

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00048

vom 16. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00048

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00048 du 16 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00048 del 16 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

X.____ ,

geboren 19 77 , war seit 1. Februar 2009 bei der Z.____ als Projektleiter tätig und damit bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch unfallversichert. Am 27. September 2010 prallte ihm ein Fenster gegen den Kopf (Urk.

13/1, Urk. 13/5) und verletzte ihn im Gesicht und am Rücken (Urk. 13/1, Urk. 13/5). Der gleichentags aufgesuchte Dr. med. A.____ , Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte im Bericht vom 13. Dezember 2010 eine vegetative Dystonie und eine Commotio (Urk. 13/3 , Urk. 13/11). Nachdem der Versicherte nach wenigen Tagen

seine Arbeit wieder aufgenommen hatte, war er wegen wiederholter Arbeitsunfähigkeit und anhaltenden Beschwerden vom 6. Juli bis 21. September 2011 in der Klinik B.____ hospitalisiert (Urk. 13/62 , Urk. 13/87-88).

Mit Verfügung vom

E. 1.1

Nach Art.

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit

eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1. 3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 (RKUV 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b mit Hinweisen; nicht publizierte Urteil des Bundesgerichts U 172/94 vom 26. April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S. 45; BGE 119 V 7 E. 3c/aa). 1. 4

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist wie folgt zu differenzieren (BGE 127 V 102 E.

5b/ bb): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS), eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädelhirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa (sogenannte Psycho-Praxis) zur Anwendung. Bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der HWS sowie Schädelhirntraumen, welche mindestens den Schweregrad der Contusio cerebri erreichen (Urteil des Bundesgerichts 8C_270/2011 vom 26. Juli 2011 E. 2.1) wird hingegen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet (sogenannte

Schleudertrauma-Praxis; zum Ganzen: BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen). Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma, eine äquivalente

Verletzung der HWS oder ein Schädelhirntrauma erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (vgl. BGE 119 V 337 E. 1, 117 V 359 E. 4b) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. In diesen Fällen ist die Beurteilung praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall vorzunehmen (BGE 123 V 98 E. 2a; 127 V 102 E. 5b/ bb). Ergibt sich, dass es an der Adäquanz fehlt, erübrigen sich auch Weiterungen zur natürlichen Kausalität (vgl. SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67, U 183/93 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts 8C_70/2009 vom 3. 1. Juli 2009 E. 3 mit Hinweis).

E. 1.5

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 zu rückzuführen 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 Arbeits- beziehungsweise 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 einzubeziehen 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 Eindringlichkeit des Unfalls; - 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 ff.; 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). 1. 6

Die zum Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung wendet das Bundesgericht sinngemäss auch bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und den Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas (BGE 117 V 369 f. E. 4b) oder den Folgen einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung der Halswirbelsäule an (vgl. RKUV 1999 Nr. U 341 S. 408 E. 3b; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

3. November 2011 stellte die SUVA die bis dahin erbrachten Leistungen mangels adäquaten Kausalzusammenhangs per 1. Dezember 2011 ein (Urk. 1

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt den medizinischen Sachverhalt für ausreichend abgeklärt. Sie verneinte einerseits das Vorliegen von objektivierbaren, organischen Unfallfolgen, wobei sie der Cerebellarotolithi keine unfallversicherungsrechtliche Relevanz zu erkannte; andererseits verneinte sie den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den organisch nicht nachweisbaren sowie den psychischen Beschwerden und dem erlittenen Unfall, wobei sie die Adäquanz anhand der Rechtsprechung für psychische Fehlentwicklungen prüfte. Im Weiteren erachtete sie den medizinischen Endzustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses als erreicht (Urk. 2, Urk.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer liess demgegenüber

vortragen (Urk. 1), der Sachverhalt sei unvollständig abgeklärt (S. 5, S. 9), die vorgeschädigte Halswirbelsäule (HWS) sei traumatisiert worden (S. 6 f.), die neurootologischen

und ophthalmologischen

Untersuchungen hätten ein organisches Substrat der Beschwerde ergeben, so dass die Leistungen nicht wegen fehlender Adäquanz abgelehnt werden dürften (S. 7 f.), und schliesslich sei der Endzustand noch nicht erreicht, weshalb der Fallabschluss verfrüht erfolgt sei (S. 9 f.; Urk. 8, Urk.

E. 2.3

Strittig ist somit, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen zu Recht auf den 1. Dezember 2011 hin eingestellt hat. 3.

E. 3

/97).

Die vom zuständigen Krankenversicherer am 25. November 2011 erho bene Einsprache (Urk. 13/104) wurde am 15. Dezember 2011 wieder zurückgezogen (Urk. 13/106).

Die Einsprache des Versicherten vom 28. November 2011 (Urk. 13/103) und deren Ergänzung vom 23. Dezember 2011 (Urk. 13/111) wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 27. Januar 2012 ab; gleichzeitig wurde der Beschwerde gegen diesen Entscheid die aufschiebende Wirkung entzogen (Urk. 13/113 = Urk. 2). 2.

Gegen den Einspracheentscheid vom 27. Januar 2012 liess der Versicherte mit Eingabe vom 22. Februar 2012 Beschwerde erheben

und Antrag stellen , der Entscheid

sei aufzuheben und es seien ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen (Heilungskosten und Unfalltaggelder) zu gewähren ; eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. In prozessualer Hinsicht beantragte er unter anderem, der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zuzuerkennen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-4). Am 4. Mai 2012 liess er Arztzeugnisse nachreichen (Urk.

E. 3.1

Zunächst ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer an organischen Unfallfolgen leidet, wovon dieser mit Blick auf die Diskushernie an der HWS, dem Tinnitus und die Schwindel ausging.

E. 3.2

Dr. A.____ berichtete am 13. Dezember 2010, er habe den Beschwerdeführer am Unfalltag , mithin am 29. September 2010 behandelt. Er nannte als Diagnose eine vegetative Dystonie und eine Commotio, attestierte - rückwirkend bis 4./ 5. Oktober 2010 - eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und überwies den Beschwerdeführer zu weiteren Abklärungen an die Neurologie des Spitals C.____ (Urk. 13/3).

Im Austrittsbericht der Notfallstation des Spitals C.____

vom 29.

September 2010 über die gleichentags durchgeführte ambulante Abklärung wurde festgehalten , dass der Beschwerdeführer über anhaltenden Schwindel (Drehschwindel), Konzentrationstörungen , Kopfschmerzen und Sehstörungen geklagt habe, die sich im Rahmen einer Dystonie nach Commotio erklärten. Die neurologische Untersuchung habe keine Ausfälle

ergeben . Mangels Risikofaktoren für eine intrazerebrale Blutung (ICB) sei auf eine Bildgebung verzichtet worden

(Urk. 13/11).

Im Bericht des Spitals C.____

vom 11. November 2010 war über dies von anhaltender Müdigkeit, Vergesslichkeit und HWS-Schmerzen die Rede. Aufgrund der unauffälligen

Elektroenzephalographie (EEG ; vgl. Urk. 13/18)

und der geklagten Beschwerden wurden nunmehr neben den bereits gestellten Diagnosen auch ein HWS-Distorsionstrauma und ein Status nach Migräne genannt. Die geschilderten

Beschwerden seien gut vereinbar mit einer Commotio cerebri

(Urk. 13/19).

Die zur Abklärung der Problematik an der HWS veranlasste Magnetresonanztomographie vom 15. Dezember 2010 zeigte eine diskrete Diskopathie, aber keinen Hinweis auf posttraumatische Schädigungen (Urk. 13/25).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer hatte wenige Tage nach dem Unfall vom 27. September 2010 seine Arbeit wieder aufgenommen (vgl. Zeugnis von Dr. A. ___ vom 13. Dezember 2010), wurde indes am 10. Dezember 2010 erneut arbeitsunfähig (Urk. 13/4-5).

Wegen seines Wohnortwechsels (vgl. Urk. 13/3 und Urk. 13/24 S. 1 unten) begab er sich deshalb in Behandlung zu Dr. med. D. ___, Innere Medizin FMH. Dieser diagnostizierte am 6. Januar 2011 einen Status nach Commotio und Schleudertrauma mit ausgeprägten Folgeproblemen: Kopfschmerzen und neuropsychologische Probleme und Defizite, Konzentrationsstörungen und emotionale Instabilität. Dr. D. ___ berichtete, der Beschwerdeführer habe eine körperlich weniger belastende Tätigkeit zugeteilt erhalten, die er ab 10. Januar 2011 zu 50 %

aufnehme (Urk. 13/10).

Dieses Pensum steigerte der Beschwerdeführer ab 21. Januar 2011 auf 100 % (vgl. Urk. 13/20; Urk. 13/24 S. 2 unten).

E. 3.4

Im Bericht der Psychologin und des Neuropsychologen der E. ___ vom 24. Juni 2011 wurden leichte kognitive Leistungsdefizite im Bereich der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen und Hinweise auf affektive Begleitsymptome erhoben. Neben der Commotio cerebri und der HWS-Distorsion wurde ein Verdacht auf Anpassungsstörung diagnostiziert (Urk. 13/33).

Dr. med. F. ___, Facharzt für Augenheilkunde FMH, diagnostizierte im Bericht vom 30. August 2011 bei einem Status nach Contusio cerebri einen geringen myopen Astigmatismus und eine im Nahbereich zweitweise dekompenzierende

Exophorie. Den beschriebenen Sehstörungen konnte mit einer Brille erfolgreich begegnet werden (Urk.

13/85). 3.5

Nach der Kündigung des Arbeitsverhältnisses auf den 31. August 2011 (Urk. 13/52/2) und erneuter Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/41) weilte der Beschwerdeführer vom 6. Juli bis 31. August (Urk. 13/62/1) beziehungsweise bis 21. September 2011 in der Klinik B. ___

(Urk. 13/88). Im Austrittsbericht vom 26. September 2011 wurden nach psychiatrischem und otoneurologischem

Konsilium (Urk. 13/86-87) folgende Diagnosen gestellt (Urk. 13/88 S. 1): - Unfall vom 29. September 2010: Schlag auf den Kopf durch Bauteil - leichte traumatische Hirnverletzung - HWS-Distorsion - wahrscheinlich Commotio labyrinthi rechts Daraus folgend - undifferenzierte Somatisierungsstörung - saisonale Rhinitis allergica - Migräne (Erstdiagnose etwa im 18. Lebensjahr)

- Bienengiftallergie - chronische belastungsabhängige Rückenbeschwerden bei anamnestisch Morbus Scheuermann - Persönlichkeitsakzentuierung vom anankastischen Stil

Als Probleme beim Austritt wurden die Vergesslichkeit, Dauerschwindel, Kopf- und Nackenschmerzen, rasche Erschöpfbarkeit, Müdigkeit und die Kündigung angegeben (S. 1)

Gestützt auf die otoneurologische Untersuchung durch Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, SUVA Arbeitsmedizin, vom 27. Juli 2011 (vgl. Urk. 13/86) wurde eine wahrscheinliche Commotio labyrinthi

(posttraumatische Innenohrfunktionsstörung) bei ansonsten unauffälligen neurologischen Status genannt (S. 2). Dazu führte Dr. G.____ aus, die Kausalität der Commotio labyrinthi zum Unfallereignis vom 27. September 2010 sei zu bejahen. Doch seien die daraus resultierenden Störungen des Gleichgewichtssystems nicht erheblich und begründeten weder einen Integritätsschaden noch eine Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 13/86 S. 4-5).

Weiter berichteten die Ärzte der Klinik B.____, die multiplen und wechselnden körperlichen Symptome könnten hinsichtlich Schwere, Ausmass und Vielfalt durch den Unfall nicht vollständig erklärt werden. Das klinische Bild der Persönlichkeitsakzentuierung imponiere durch übermässige Leistungsbezogenheit, Gefühle von Zweifel und übermässige Vorsicht sowie Tendenz zu Perfektionismus (S. 2 unten f.). Es liege keine kognitive Leistungsminderung als Folge einer hirnorganischen Schädigung vor, doch bestehe eine leichte bis mittelschwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert (S. 3).

Neuropsychologische Funktionsstörungen erhoben sie keine (S. 2).

Die Ärzte der Klinik B.____ hielten die angestammte Tätigkeit als Projektleiter wegen der hohen Anforderungen nicht mehr für zumutbar. Leichte Tätigkeiten ohne längere vornübergebeugte Haltung (unfallfremd) und mit leichten kognitiven Anforderungen erachteten sie hingegen

- schrittweise aufbauend - ganz tags für zumutbar. Dabei hielten sie berufliche Eingliederungsmassnahmen seitens der Invalidenversicherung für indiziert (S. 2).

E. 3.6

Kreisarzt Prof. Dr. med. H.____ schloss aus dieser Aktenlage am 3. November 2011, aus somatischer Sicht sei der Endzustand erreicht. Es lägen keine strukturellen Läsionen des Schädels beziehungsweise der HWS vor (Urk. 13/93).

Gestützt darauf erging die dem angefochtenen Einspracheentscheid zu Grunde liegende Verfügung vom 23. November 2011 (Urk. 13/97).

E. 3.7

Hausarzt Dr. D.____ bescheinigte am 30. November 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für die angestammte Tätigkeit; leichte leidensangepasste Tätigkeiten seien mit einem Pensum von 50% zu beginnen (Urk. 13/95). Für die Zeit vom 19. März bis 13. Mai 2012 attestierte er dementsprechend eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (Urk. 9/1-3).

Auf Zuweisung durch

Dr. D.____ untersuchte Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, den Beschwerdeführer. Im Bericht vom 20. August 2012 (Urk. 20/3) nannte der Psychiater als Diagnose ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma mit (richtig: nach) leichter Hirnverletzung (ICD-10 F07.2) bei Persönlichkeit mit ausgeprägter Leistungsorientierung. Weiter führte er aus, das aktuell bestehende Zustandsbild sei vor dem Unfall nicht vorhanden gewesen, weshalb er von einem kausalen Zusammenhang ausgehe. In Übereinstimmung mit dem behandelnden Dr. D.____ bescheinigte er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit und - nach beruflichen Massnahmen - von 50 % in einer Verweistätigkeit (Urk. 20/3). 3. 8

Am 16. Januar 2013 berichtete Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie,

über seine Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 26). Bei Status nach Schädel-Hirn-Trauma (Contusio

capitis und Commotio cerebri) und nach HWS-Beschleunigungstrauma diagnostizierte er ein posttraumatisches cervico-encephales Syndrom mit Tinnitus, Funktions- und Integrationsstörungen und neuro-psychologischen Defiziten. Dr. J.____ führte aus, dass der Unfall zu Mikroläsionen geführt, welche die posttraumatische Symptomatik (Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden)

erklärten. Beim Tinnitus spiele sicher auch eine Chronifizierung und Dekompensation eine Rolle (S. 8 f.).

E. 3.9

Am 7. Februar 2013 verfasste der Psychiater des K.____ einen Bericht. In seinem Fachgebiet diagnostizierte er eine Anpassungsstörung und bescheinigte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem Unfallereignis (Urk. 31).

Im Bericht zur Interdisziplinären Schmerzbehandlung des K.____

vom 12. April 2013 (Urk. 37/1) wurden nach polydisziplinären Abklärungen

folgende Diagnosen genannt (S. 1): - Status nach HWS-Distorsion - zervikozephalales Syndrom mit Begleitschwindel - Lumboischialgie - Tinnitus - Status nach Morbus Scheuermann - grössenstationäre Pinealinsyste - Anpassungsstörung

Die Ärzte des K.____ hielten den Beschwerdeführer aus subjektiver und objektiver Sicht auch in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (S. 3 und S. 5-6). Betreffend die Unfallkausalität der Beschwerden ist dem Bericht nichts zu entnehmen.

E. 3.10

Mit einem Pensum von 50 %

hat der Beschwerdeführer am 1. August 2012 eine neue Tätigkeit als Schreiner/Projektleiter aufgenommen (vgl. Urk. 37/2). 4. 4.1

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers kann aus dieser medizinischen Aktenlage nicht geschlossen werden, dass seinen über den 30. November 2011 hinaus geklagten Beschwerden ein organisches Substrat zu Grunde liegt.

Eine Diskushernie an der Halswirbelsäule wurde in keiner der Diagnoselisten erwähnt. Zwar zeigte das MRI vom 15. Dezember 2010 eine diskrete Diskopathie, doch wurde im

gleichen Zug eine traumatische Schädigung verneint (vorstehend E. 3.2). Zudem entspricht es medizinischer Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfall nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Eine Diskushernie kann als weitgehend unfallbedingt betrachtet werden, wenn der Unfall von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. Ein Unfall ist somit nur in Ausnahmefällen geeignet, eine Bandscheibenverletzung hervorzurufen, zumal eine gesunde Bandscheibe derart widerstandsfähig ist, dass unter Gewalteinwirkung eher die Wirbelknochen brechen, als dass die Bandscheibe verletzt würde. Bezüglich der Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten dieselben Kriterien. Die Dauer, während der eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, beträgt nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr (Urteil des Bundesgerichts 8C_735/2009 vom 2. November 2009 E. 5.1).

Aus dieser höchstgerichtlichen Rechtsprechung folgt, dass selbst wenn der Unfall vom 27. September 2010 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der - anerkanntermassen degenerativ vorgeschädigten (vgl. Urk.

E. 8

, Urk. 9/1-3).

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Mai 2012 liess die SUVA auf Abweisung der Beschwerde schliessen (Urk. 12).

Nach Eingang weiterer Unterlagen (Urk. 15-16) trat das Gericht mit Verfügung vom 21. August 2012 auf das Gesuch des Beschwerdeführers um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde nicht ein und wies sein sinngemässes Begehren um Erlass von vorsorglicher Massnahmen ab (Urk. 17). In der Replik vom 20. September 2012 (Urk. 19) und der Duplik vom 25.

Oktober 2012 (Urk. 23) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Zu den vom Beschwerdeführer am 31. Januar, 25. Februar und 29. April 2013 (Urk. 25, Urk. 30, Urk. 36) nachgereichten Arztberichten nahm die Beschwerdegegnerin am 19. Februar (Urk. 29), 19. März (Urk. 34) und 28. Mai 2013 (Urk. 40) Stellung. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann.

E. 12

, Urk. 23, Urk. 29, Urk. 40).

E. 15

). In der Replik (Urk. 19) vertrat der Beschwerdeführer darüber hinaus den Standpunkt , durch das Unfallereignis sei der degenerative Vorzustand mit den Diskusprotrusionen in der HWS, mithin ein organischer Schaden, aktiviert worden (S. 3), dieser Gesundheitsschaden wie auch der Tinnitus hätten ihn zur psychischen Dekompensation geführt (S. 4 f. ; vgl. auch Urk. 25, Urk. 30, Urk. 36).

E. 19

S. 3) - Diskushernien auf der Höhe der Halswirbelsäule geführt hätte, im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 1. Dezember 2011 jedenfalls der Status quo sine er reicht und die Beschwerdegegnerin nicht weiter leistungspflichtig war . Es kann unter diesen Umständen offen bleiben, ob in Anbetracht der wenige Tage nach dem Unfall wieder hergestellten Arbeitsfähigkeit und der erst am 11. November 2011 dokumentierten HWS-Beschwerdesymptomatik (Urk. 13/19) überhaupt ausnahmsweise von einer unfallbedingten Schädigung gesprochen werden kann. Anzuführen bleibt, dass den - zum Unfall zeitnahen - Berichten von Dr .

A.____ und vom Spital C.____ (vgl. vorstehend E. 3.2) keine Hinweise auf eine Herniensymptomatik zu entnehmen sind , was recht sprechungsgemäss der Annahme einer unfallbedingten Diskushernie entgegen steht .

4.2

Betreffend den Tinnitus ist den medizinischen Akten Folgendes zu entnehmen: Der geklagte, angeblich seit dem Unfall bestehende Pfeifton hat weder in die Berichte des erstbehandelnden Dr. A.____ noch in jene des Spitals C.____

Eingang gefunden. Erstmals erwähnt ist der Pfeifton in den Angaben des Beschwerdeführers gegenüber Dr. G.____ anlässlich der otoneurologischen Untersuchung vom 26. Juli 2011, wobei der Beschwerdeführer

gleichzeitig

ausführte , die Beschwerden seien zwischenzeitlich verschwunden (Urk. 13/86 S. 2 Mitte), weshalb sich wohl diesbezüglich weder Dr. G.____

noch die Ärzte der Klinik B.____

weiter äusserten .

Das Bundesgericht hat in Bereinigung seiner Rechtsprechung in BGE 138 V 257 E. 5.10

erwogen , dass keine medizinisch gesicherte Grundlage besteht, um einen Tinnitus als körperliches Leiden zu betrachten oder ihn (zwingend) einer organischen Ursache zuzuordnen. Auch lässt sich nicht vom Schweregrad eines Tinnitus auf eine organische Unfallfolge als Ursache schliessen. Das schliesst zwar nicht aus, dass ein Tinnitus in einer organischen Unfallfolge begründet sein kann. Es besteht aber keine Rechtfertigung, bei einem Tinnitus, welcher im Einzelfall nicht nachgewiesenermassen auf eine solche Unfallfolge zurückzuführen ist, auf das Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung zu verzichten.

Dr. J.____ schloss aufgrund der Tinnitus-Charakteristika und des erhobenen audiometrischen Musters, es handle sich um einen cochleo-synaptischen Tinnitus, ohne indes darzulegen, inwiefern vorliegend ein Organschaden nachgewiesen wäre, welcher den Tinnitus erklären könnte. Da vorliegend aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar belegt ist, dass ein

körperliches Leiden den Tinnitus begründen könnte, und da sich das Bundesgericht im kürzlich ergangenen Urteil BGE 138 V 2 48 ausführlich mit der Unfallkausalität von Tinnitus auseinandergesetzt hat, erübrigen sich trotz der durch den Beschwerdeführer erhobenen Kritik (vgl. Urk. 19, Urk. 20/2) weitere Ausführungen dazu.

Es ist demnach nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin die Adäquanz der entsprechenden Beschwerden nach der einschlägigen Rechtsprechung prüfte.

4.3

Dr. G.____ hat die Kausalität der *Commotio labyrinthi*

zum Unfallereignis bejaht (vgl. vorstehend E. 3.5). Allerdings legte Dr. G.____ nachvollziehbar dar, dass den dadurch hervorgerufenen Dysfunktionen im Untersuchungszeitpunkt im privaten und beruflichen Alltag - nicht zuletzt dank der vom Beschwerdeführer stets trainierten Gleichgewichtsfunktionen (vgl. Urk. 13/87 S. 2 unten)

- keine Bedeutung mehr zukomme. Selbst wenn weiterhin bei sehr raschen Kopfbewegungen kurze Schwindelsensationen auftreten, sei dadurch weder die Integrität noch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf diese Beurteilung zu Recht auch diesbezüglich das Vorliegen von organischen Unfallfolgen verneint.

Insoweit der Beschwerdeführer optalmologische Beschwerden als Unfallfolgen behandelt haben möchte (Urk. 1 S. 8), ist ihm entgegen zu halten, dass gemäss dem Bericht von Dr. F.____ die Sehstörungen mittels neuer Brille behoben werden konnten, weshalb sich Weiterungen dazu erübrigen. 4. 4

Unstreitig und ausgewiesenermassen

leidet der Beschwerdeführer weiterhin am nach HWS-Distorsion und *Commotio cerebri* sogenannten typischen Beschwerdebild mit Kopf- und Nackenbeschwerden, Schwindel, Übelkeit Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und aussergewöhnlicher Müdigkeit (Urk. 13/88 S. 2 f., Urk. 31, Urk. 37/1). Die Beschwerdegegnerin ging im Wesentlichen gestützt auf das im Rahmen des Austrittsberichts der Klinik B.____ verfasste psychiatrische Konsilium vom 23. September 2011 (Urk. 13/87) davon aus, dass die anhaltenden Restbeschwerden im Vergleich zur die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Somatisierungsstörung (Urk. 13/88 S. 3) in den Hintergrund gerückt sind, weshalb sie die Adäquanzprüfung nach der Rechtsprechung zur psychischen Fehlentwicklung (Psycho-Praxis) und nicht nach der Schleudertraumapraxis vornahm (Urk. 2 S. 9 f.).

Ob es sich bei den geklagten Beschwerden um eine nach dem Unfallereignis eingetretene psychische Fehlentwicklung oder aber um einen Teilaspekt der HWS-Distorsion beziehungsweise der *Commotio* handelt, welches durch ein komplexes und vielschichtiges Beschwerdebild mit eng ineinander verwobenen, einer Differenzierung kaum zugänglichen Beschwerden physischer und psychischer Natur gekennzeichnet ist, kann offen gelassen werden, sofern bei Anwendung der für die versicherte Person günstigeren Schleudertrauma-Praxis das gleiche Ergebnis resultiert (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_726/2010 vom 19. November 2010 E. 3.5.2; Alexandra Rumo-Jungo/André P. Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich 2012, S. 60). Es braucht deshalb ebenso wenig abschliessend geklärt zu werden, ob angesichts der erlittenen *Commotio cerebri* überhaupt die Schleudertrauma-Praxis zur Anwendung gelangt, muss doch

hierfür bei solchen Traumata mindestens der Schweregrad einer Contusio cerebri erreicht werden (Urteil des Bundesgericht 8C_270/2011 vom 26. Juli 2011 E. 2.1). Eine solche erwähnte zwar Dr. J.____, doch weisen die echtzeitlichen Arztberichte nicht auf eine Contusio, aber immerhin auf eine Commotio cerebri hin. 4.5.4.5.1

Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet die (objektiv erfassbare) Schwere des Unfallereignisses. Massgebend für die Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften.

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass der Beschwerdeführer am 27. September 2010 auf der Baustelle eine Endkontrolle der montierten Fenster ausführte, als ihm beim Kontrollieren des zweiten Fensterflügels dieser mit voller Wucht frontal gegen den behelzten Kopf schlug

(Urk. 2 S. 12 oben). Dies steht im Einklang mit der Unfallmeldung (Urk. 13/1) sowie der Schilderung des Beschwerdeführers (Urk. 13/24, Urk. 13/29). Dies erselbst gab an, er habe anschliessend für Minuten das Erinnerungsvermögen verloren und aufgrund des verschmutzten Rückens geschlossen, dass er am Boden gelegen habe (Urk. 13/24 S. 1). Erinnerunglich ist jedenfalls, dass er hernach die Kontrolle abgebrochen hat, sein Auto gesucht und nach Hause beziehungsweise in den Betrieb gefahren ist (Urk. 13/24 S. 1).

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte dieses Ereignis als mittleren Unfall im engen Sinn (Urk. 2 S. 12 oben), was mit Blick auf die Rechtsprechung (Urteile des Bundesgerichts 8C_715/2009 vom 30. März 2010 E. 6.2, 8C_488/2009 vom 30. Oktober 2009 E. 5.3 und 8C_57/2008 vom 16. Mai 2008 E. 8.1) nicht zu beanstanden ist. Es müssen daher drei der massgeblichen Kriterien oder eines der Kriterien in ausgeprägter Weise erfüllt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5). 4.5.2

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Anhaltspunkte für besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit bestehen hier nicht und wurden auch nicht geltend gemacht, weshalb das Kriterium nicht erfüllt ist. 4.5.3 Zur Bejahung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen bedarf es einer besonderen Schwere der für die gegebenen Verletzungen typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 127 f. E. 10.2.2). Aufgrund der Aktenlage sind die Voraussetzungen für die Bejahung dieses Kriteriums nicht erfüllt. Zusätzliche erhebliche Verletzungen sind nicht ausgewiesen. 4.5.4

Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, die versicherte Person belastenden ärztlichen Behandlung verlangt, dass die ärztliche Behandlung zu einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität führt. Die im Anschluss an den Unfall bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses dokumentierten Behandlungen (vgl. Urk. 13/66/2-11, Urk. 13/69/1-31) bewegten sich in den in solchen Fällen gängigen Bahnen und stellen keine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung dar. Die Rechtsprechung qualifiziert regelmässige Konsultationen beim Hausarzt und physiotherapeutische Massnahmen (vgl. Urk. 13/5-9, Urk. 13/24 S. 2 unten, Urk. 13/26) nicht als belastend (Urteil des Bundesgerichts 8C_797/2008 vom 19. März 2009 E. 5.3.3). Dasselbe gilt für die

stationäre Behandlung in der Klinik B.____

und die auf eigene Veranlassung durchgeführten Untersuchungen bei Dr. I.____, Dr. J.____ und im K.____, wurde doch dadurch die Lebensqualität des Beschwerdeführers nicht massgeblich beeinträchtigt. 4.5 . 5

Das Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Zwar ist nicht zu verkennen, dass der Beschwerdeführer selber durchaus Beschwerden und alltagsbezogene Einschränkungen zu beklagen hat. Doch selbst wenn das Kriterium deshalb als erfüllt zu betrachten wäre, liegt es indes nicht in ausgeprägter Weise vor.

4.5 .6 Für eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, bestehen ebenso wenig Anhaltspunkte wie für einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen. 4.5 .7 Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgesetzener Anstrengungen anbelangt, ist dem Beschwerdeführer anzurechnen, dass er sich - schliesslich leider erfolglos - bemühte, seinen angestammten Arbeitsplatz behalten zu können und seine Restarbeitsfähigkeit zu realisieren. Die Ärzte bescheinigen in einer leidensangepassten Tätigkeit schon ab Januar 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Dr. D.____ ,

Urk. 13/10 und Urk. 9/1-3; Dr. I.____ ,

Urk. 20/3; K.____ , Urk. 31) oder sogar von 100 % (Klinik B.____ , Urk. 13/88 ; vgl. auch Urk. 13/20 und Urk. 13/24 S. 2), so dass nicht von einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit gesprochen werden kann. 4.5 .8 Zusammengefasst ist eines der Kriterien, wenn auch nicht in ausgeprägter Weise, erfüllt. Dies genügt nicht, um den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. September 2010 und den ab 1. Dezember 2011 noch vorhandenen Beschwerden zu bejahen. 4.6

Der Fallabschluss darf vorgenommen werden, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann. Die namhafte Besserung bemisst sich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist (BGE 134 V 109 E. 4.1 ff.).

Das Erreichen des medizinischen Endzustandes ist gestützt auf die entsprechende Stellungnahmen des Kreisarztes Prof. Dr. H.____ (Urk. 19/93) zu bejahen, weshalb eine Adäquanzprüfung auf den bestimmten Zeitpunkt (1. Dezember 2011) nicht zu beanstanden ist.

Von dem vom Beschwerdeführer beantragten weiteren medizinischen Abklärungen (Urk. 1 S. 2) sind keine massgeblichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen werden kann. 4.7 Nach dem Gesagten endet die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin am 30. November 2011, womit sich der angefochtene Entscheid als rechtens erweist und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic . iur . Y.____ - Rechtsanwalt Christian Leupi - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub/Sonderegger PF/SO/MT versandt

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