vom 5. Mai 2021 im Rahmen einer ausführlichen multidimensionalen Diagnostik in der Rehaklinik B. \_\_\_ hätten objektiviert werden können und er die beschriebene Befunde als vorläufige Defektzustände sehe ( Urk. 3/5 /7 ). Denn dabei handelt es sich nicht um messbare Defektzustände im Sinne von neurologischen Ausfällen als Folge einer Schädigung des zentralen Nervensystems, welche rechtsprechungsgemäss als objektivierbar gelten (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 444/05 vom 6. November 2006 m.w.H.).

Zudem ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass dem von Prof. E. \_\_\_ propagierten funktionellen MRT aufgrund des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung der Beweiswert zum Vornherein abzuspochen ist (BGE 134 V 231 E. 5.2-5.5). Ausserdem

hielt bereits Dr. H. \_\_\_ am 25. Juni 2021 fest, dass sich für ein neurologisches Ausfallssyndrom weder anamnestisch noch klinisch Hinweise ergeben ( Urk. 8/25/1). Bei den von Prof. E. \_\_\_ beschriebenen psychologischen und kognitiven Defiziten ( Urk. 3/5/7) handelt es sich sodann um neuropsychologische Beeinträchtigungen (vgl. Urk. 8/154/4, in der eine leichte bis mittelgradige kognitive Störung beschrieben wurde), bei denen ein organisch objektiv ausgewiesenes Substrat nicht erstellt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_366/2021 vom 10. November 2021 E. 7.1 mit Hinweis). 5.3

Was die Diagnose einer Commotio cerebri bzw. einer

leichten traumatischen Hirnverletzung anbelangt, gilt zu berücksichtigen, dass eine Commotio cerebri als ein Bewusstseinsverlust von kurzer Dauer ohne neurologische Ausfälle

definiert

wird, währenddem eine Contusio cerebri einen Zustand mit konsekutiven neurologischen Defiziten mit oder ohne Bewusstseinsverlust darstellt. Diese Begriffe werden den peritraumatischen Störungen nicht gerecht, da der Bewusstseinsverlust zu sehr im Mittelpunkt steht und klinische Zwischenstufen nicht berücksichtigt werden. Unter anderem wegen dieser Nachteile wurde der neue Begriff der milden traumatischen Hirnverletzung ( mTBI ) eingeführt. Hierunter wird ein durch Kontaktkräfte (Kopfanprall, Schlag auf Kopf) oder Akzeleration bzw. Dezeleration bedingtes kraniales Trauma verstanden, welches zu einer Unterbrechung der zerebralen Funktionen führt. Nach allgemein anerkannter Lehrmeinung setzt die Diagnose entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraus. Andererseits darf die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Schweregrad nach der GCS von 13 bis 15 nach 30 Minuten oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_369/2008 vom 11. August 2008 E. 7.1).

Vorliegend ist im Austrittsbericht des Spitals

Z.\_\_\_\_ beim Eintrittsstatus ( primary

survey ) GCS 15 festgehalten, genauso wie beim secondary

survey (Urk. 8/8/3). Der GCS-Wert von 15 Punkten entspricht praxisgemäss höchstens einer leichten Commotio cerebri mit leichter Bewusstseinsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_386/2020 vom 24. August 2020 E. 4.3.2) und ist nach dem Gesagten nicht mit einer mTBI vereinbar. Daran ändert nichts, ob beim Beschwerdeführer eine Amnesie vorgelegen hat - wie er gestützt auf die Pflegedokumentation geltend machte (vgl. Urk. 3/3) - oder nicht. Darüber hinaus wäre selbst wenn die mTBI-Diagnose zu stellen wäre, dies nicht mit einer objektiv nachweisbaren Funktionsstörung gleichzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_110/2010 vom 18. März 2010 E. 3.2). Die genaue Diagnosestellung kann jedoch vorliegend offenbleiben, ist sie doch

lediglich im Hinblick auf die anzuwendende Adäquanzprüfung von Bedeutung (vgl. nachfolgende E.

6.1). 5.4

Insgesamt ist somit festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Fallabschlusses keine organisch ausgewiesenen Unfallfolgen mehr mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Ob eine Commotio cerebri bzw. eine mTBI

vorliegt, kann indes offenbleiben, wie nachfolgend dargelegt wird. 6. 6.1

Ein Leistungsanspruch bestünde nur dann, wenn die zum Zeitpunkt des Fallabschlusses weiterhin bestehenden, nicht organisch ausgewiesenen Beschwerden (darunter Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Aufmerksamkeitschwierigkeiten etc.) nicht nur natürlich, sondern auch adäquat kausal auf das Unfallereignis zurückzuführen sind.

Eine leichte Commotio cerebri mit dem GCS-Wert von 15 Punkten, wie dies von den Erstbehandlern im Spital Z.\_\_\_\_

festgehalten wurde (vgl. E. 3.1), genügt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich nicht für die Anwendung der Adäquanzbeurteilung gemäss Schleudertraumapraxi (Urteil des Bundesgerichts 8C\_386/2020 vom 24. August 2020 E. 4.3.2

m.w.H.). Ob die Adäquanz anhand der Psychopraxis oder gemäss der (für den Beschwerdeführer vorteilhafteren) Schleudertraumapraxi zu beurteilen ist, ist vorliegend indessen ohne Belang, da selbst bei Anwendung der Schleudertraumapraxi die Adäquanz zu verneinen ist: 6.2

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine

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

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: • besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; • die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; • fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; • erhebliche Beschwerden; • ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; • schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; • erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/ aa und 367 E. 6a). 6. 3

Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_387/2018 vom 16. November 2018 E. 4.4.2 mit Hinweisen). Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (BGE 148 V 301 E. 4.3.1 mit Hinweisen). 6. 4

Der Beschwerdeführer führte aus, dass der Unfall als mittlerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren einzuordnen sei ( Urk. 1 S. 12 ), wohingegen die Beschwerdegegnerin von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen, höchstens jedoch von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne ausging ( Urk. 1 S. 14 ).

Aus den Akten ergibt sich gemäss Schilderungen des Beschwerdeführers , dass er mit seinem E-Bike auf eine Kreuzung zufuhr. Eine Autofahrerin habe ihn nicht gesehen und sei ebenfalls auf die Kreuzung zugefahren. Er habe nicht mehr bremsen können und sei mit

grosser Wucht seitlich auf das Auto geprallt (Urk.

8/208) . Gemäss Polizeirapport ( Urk. 8/87) sei der Beschwerdeführer laut eigenen Angaben mit einer gedrosselten Geschwindigkeit von 25 km/h unterwegs gewesen . Die Lenkerin habe ausgesagt , dass sie an der Kreuzung niemanden gesehen habe, es dann einen Schlag gegeben habe und der Beschwerdeführer alsdann auf ihrer Motorhaube gelegen habe (S. 3). Den Zusammenprall mit der Frontscheibe des Fahrzeugs belegen ebenfalls die vom Beschwerdeführer eingereichten Fotos (vgl. Urk. 13/2 und Urk. 13/3) .

Vorab ist festzuhalten, dass das vom Beschwerdeführer erwähnte Urteil des Bundesgerichts 8C\_381/2011 vom 1. Dezember 2011

vorliegend nicht einschlägig ist . Zum einen handelte es sich beim Geschädigten um einen Mofa - - und nicht um einen Fahrradfahrer ; zum anderen wurde dieser - im Unterschied zum Beschwerdeführer - durch die Luft geschleudert und es fand kein Zusammenprall des Körpers mit dem Fahrzeug statt (a.a.O. E. 3.1) .

Ebenfalls nicht mit dem vorliegenden Unfallhergang vergleichbar ist das vom Beschwerdeführer ins Recht gelegte Urteil des Bundesgerichts 8C\_698/2022 vom 3. Mai 2023 , handelte es sich dabei doch um einen Motorradfahrer , der mit ca. 80 km/h ins Heck eines Autos

fuhr , anschliessend durch die Luft geschleudert wurde, sich dreimal überschlug und schliesslich auf die Strasse prallte, wobei der Helm gespalten wurde (a.a.O. E.

6.3.1). Es ist offensichtlich, dass die beim Beschwerdeführer vorherrschenden Kräfte nicht damit vergleichbar sind , da er lediglich mit maximal 25 km/h unterwegs war und nicht durch die Luft geschleudert wurde.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gelten Unfälle, bei denen Velofahrer von einem Auto angefahren wurden, häufig als mittelschwere Ereignisse im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_62/2013 vom 11. September 2013 E. 7.3 m.w.H. ), wurden bisweilen aber auch als mittel schwer im mittleren Bereich taxiert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_344/2021 vom 7. Dezember 2021 E. 9.2.2). Der vorliegende Unfallhergang ist vergleichbar mit demjenigen , welcher dem genannten Urteil 8C\_344/2021 zugrunde lag , bei dem der versicherte Fahrradfahrer mit ca. 28

km/h fuhr, als ein Auto von rechts in die von ihm befahrene Strasse einbog. Der Versicherte kollidierte mit diesem Auto, wobei er über dessen Motorhaube flog (a.a.O. E. 9.2.1).

Vorliegend flog zwar der Beschwerdeführer nicht über die Motorhaube, sondern prallte mit dieser zusammen . Dennoch zeugen die Fotos der zersprungenen Frontscheibe des Personewagens sowie der Sprung im Helm des Beschwerdeführers von vergleichbaren Kräften (vgl. Urk.

13/2-3) .

Insgesamt ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Unfall als mittelschweren Unfall im engeren Sinne einstufte.

Es müssen somit mindestens drei der obengenannten Kriterien (vgl. E. 6.2) erfüllt sein oder eines besonders ausgeprägt vorliegen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_344/2021 vom 7. Dezember 2021 E.

**E. 8**

/114 /2-4 ) folgende Diagnosen auf (S. 1): - Velounfall am 5. Mai 2021 mit Gehirnerschütterung ( m TBI ) mit kurzer Bewusstlosigkeit - mit persistierenden Beschwerden: Kopfschmerzen, Konzentrationsstö rungen, Schlafstörungen - mit dislozierten links dorsalen Rippenfrak t uren der Rippen VI-VIII - mit bilateraler peripherer Nasenbeinfraktur - mit aktenanamnestisch V.a. nicht dislozierte Fibula f raktur rechts - initial mit aktiver Blutung im Bereich des linken Os Iliums

Seit dem Unfall beständen bis heute Schwierigkeiten beim Einschlafen und Durchschlafen. Die Belastbarkeit sei reduziert. Das Lesen längerer Texte sei ein geschränkt. Nach etwa zwei Stunden Tätigkeit am Computer benötige der Beschwerdeführer eine Stunde Pause. Er sei bemüht gewesen, seine Arbeitsfähig keit möglichst schnell zu steigern. Die s sei zunächst recht gut gelungen. Der Ver such, die Arbeitsfähigkeit auf 70 % zu steigern , habe im März 2022 zu verstärkten Kopfschmerzen und zu verstärkten Schlafstörungen und im speziellen zu einer ausgeprägten Erschöpfung geführt . Beim Unfall könne sich der Beschwerdeführer an einen Grossteil des Herganges erinnern, es fehle ihm allerdings die Erinnerung an wenige Minuten nach dem Aufprall. Übelkeit oder Schwindel seien nicht auf getreten (S. 1). Es sei zu einer Gehirnerschütterung gekommen. Bis heute be st än den beträch tliche Einschränkungen im Alltag. Speziell die v ersuchte langsame Erhöhung der Arbeitsfähigkeit habe nun zu einem Erschöpfungszustand geführt, weshalb er ihm neu eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgestellt und einen sta tionären Rehabilitationsaufenthalt empfohlen habe (S. 2).

## **E. 10**

m . w . H . ). 6.5 6.5.1

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (vgl. BGE 140 V 356 E. 5.6.1 mit Hinweisen).

Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Ereignis eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (nicht publ. E. 3.5.1 des Urteils BGE

137

V

199 ). Vorliegend bestehen keine Anhaltspunkte, welche dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit belegen würden.

Aus dem vom Beschwerdeführer zitierten Urteil des Bundesgerichts 8C\_134/2015 vom 14. September 2015 kann er nichts zu seinen Gunsten ableiten, wurde die Versi cherte dort im Unterschied zum Beschwerdeführer beim Unfall mit dem Motorrad rund zehn Meter durch die Luft geschleudert (a.a.O. E. 5.3.2). 6.5.2

Die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kri teriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Zur Bejahung dieses Kriteriums bedarf es einer besonderen Schwere der für das Schleuder trauma beziehungsweise für die adäquanzrechtlich äquivalente Verletzung typi schen Beschwerden oder besonderer Umstände, die das Beschwerdebild beeinflus sen können. Es kann sich dabei zum Beispiel um eine beim Unfall eingenommene spezielle Körperhaltung und die dadurch bewirkten

Komplikationen handeln. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädel-Hirn trauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein ( BGE 134 V 109 E. 10.2.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_651/2016 vom 15. Dezember 2016 E. 5.7.2).

Auch wenn der Beschwerdeführer unfallbedingt verschiedene Verletzungen (ins besondere Rippenfrakturen , eine

Nasenbeinfraktur [ Urk. 8/8 ] sowie einen Zahn schaden [ Urk. 8/11 ])

erlitten hat , können diese nicht als Umstände bezeichnet werden ,

die besonders geeignet wären , das vorliegend e Beschwerdebild zu beein flussen , weshalb das Kriterium als nicht erfüllt zu betrachten ist. 6.5.3

Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung bis zum Fallabschluss ( BGE 134 V 109 E. 10.2.3) bedingt, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer. Bloss ärtzliche Verlaufskontrollen und Abklärungsmassnahmen sowie manualtherapeutische und medikamentöse Behandlungen vermögen das Krite rium nicht zu erfüllen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_582/2021 vom 11. Januar 2022 E. 12.5 und 8C\_627/2020 vom 10. Dezember 2020 E. 4.1.2, je mit Hinweisen ). Dies gilt auch für ärztlich/physiotherapeutische Behandlungen, medizinische Trainingstherapie sowie für einen stationären Aufenthalt in einer Rehaklinik, soweit sich die Behandlungen in einem nach HWS-Distorsionen üblichen Umfang bewegen. Insbesondere können Behandlungen mit Massage, Heimgymnastik, Atlasterapie, Kraniosakraltherapie, Neuraltherapie sowie Kortisoninfiltration oder Lymphdrainage nicht als überdurchschnittlich belastend im Sinne der Rechtsprechung bezeichnet werden; praxisgemäss werden an dieses Kriterium deutlich höhere Anforderungen gestellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_635/2013 vom 9. April 2014 E. 4.4.3 mit Hinweis ). Daran ändert auch nichts, wenn Schmerzmittel verabreicht oder Psychopharmaka eingenommen wurden und letztere allenfalls Nebenwirkungen aufwiesen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.3.2 und 8C\_29/2010 vom 27. Mai 2010 E. 5.3).

Der Beschwerdeführer nahm bis zum Fallabschluss insbesondere regelmässige Verlaufskontrollen beim behandelnden Neurologen wahr ( vgl. etwa

Urk. 8/88) . Zudem erfolgten manualtherapeutische sowie

medikamentöse Therapie n

(vgl. Urk. 8/99) . Insgesamt verlief

die ärztliche Behandlung unauffällig und dauerte nicht ungewöhnlich lange. Dabei ist festzuhalten, dass eine Behandlungsbedürftigkeit (in Form medikamentöser Schmerz- und Physiotherapie) während zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS respektive äquivalenten Ver letzungen mit ähnlichem Beschwerdebild durchaus üblich ist, sodass das Krite rium der ungewöhnlichen Dauer der ärztlichen Behandlung bei der vorliegend massgeblichen gut einjährigen Behandlung bis Fallabschluss nicht erfüllt ist ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_402/2007 vom 23. April 2008 E. 5.2.3

m.w.H . ). 6.5.4

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, lag aktenkundig nicht vor. Genauso wenig haben ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen vorgelegen. 6.5.5

Was das Kriterium der erheblichen Beschwerden betrifft, gilt es zu berücksichtigen, dass adäquanzrelevant nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein

können. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_616/2016 vom 4. November 2016 E. 9

mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 10.2.4).

Vorliegend ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer abgesehen von Konzentrationsschwierigkeiten auch in Ruhe permanent unter Kopfschmerzen leidet, welche unter körperlicher oder kognitiver Belastung jeweils rasch exazerbieren (Urk. 8/114). In Anbetracht der dauernden Kopfschmerzen kann das Kriterium als erfüllt betrachtet werden, jedoch nicht in ausgeprägter Form (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_402/2007 vom 23. April 2008 E. 5.2.5). 6.5.6

Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen anbelangt, gilt es dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS (und punkto Adäquanzbeurteilung gleich zu behandelnden Verletzungen) ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 7.7.1 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E.

10.2.7).

Der Beschwerdeführer war bemüht, sich wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern, nachdem er nach dem Unfall lediglich für rund drei Wochen zu 100 % arbeitsunfähig gewesen war. Anschliessend konnte er das Pensum bereits auf 50 % erhöhen (Urk. 8/25) und auch einige Monate halten. Ab 1. September 2021 wurde die Arbeitsunfähigkeit versuchsweise auf 40 % reduziert (Urk. 8/34), im November 2021 auf 30 % (Urk. 8/58) und im Januar 2022 auf 20 % (Urk. 8/69). Dies führte jedoch beim Beschwerdeführer zu vermehrten Beschwerden, weshalb die Arbeitsunfähigkeit wieder erhöht wurde (Urk. 8/88). Zum Zeitpunkt des Fallabschlusses lag noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor (Urk. 8/99). Insgesamt ist somit das Kriterium erfüllt. Bemühungen, die eindeutig über das im Normalfall zu erwartende Ausmass hinausgehen, sind nicht zu erkennen, weshalb das Kriterium nicht in ausgeprägter Weise erfüllt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.7.2). 6.6

Insgesamt sind somit nur zwei Kriterien in nicht ausgeprägter Weise erfüllt. Das genügt beim gegebenen Schweregrad des Unfalles nicht für die Bejahung der Adäquanz. 7.

Nach dem Gesagten stehen die vom Beschwerdeführer weiterhin beklagten Gesundheitsstörungen damit in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 5. Mai 2021. Damit erübrigt sich die Prüfung der natürlichen Kausalität (BGE 148 V 301 E. 4.5.1 mit Hinweisen). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 20. April 2022 einstellte. 8.

Der Beschwerdeführer verlangte schliesslich, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm Fr. 2'000.-- Abklärungskosten zu bezahlen (Urk. 1 S. 2). Wie aufgezeigt, wurde der Sachverhalt durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt und vermochte die vom Beschwerdeführer veranlasste Aktenbeurteilung durch Prof.

E. (Urk. 3/5) für das vorliegende Verfahren insbesondere keine Erkenntnisse liefern, aufgrund derer die medizinischen Abklärungen der Beschwerdegegnerin in Zweifel zu ziehen wären. Die Kosten für das Parteigutachten hat die Beschwerdegegnerin daher nicht zu übernehmen. 9.

Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Lerch - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diese Entscheidung 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Langone

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