

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00054 vom 14. Februar 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-02-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2024.00054

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00054 du 14 février 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2024.00054 del 14 febbraio 2025

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1989, bezog ab 3. Oktober 2022 Arbeitslosentaggelder (Urk. 7/20) und war infolgedessen bei der Suva obligatorisch gegen die Folgen von Unfall versichert, als er am 13. Oktober 2022 in ein e

körperliche Auseinandersetzung mit mehreren Personen verwickelt und mit einem Messer verletzt wurde (Urk. 7/1, 7/6/2 und 7/30/1).

Die unmittelbar hierauf erfolgte

Hospitalisation im Y.____ dauerte bis 15. Oktober 2022. Im vorläufigen Entlassungsbrief wurden die Diagnosen Schnittverletzungen am linken proximalen Oberschenkel, Schädelprellung mit Halswirbelsäulen-Distorsion, Schulterprellung rechts und Handprellung beidseitig gestellt (Urk. 7/6/1).

Der Beschwerdeführer klagte in der Folge über persistierende Oberschenkelschmerzen (etwa Urk. 7/75/2).

Die Suva erbrachte nach Klärung des Anspruchs auf Arbeitslosenentschädigung (Urk. 7/15) sowie des Unfallhergangs (Urk. 7/29-30, 7/33)

die vorübergehenden Leistungen (Taggelder und Heilkosten, vgl. Urk. 7/26, 7/38 und 7/118). Gestützt auf die Aktenbeurteilungen des internen Versicherungsmediziners Dr. med. Z.____, Facharzt für Neurologie, vom 5. und 31. Oktober 2023 (Urk. 7/92 und 7/96) schloss die Suva den Fall mit Verfügung vom 8. November 2023 per sofort ab und verneinte eine über diesen Zeitpunkt hinausgehende Leistungspflicht mangels eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 13. Oktober 2022 und den weiterhin geklagten Beschwerden

(Urk. 7/100). Dagegen erhob der Versicherte am 13. November 2023 Einsprache unter Hinweis auf einen Termin beim Spezialisten am 20. November 2023 (Urk. 7/103). Mit Einspracheentscheid vom 28. Februar 2024 wies die Suva die Einsprache ab (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 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 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des Referenzalters ereignet hat (Art.

18

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). Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall dabei 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).

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 bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

E. 1.3

Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens

ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Unfallversicherung die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität aufgrund des Erreichens des Zustands, wie er vor dem Unfall bestand oder sich ohne diesen ergeben hätte (Status quo sine vel ante). Dabei hat der Unfallversicherer nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen; entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_80/2021 vom 7. Juli 2021).

E.

E. 2

und 6) ; der Beschwerdeführer sah diese in den Berichten seiner Behandler bestätigt (vgl. Urk. 1).

E. 2.2

mit diversen Hinweisen). 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_179/2023 vom 20. Oktober 2023 E. 4.1) .

E. 3

Im Bericht des A.____ vom 1. Februar 2023 (Urk. 7/61)

wurde festgehalten, der Beschwerdeführer berichte, er habe insbesondere beim Gehen und Sitzen kein Gespür der Haut mit begleitenden diffus ausstrahlenden Schmerzen auf dem dorsolateralen Oberschenkel lokalisiert. Er habe bereits zwei Physiotherapien absolviert, in welchen er lediglich Massagen erhalten habe. Schmerzmittel nehme er nicht ein, weil er dies nicht wolle. Klinisch zeige sich ein leicht hinkendes Gangbild im Sinne einer Schonhaltung links. Das Tinel-Zeichen sei nicht pathologisch. Lokal bestehe eine diffuse Druckdolenz, insbesondere im Bereich des dorsolateralen Oberschenkels mittlerer Höhe. Es zeige sich eine Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur (links < rechts). Ansonsten seien die periphere Sensomotorik und Durchblutung intakt.

In einer Gesamtschau mit den Bildbefunden vom 31. Januar 2023 informierten die Ärzte den Beschwerdeführer dahingehend, dass keine tieferliegenden Strukturen betroffen seien. Die Anästhesie des Nervus

cutaneus

femoris

posterior sei durch den MRI-Befund aktuell gut zu erklären. Ob sich dieser wieder erhole, könne nicht vollständig vorhergesehen werden. Man verschreibe eine erneute Physiotherapieverordnung mit Gangschulung und Muskelaufbautraining bei betroffenem Quadriceps- sowie Hamstrings-Hypotrophie im Seitenvergleich. Eine weitere Diagnostik bezüglich Nervenfunktion wünsche der Beschwerdeführer nicht. Gegebenenfalls könne er sich im Verlauf über den Hausarzt für eine Untersuchung der Nervenleitgeschwindigkeit aufbieten lassen.

Die Ärzte fügten an, prinzipiell sei der Beschwerdeführer nach Massage der Beschwerden voll arbeitsfähig und belastbar. Aktuell wolle er keine Analgetika einnehmen, was im Verlauf zu reevaluieren sei. Der Hausarzt habe ihn bis Ende Februar 2023 krankgeschrieben. Es werde empfohlen, dass jener

nach Durchführung der Gangschulung und begleitender Physiotherapie Ende Februar 2023 eine klinische Verlaufskontrolle durchführe und die Arbeitsunfähigkeit reevaluiere (vgl. Urk. 7/53).

E. 3.1

Dem vorläufigen Entlassungsbrief des Y.____s vom 15. Oktober 2022 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei mit einem Messer im Bereich des linken Oberschenkels verletzt worden, wodurch drei oberflächliche Schnittwunden lateralseitig am proximalen Oberschenkel entstanden seien. Im Aufnahmebefund heisst es dazu : zwei oberflächliche Schnittwunden im Bereich des Gesässes, jeweils ca. 4.5 und 7 cm lang; keine Beteiligung der unter liegenden Strukturen; kein Fremdkörpernachweis im Bereich der Wunde; die Wundränder gestalten sich reizlos ; keine aktive Blutung; ansonsten keine Auffälligkeiten der Haut; der Patient kann sich selbständig und ohne Gehhilfen problemlos mobilisieren ; restliche Extremitäten unauffällig; periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität (pdMS) intakt. Nach unauffälligem und asymptomatischem Verlauf erfolgte die Entlassung nach Hause bei subjektivem Wohlbefinden und guter Mobilität (Urk. 7/6).

E. 3.2

Nach

der Konsultation vom 19. Januar 2023 im Kantonsspital A.____ , Klinik für Orthopädie und Traumatologie, (Urk. 7/54), wurde am 31.

Januar 2023 zunächst ein MR des linken Oberschenkels zur Abklärung einer allfälligen Nerven-/Muskelläsion durchgeführt.

Im MR- Bericht wurde festgehalten, es bestünden narbige kutane/subkutane Veränderungen dorsalseitig sowie lateral seitig am proximalen Oberschenkel links, die bis zur oberflächlichen Muskelfaszie des Musculus vastus

lateralis bzw. Musculus biceps

femoris reichen würden. Es scheine, die Messerstich-bedingten narbigen Veränderungen würden einen peripheren subkutan verlaufenden Ast des Nervus

cutaneus

femoris

posterior involvieren, der distal der Messerstichstelle etwas signalgesteigert imponiere.

Der Nervus ischiadicus sei unauffällig. Die Darstellung der miterfassten Hamstring -Muskulatur und -sehnen sei bis auf ein kleinflächiges Ödem im posterioren Aspekt des Musculus semitendinosus unauffällig (Urk. 7/52).

E. 3.4

Der Beschwerdeführer stellte sich hierauf für eine Zweitmeinung in der Klinik B.____ , Abteilung für Hüft- und Kniechirurgie, vor. Zum Untersuchungsbefund vom 14. Juni 2023 wurde festgehalten, es bestünden ein leichtes Schonhinken links und drei verheilte Narben am posterolateralen Oberschenkel proximal . In diesem Bereich bestehe eine starke Druckdolenz . Es werde eine Hyposensibilität am gesamten dorsalen Oberschenkel angegeben. Die Knie- und Hüftuntersuchung seien unauffällig, wobei bei starker Flexion der Hüfte am dorsalen Oberschenkel Schmerzen angegeben würden. Die Hamstrings -Aktivierung sei schmerzhaft, ebenso die Abduktion gegen Widerstand in Seitenlage (Urk. 7/67).

E. 3.5

Nach Bezug der Vorakten wurde im Bericht

der Klinik B.____

vom 3.

August 2023 ein unveränderter Untersuchungsbefund wiedergegeben und alsdann aus geführt, anamnestisch leide der Beschwerdeführer seit einer Messerattacke an persistierenden linksseitigen Oberschenkelschmerzen, die teilweise bis in den linken Unterschenkel ausstrahlen würden. Zudem bestehe ein Taubheitsgefühl, das für ihn störend sei. Aktuell nehme er keine Analgesie, da diese nur wenig Beschwerdebesserung erbracht hätte. Die Beschwerden seien am ehesten durch eine neurale Reizung zu erklären, die zu einem neuropathischen Schmerz

geführt habe. MR-tomographisch seien die Einstichstellen im Januar [2023] unauffällig gewesen, lokal nicht infektverdächtig. Die bereits im A.____ empfohlene neurologische Abklärung sei noch nicht erfolgt. Man empfehle eine weiterführende Abklärung beim Neurologen. Unterdessen sei eine Analgesie mit Lyrica zu beginnen sowie eine Therapie mit Redoxon 1 g für insgesamt sechs Wochen durchzuführen, entsprechende Rezepte würden mitgegeben (Urk. 7/75).

E. 6

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, berichtete am 12.

September 2023, es sei eine weitere neurologische Untersuchung eingeleitet worden; eventuell sei eine (mikro)chirurgische operative Behandlung durchzuführen (Urk. 7/85/3 f.). 3.

E. 7

Am 15. September 2023 liess sich der Beschwerdeführer von der Neurologin Dr. med. D.____ untersuchen. Sie diagnostizierte im Bericht vom 16.

September 2023 eine Läsion des Nervus

cutaneus

femoris

lateralis

posterior links unklarer Ursache. Zur Anamnese hielt sie fest, das hinkende Gangbild beim Betreten des Zimmers erkläre der Beschwerdeführer mit einer Lumboischialgie, die erst seit Kurzem bestehe und die er nicht genauer abgeklärt haben wolle. Ihm gehe es um die Sensibilitätsstörung seit den Messerstichverletzungen im Oktober 2022. Er beschreibe eine Hypo- bis Anästhesie des rückseitigen Oberschenkels, kombiniert mit einer Allodynie. Wenn er sich hinsetze oder es zu Berührungen der Oberschenkelrückseite komme, schmerze das Areal. Auch komme es spontan immer wieder zu elektrisierenden Schmerzen bei gleichzeitig ausgeprägter Taubheit. Er beschreibe das Auftreten nach den Messerstichverletzungen, anfangs etwas gebessert, nun aber seit langem gleichbleibend. Er beschreibe keine Muskelschwäche, die Gangstörung bestehe erst seit kurzem aufgrund einer nach links bis in den linken dorsalen Unterschenkel ausstrahlenden Lumboischialgie. Nachts wache er aufgrund der Schmerzen immer wieder auf, dies sei ca. vier- bis fünfmal pro Woche der Fall. Er habe verschiedene Schmerzmittel eingenommen und lokale Massnahmen appliziert, könne aber nicht sagen welche. Im Laufe der Konsultation werde ersichtlich, dass bei zunehmender Manipulation des betroffenen Areals die Schmerzen

zunehmen würden – er könne kaum mehr normal sitzen oder sich hinlegen.

Zum klinischen Befund hielt die Neurologin im Wesentlichen fest: Gangbild mit Schonhinken links, diffuser Druckschmerz in der ischiokruralen Region links, Einzelkraftprüfung aufgrund Schmerzen und Kooperation nur eingeschränkt möglich und Hüftabduktion links nicht sicher vollkräftig. Es sei ein klar umschriebenes hypästhetisches Areal abgrenzbar, mit gleichzeitig ausgeprägter Allodynie, die gesamte Oberschenkelrückseite betreffend, noch etwa 5 bis 7 cm nach distal der Kniekehle reichend, ebenfalls dorsal, nach proximal unter knapper Aussparung der Perianalregion noch bis in den Gesässbereich nach kranial reichend, damit ziemlich genau dem Innervationsgebiet des Nervus

femoralis

cutaneus

posterior entsprechend.

Die

Nerven-Muskel-Sonographie

zeigt bezüglich der beiden lateralen Narben zudem eine unauffällige Faszien- und darunterliegende Muskelstruktur, keine Raumforderung, keinen Hinweis auf ein Narbeneurom oder ähnliches. Im Bereich der weiter kranial und dorsal liegenden Narbe fand sich eine senkrecht in die Tiefe reichende schmale Hypoechogenität, mit schalldichtem Randsaum, ohne raumfordernden Effekt, normalen Umgebungsstrukturen, nur leicht durchschmerzhaft, ebenfalls ohne Alterationen des umgebenden Muskels oder Bindegewebes und ohne Hinweis auf ein Narbenurom.

Dr. D.____

erörtere dazu, die Anamnese- und Befunderhebung sei teils durch die Sprachbarriere, teils dadurch erschwert gewesen sei, dass der Beschwerdeführer bestimmte Themen und Untersuchungen abgelehnt habe. Eine genauere Anamneseerhebung bezüglich der Lumboischialgie, die bezüglich Schmerz ausstrahlung einem S1-Syndrom links entspreche, aber keine sicheren sensomotorischen Ausfälle zeige, sei nicht möglich. Auch lehne er eine Elektro-myographie (EMG), um eine motorische Mitbeteiligung und Ausdehnung möglicher motorischer Läsionen zu untersuchen, ab. Es bestehe klar eine ausgeprägte Hypästhesie mit Allodynie im gesamten Innervationsgebiet des Nervus

cutaneus

femoris

posterior. Aufgrund der proximalen Ausdehnung nach proximal über den Unterrand des Musculus gluteus maximus hinaus seien auch die Nervi clunium

inferioris mitbetroffen. Einen direkten Zusammenhang mit den Schnittverletzungen könne sie nicht herstellen, da diese zu weit distal liegen würden, wobei sie auch nicht ausschließen könne, dass über die drei Schnittverletzungen hinausgehende Verletzungen vorgelegen hätten; zumindest gebe der Beschwerdeführer klar an, dass die Sensibilitätsstörungen direkt nach dem Trauma aufgetreten seien. Sie empfehle diesbezüglich ein MRI der linken Hüfte/des Beckens mit Darstellung des Foramen ischiadicum und proximal und des proximalen Oberschenkels. Eine radikuläre Genese halte

sie aufgrund der Verteilung und Ausprägung der Sensibilitätsstörung für unwahrscheinlich, da aber nun ausserdem eine Lumboischialgie mit Ausstrahlung ins S1-Gebiet bestehe, wäre dies zumindest anzudenken. Hier würde vielleicht eine EMG weiterhelfen. Da der Beschwerdeführer doch sehr schmerzgeplagt und eingeschränkt sei, habe sie ihm entweder eine systemische oder Lokalthherapie, z.B. mit Pregabalin oder aber Lidocain lokal empfohlen. Da er nicht wisse, welche Schmerzmittel er genommen habe, bitte sie darum, dies mit ihm zu besprechen. Zudem wäre sie dankbar, man könnte ihr eventuell vorhandene MRI-Untersuchungen zur Verfügung stellen (Urk. 7/88). 3.

E. 8

Gestützt auf die zitierten medizinischen Unterlagen nahm am 5. Oktober 2023 der Versicherungsmediziner der Beschwerdegegnerin, Dr. med. Z.____, Facharzt für Neurologie, eine Aktenbeurteilung vor. Er konstatierte, die MR-Darstellung des Oberschenkels links vom 31. Januar 2023 stelle keine eigentliche MR-Neurografie dar; der fachärztlich-radiologische Befund bezüglich fehlender Hinweise auf eine namhafte Schädigung der dargestellten neuronalen Strukturen könne in der aktuellen neurologischen Mitbeurteilung der Aufnahmen nachvollzogen werden; die Befundbeschreibung und Beurteilung beschreibe ausschliesslich einen Verdacht auf eine Involvierung eines peripheren, subkutan verlaufenden Astes des Nervus

cutaneus

femoris

posterior links.

In der fachärztlich-neurologischen Untersuchung am 15. September 2023 sei der Versicherte nicht ausreichend kooperativ gewesen und habe eine EMG verweigert. Soweit er sich habe befragen und untersuchen lassen, habe Dr. D.____ keinen Kausalzusammenhang zwischen den (subjektiv invalidisierenden) Beschwerden des Beschwerdeführers und den dokumentierten drei Schnittverletzungen im Bereich des linken Beines herstellen können. Somit sei aus neurologischer versicherungsmedizinischer Sicht eine namhafte und zum Ereignis vom 13. Oktober 2023 unfallkausale Schädigung peripher-neurologischer Strukturen nicht wahrscheinlich. Die vom Beschwerdeführer insbesondere im Laufe des gesamten Jahres 2023 präsentierten Beschwerden und subjektiven Einbussen könnten nicht mit einer nachweisbaren namhaften und unfallbedingten Nervenschädigung erklärt werden. Spätestens seit dem 15. September 2023 sei somit eine unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr begründbar. Vor dem Hintergrund der von Dr. D.____ begründeten fehlenden wahrscheinlichen Unfallkausalität seien keine weiteren Abklärungen bezüglich möglicher Unfallfolgen indiziert und keine Behandlungen zulasten der Beschwerdegegnerin erforderlich (Urk. 7/92/2 f.).

Ergänzend führte Dr. Z.____ am 31. Dezember 2023 aus, in der medizinischen Dokumentation finde sich ein MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 26. Februar 2019, das bei klinischer Angabe von anhaltenden Nacken- und Lendenbeschwerden nach Wirbelsäulen-Trauma bei Auffahr-Unfall angefertigt worden sei. Darin würden keine namhaft krankheits- oder traumatisch bedingten pathologischen Befunde beschrieben. Ein MRI der Halswirbelsäule (HWS) habe der Beschwerdeführer damals ausdrücklich nicht gewünscht. Im ambulanten HWS-Assessment in der Rehaklinik E.____ am 28. März 2019 sei beim Beschwerdeführer kein namhafter pathologischer Befund im Bereich der LWS und der unteren Extremitäten beschrieben bei Beschreibung eines nicht adäquaten Schmerz

verhalten s . Somit sei bezüglich der vom Beschwerdeführer in der neurologischen Untersuchung vom 1 5. September 2023 erstmals angegebenen, seit kurzem bestehenden « Lumboischialgie » von einem krankheitsbedingten Vorzustand bezüglich derartiger Beschwerden im Februar 2019 auszugehen (Urk. 7/96). 3.

E. 9

).

Im Bericht zum MRI vom 3 1. Januar 2023 wurde n die narbigen Veränderungen , welche einen peripheren subkutan verlaufenden Ast des Nervus

cutaneus

femoris

posterior (der distal der Messerstichstelle etwas signalgesteigert imponier te) zu involviere n schienen , als M esserstich-bedingt bezeichnet. Im posterioren Aspekt des Musculus semitendinosus zeigte sich damals zudem ein kleinflächiges Ödem (vgl. E. 3.2). Im Bericht des A.____ vom 1. Februar 2023 wurde sodann

eine Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur beschrieben und konstatiert , dass die Anästhes ie des Nervus

cutaneus

femoris

posterior durch den MRI-Befund akt u ell gut zu erklären sei und unklar sei, ob sich dieser erhole. Gegebenenfalls könne sich der Beschwerdeführer zu einer

Untersuchung der Nervenleitges c hwindigkeit aufbieten lassen . Dabei wurde dieser als prinzipiell voll, aber doch nur nach Massgabe der Beschwerden arbeitsfähig erachtet und empf o hlen , eine Schmerz medikation zu reevaluierten (vgl. E. 3.3). 4.4

Zwar vermochten die bisherigen medizinischen Abklärungen einen Kausal zusammenhang der vom Beschwerdeführer am linken Bein geklagten Beschwerden mit der am 1 3. Oktober 2022 erlittenen Stichverletzung nicht zu belegen. Von einem lückenlosen Befund kann indessen noch nicht gesprochen werden, war doch, wie Dr. Z.____ bestätigte, der Beschwerdeführer bei der neurologischen Untersuchung am 1 5. September 2023 nicht ausreichend kooperativ, verweigerte die von der Neurologin Dr. D.____ zur Abklärung einer allfälligen motorischen Mitbeteiligung in Aussicht genommene EMG-Untersuchung (E. 3.7) und wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass diverse Untersuchungen - mangels Einwilligung des Versicherten - nicht durchgeführt worden seien. Wenn auch die bislang gewonnenen Erkenntnisse gegen eine Mit beteiligung tiefer liegender Strukturen sprechen (vgl. E. 3.2-3.3), der Beschwerdeführer eine Muskelschwäche nicht beschrieb (E. 3.7) und auch der behandelnde Dr. F.____ einzig einen Verdacht auf eine mögliche Nervenläsion nannte (E. 3.9), kann damit nicht ausgeschlossen werden, dass ergänzende neurologische Abklärungen neue Erkenntnisse zeitigen könnten.

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen

Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Aus künfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte

sind schriftlich festzuhalten. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig

und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen gemäss Art. 43 Abs. 2 ATSG zu unterziehen.

Können die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder

Mitwirkungspflichten in unentgeltlicher Weise nicht nach, so kann der Versicherungsträger in Anwendung

von Art. 43 Abs. 3 ATSG aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten

beschliessen. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen

ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_236/2021 vom 3. September 2021 E. 2.1).

Folglich kann dem Beschwerdeführer nicht zur Last gelegt werden, dass er bis anhin nicht alle ihm vorgeschlagenen Untersuchungen durchführen liess, da diese nicht von der Beschwerdegegnerin angeordnet wurden und er dem entsprechend auch nicht von ihr gemahnt werden konnte. 5.

Nach dem Ausgeführten ist der angefochtene Entscheid aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach Durchführung ergänzender neurologischer

Abklärungen neu über eine über den 8. November 2023 hinausgehende Leistungspflicht verfüge. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 28. Februar 2024 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über eine über den 8. November 2023 hinaus bestehende Leistungspflicht verfüge. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin

PhilippBonetti

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