

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00179

vom 30. November 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00179

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00179 du 30 novembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00179 del 30 novembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art. 10 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art.

E. 1.2

Mit Verfügung vom 27. Oktober 2011 schloss die AXA den Fall ab und stellte ihre Leistungen per 15. September 2011 ein (Urk. 14/74). Dagegen erhob X.____ am 28. November 2011 Einsprache (Urk. 14/78) . Mit Eingabe vom 27. Januar 2012 liess er der AXA den Bericht von Dr. med . G.____ , Fach arzt FMH für Neurologie, vom 6. Januar 2012 (Urk. 14/M36)

zukommen (Urk. 14/91), welchen diese ihrem beratenden Arzt Dr. med. H.____ , Innere Medizin und Rheumatologie FMH, zur Stellungnahme vorlegte (Stellungnahme von Dr. H.____ vom 1. Juni 2012, Urk. 14/M37) . Mit Einspracheentscheid vom 25. Juni 2012 wies die AXA die Einsprache von X.____ ab (Urk. 2). 2.

Hiergegen führte

X.____ am 27. August 2012 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 25. Juni 2012 sei die Beschwerde gegnerin eventuell nach Einholung eines medizinischen Gutachtens

zu verpflichten, dem Beschwerdeführer auch nach dem 15. September 2011 die Leistungen aus der Unfallversicherung (Heilbehandlung und Taggeld) auszurichten. Ferner beantragte er, ihm sei für das Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu bewilligen und in der Person von Rechtsanwalt Dr. André Largier ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (Urk. 1 S.

2).

Die AXA beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2012 Abweisung der Beschwerde (Urk. 13, unter Beilage ihrer Akten ,

Urk. 14/1-106 und Urk. 14/M1-M37) .

Mit Gerichtsverfügung vom 6. Dezember 2012 wurde das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung abgewiesen und ein zweiter Schriftwechsel angeordnet (Urk. 15).

Die Parteien hielten replicando (Urk. 18) und duplicando (Urk. 25) an ihren Anträgen fest. Dem Beschwerdeführer wurde mit Mitteilung vom 28. Mai 2013 eine Kopie der Duplik zugestellt (Urk. 26).

E. 1.2.1

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 entfielen (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 Verwaltungs 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).

E. 1.2.2

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 publiziertes 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). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 Nr. U 142 S.

76).

E. 1.2.3

Diese Beweisgrundsätze gelten auch in Fällen mit Schleuderverletzung der Halswirbelsäule, Schädelhirntraumata und äquivalenten Verletzungen. 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).

E. 1.3.1

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).

E. 1.3.2

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.3.3

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 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 Eindrücklichkeit 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 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).

E. 1.4.1

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).

E. 1.4.2

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S.

572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c). 2.

2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin wegen der Folgen des Unfalls vom 27. März 2010 über den 15. September 2011 hinaus Leistungen zu erbringen hat, mithin, ob die nach diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden noch in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 27. März 2010 stehen. 2.2

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Einspracheentscheid vom 25. Juni 2012 (Urk. 2) im Wesentlichen, dass keine objektivierbaren Befunde im Sinne von strukturellen Läsionen belegt seien (Urk. 2 S. 7). Es sei der schlüssigen Beurteilung von Dr. F. ___ zu folgen, wonach die Beschwerden des Beschwerdeführers mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die massiven degenerativen Veränderungen zurück zu führen seien. Gestützt auf die einhellige Beurteilung der involvierten Ärzte sei davon auszugehen, dass es sich bei diesen Verletzungen um vorbestehende und damit krankheitsbedingte Befunde

handle. Sofern Dr. G. ___ eine andere Meinung vertrete, könne dieser in Anbetracht der klaren Aussage aller anderen Fachärzte nicht gefolgt werden (Urk. 2 S. 11). Aus der Tatsache, dass der Vorzustand bis zum Unfall zu keinen Beschwerden geführt habe, lasse sich nichts in Bezug auf die Unfallkausalität ableiten (Urk. 2 S. 12). Selbst wenn die natürliche Kausalität zu bejahen wäre, würde es an objektivierbaren Befunden im Sinne von bildgebend darstellbaren und unfallbedingten strukturellen Läsionen mangeln, weshalb der Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs nicht im Wege stehe (Urk. 2 S. 13). Es könne davon ausgegangen werden, dass weitere Behandlungen keine namhafte Verbesserung des (unfallkausal ohnehin nicht beeinträchtigten) Gesundheitszustands mehr bewirken würden. Der medizinische Endzustand sei am 27. März 2011, spätestens jedoch im Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 15. September 2011, erreicht gewesen. Die nach dem 15. September 2011 geklagten Beschwerden stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht (mehr) in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 27. März 2010.

Der Unfall vom 27. März 2010 sei als Unfall im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Ereignissen einzustufen. Von den Adäquanzkriterien gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sei keines erfüllt. Auch der adäquate Kausalzusammenhang sei spätestens ab dem 15. September 2011 nicht mehr gegeben (Urk. 2 S.

14). Die Beschwerdegegnerin bringt überdies vor, aus all den medizinischen Unterlagen gehe hervor, dass die Behandlungen nach dem Unfall vom 27. März 2010 im Wesentlichen aus Physiotherapie und Verordnung von Medikamenten und Analgesie und in blossen ärztlichen Verlaufskontrollen und Abklärungsmassnahmen bestanden hätten, was nicht die Qualität einer regelmässigen zielgerichteten Heilmethodik erreiche (Urk. 13 S. 8). Durch den Unfall seien weder der Schädel noch das Gehirn des Beschwerdeführers betroffen. Der cerebrovasculäre Insult könne alleine schon aus diesem Grunde nicht Folge des fraglichen Unfallereignisses sein. Der ischämische Insult sei eindeutig wegen der vorbestehenden und erheblichen kardiovaskulären Risikofaktoren, wie arterielle Hypertonie, Nikotinabusus und Adipositas eingetreten (Urk. 25 S. 4). Die Kompression der Nervenwurzel im Bereich der HWS sei durch den erheblichen und schweren degenerativen Vorzustand bedingt (Urk. 25 S. 5). 2.3

Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber den Standpunkt, dass sämtliche Berichte zu den medizinischen Abklärungen die Verursachung des bis heute anhaltenden Gesundheitsschadens durch den Unfall vom 27. März 2010 belegen würden (Urk. 1 S. 12).

Die MRI-Aufnahmen vom 17. Mai 2010 dokumentierten beweiskräftig eine Nervenwurzelkompression (Urk. 1 S. 13, Urk. 18 S.

3). Durch die Untersuchungen im C. ___ seien die beim Unfall traumatisch verursachten muskulären Schädigungen im Bereich der rechten Schulter und die dadurch erklärte Beschwerdesymptomatik detailliert und nachvollziehbar begründet aufgezeigt worden (Urk. 1 S. 13). Die von den Ärzten des C. ___ erhobenen Befunde im Bereich des Nackens, der Hinterhauptschuppe, der paravertebrale rechtsseitigen Muskulatur, der rechten Schulter und des rechten Arms seien gemäss deren Erkenntnissen unfallbedingt und keine degenerative Befunde. Für die ebenfalls erst nach dem Unfall aufgetretene Hypertonie falle der Unfall zumindest als Teilursache in Betracht (schmerzbedingte Erhöhung des systolischen Blutdrucks [Urk. 18 S. 6]). Die Neurologen der B. ___ würden auf myofaszial verursachte Beschwerden schliessen und Dr. G. ___ zeige auf, dass die objektivierte Be

schwerdesymptomatik nicht durch die HWS-Degeneration, sondern durch die traumatische Überdehnung der Muskulatur und der Muskelansätze verursacht werde (Urk. 1 S. 14). Ursache der Beschwerden sei nicht der Zustand der HWS, sondern die traumatisch verursachte Überdehnung der Muskulatur und der Muskelansätze (Urk. 1 S. 15). Bezüglich des rund sieben Monate nach dem Unfall aufgetretenen Insults vom November 2010 habe Dr. F.____ festgehalten, dass ein zerebrovaskulärer Insult nach unfallbedingter Dissektion der hirnzu führenden Gefässe bis ein Jahr nach dem Unfall auftreten könne (Urk. 1 S. 14). Dr. G.____ zeige in seiner Beurteilung vom 6. Januar 2012 auf, dass mit einer gezielten Behandlung der geschädigten muskulären Partien die Besserung der meisten Beschwerden um mindestens 50 % erreicht werden könne. Demgemäss liege kein Endzustand vor und nach dem 15. September 2011 seien weiterhin Leistungen auszurichten (Urk. 1 S. 16). 3.

E. 1.7

und E. 3.1.9). Ferner steht das Auftreten der Hypertonie Monate nach dem Unfall vom 27. März 2010

gemäss den Ärzten des C.____ nicht in einem kausalem Zusammenhang mit diesem Unfallereignis (E. 3.1.3). Schliesslich fanden die Ärzte der B.____ sowohl

klinisch als auch kernspintomographisch keine Hinweise für eine primäre oder symptomatische Ursache der rechtsseitigen Kopfschmerzen. Diese seien am ehesten dem zervikozephalen Syndrom infolge der degenerativen Veränderungen insbesondere der Segmente HW3/4, HW4/5 und HW6/7 oder differentialdiagnostisch einer rechtsseitigen Occipitalisneuralgie zuzuordnen (Urk. 14/M31 S. 2).

Aus den aktenkundigen medizinischen Unterlagen und den Berichten der behandelnden Ärzte geht somit hervor, dass den geklagten Beschwerden kein hinreichendes unfallbedingtes organisches Substrat mehr zugrundeliegt. Schmerzen, Druckdolenz, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskelverhärtungen und Verspannungen vermögen aber für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts U 9/05 vom 3. August 2005, E. 4, U 354/06 vom 4. Juli 2007, E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007, E. 5.2 sowie 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008, E. 3).

E. 3

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

E. 3.1.1

Der erstbehandelnde Arzt Dr. Z.____ stellte in seinem Arztbericht vom 21. April 2010 die Diagnosen craniocervicales Beschleunigungstrauma nach Auffahrkollosion am 27. März 2010 mit persistierender Cephalgie, Cervicobrachialgie und Müdigkeit (Urk. 14/M2).

In ihrem Arztbericht vom 5. Juli 2010 diagnostizierte Dr. A.____

sodann posttraumatische Augenschmerzen/Mystagmus rechts. Es bestünden Schmerzen in der paravertebralen Muskulatur, Kopfschmerzen, Augenschmerzen, Arm-, Beinschmerzen rechts mit Sensibilitätsstörung, Kribbeln, Gefühls- sowie Schlafstörung (Urk. 14/M3).

Bei der MR-Untersuchung der HWS vom 17. Mai 2010 wurde eine Fehllagerung der HWS vorwiegend bedingt

durch Unko vertebralarthrosen, eine neuroforaminale Einengung im Segment HW2/3 und HW3/4 links mit jeweils Kompression der C3- und C4-Wurzel links sowie im Segment HW4/5 und HW6/7 rechts mit Kompression der C5-Wurzel und weniger der C7-Wurzel rechts neuroforaminal, eine ansonsten leichtgradige Tangierung von Nervenwurzeln neuroforaminal, eine in Kombination von prominenten posterioren Spondylophyten und Bandscheibenmaterialprotrusionen relative Spinalkanaleinengung in den Segmenten HW3/4, HW4/5 und HW6/7 sowie Impression des Duralsacks und Myelotangierung vor allem im Segment HW3/4 (linksbetont) und im Segment HW6/7 (rechtsbetont) sowie aktivierte degenerative Veränderungen in den Segmenten HW2-HW4 links posteriorbetont und in den Segmenten HW5-HW7 anteriorbetont festgestellt (Urk. 14/M4).

Bei den am 6. Mai 2010 im D.____ durchgeführten bildgebenden Untersuchungen zeigte sich ein normaler intercranieller Befund, keine Fraktur nachweis am Schädel, eine intakte Schulter rechts, zum Teil stark ausgeprägte degenerative Veränderungen der HWS, degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS), jedoch keine frischen Frakturen (Urk. 14/M11).

E. 3.1.2

Gemäss dem Bericht der Ärzte der B.____ vom

20. Juli 2010 lag beim Beschwerdeführer ein zervikozephal und zervikobrachiales Syndrom sowie klinisch eine armbetonte Hemihypästhesie im Rahmen eines myofascialen Syndroms zervikobrachialbetont mit/bei aktivierter, vorbestehender, degenerativer Veränderung der HWS und aktivierter, dekompensierter, latenter Hyperopie/Presbiopie beidseits in Folge des Auffahrunfalls von hinten am 27. März 2010 vor. Eine radikuläre oder spinale Symptomatik liege nicht vor. Der bisherige Krankheitsverlauf sei gekennzeichnet durch eine Ausbreitung bzw. einen Übergang der unmittelbar nach dem Unfall bestehenden rein holozephalen Kopfschmerzen in ein zervikozephal bzw. zervikobrachiales Syndrom und gemäss ophthalmologischem Konsil in eine dekompensierte Hyperopie/Presbiopie, ohne dass es trotz ambulanter Physio- und Schmerztherapie zu einer Besserung gekommen sei (Urk. 14/M15 S. 2). Nach der Konsultation vom 10. August 2010 hielten die Ärzte der B.____ fest, es bestehe weiterhin ein zervikozephal und zervikobrachiales Syndrom ohne Besserungstendenz (Urk. 14/M14 S. 1).

E. 3.1.3

Die Ärzte des C.____ führten im

ambulantem Assessment vom 22. Oktober 2010 in der Beurteilung der physiotherapeutischen Abklärung aus, dass die markante Gelenksblockade in der oberen HWS rechts seit längerem zu einer Minderinnervation des rechten M. trapezius und einer konsekutiven Muskelatrophie zu führen scheine. Durch die dadurch beeinflusste Stabilisierung der oberen Thoraxapertur und vermehrte Kompression auf den Armplexus rechts könne die vor allem in stehender Position vom Beschwerdeführer beklagte Symptomatik im rechten Arm (Schwäche und ziehende Schmerzen) erklärt werden (Urk. 14/M20 S. 9). Die Ärzte des C.____ wiesen in ihrer Beurteilung

auf die degenerativ stark veränderte HWS hin.

Es müsse davon ausgegangen werden, dass diese bis zum Unfall klinisch stumm gewesen sei. Zweifellos seien die im röntgenologischen resp. bildgebenden Verfahren festgestellten Veränderungen vorbestehend gewesen. Seit etwa einem Monat werde eine

Hypertonie mit Medikamenten behandelt. Das Auftreten der Hypertonie etliche Monate nach dem Unfall könne diesem ursächlich nicht zugeteilt werden (Urk. 14/M20 S. 10).

E. 3.1.4

Dem Austrittsbericht des D.____ vom 16. November 2010 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in diesem Spital vom 13. bis 17. November 2010 sind die Diagnosen akuter bis subakuter ischämischer Insult im Stromgebiet der Arteria cerebri media links und Mikrohämaturie unklarer Aetiologie am 12. November 2010 zu entnehmen. Der Beschwerdeführer sei dem D.____

erstmalig am 12. November 2010 notfallmässig durch Dr. A.____ bei progredienter Hemiparese rechts armbetont seit 3 Tagen zugeführt worden. Ein durchgeführtes Schädel-CT sei unauffällig gewesen. Am 13. November 2010 habe der Sohn des Beschwerdeführers bei Hemiparese rechts und Verwirrung die Ambulanz informiert. Nach einer Untersuchung im I.____ sei der Beschwerdeführer ins D.____ zurück verlegt worden, wo ein Schädel MRI durchgeführt worden sei, welches sowohl eine akute als auch subakute Ischämie im Medialstromgebiet gezeigt habe. Die Klinik sei im Verlauf gänzlich regredient gewesen, so dass der Beschwerdeführer am 17. November 2010 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden konnte (Urk. 14/M21/2).

E. 3.1.5

Dr. F.____ vertrat in seiner Stellungnahme vom 2. Februar 2011 den Standpunkt, dass es sich im Fall des Beschwerdeführers diagnostisch um eine HWS-Distorsion mit einem Kraftgrad gemäss Quebec Task-Force II handeln dürfte. Eine solche Verletzung sollte innert 26 Wochen eine vollständige Ausheilung zeigen, eine längere Behandlungsbedürftigkeit müsste speziell begründet werden. Hier liege eine Vielzahl von degenerativen Veränderungen der HWS vor, welche in derart vielen Segmenten nicht unfallkausal erklärt werden könne. Längerfristig sei davon auszugehen, dass diese degenerativen Veränderungen im Vergleich zu den unfallkausalen Veränderungen weit im Vordergrund stehen würden, d.h. keine unfallkausale Behandlung mehr rechtfertigen würden. Es müsse jedoch gesagt werden, dass die degenerativen Veränderungen der HWS vor dem Unfallereignis vom 27. März 2010 klinisch stumm gewesen seien. Es sei durchaus möglich, dass sie durch das Unfallereignis vom 27. März 2010 symptomatisch geworden seien, wo mit von einer vorübergehenden Verschlechterung auszugehen sei. In etwa einem Jahr nach dem Unfall, also am 27. März 2011, dürfte der Status quo sine erreicht sein, nicht aber der Status quo ante, da die degenerativen Veränderungen aus eigener Dynamik heraus auch ohne jedes Unfallereignis ein Fortschreiten zeigen würden (Urk. 14/M22 S.

3). Am 12. November 2010, also rund 7 ½ Monate nach dem Unfall sei eine ischämische Läsion im Medialstromgebiet links aufgetreten. Auf den ersten Blick scheine dies für eine unfallkausale Veränderung eine zu lange Latenz zu sein. Ein cerebrovaskulärer Insult nach Dissektion der hirnzuführenden Gefässe könne jedoch bis ein Jahr nach dem Unfall noch auftreten. Bei allen Patienten, welche er (Dr. F.____) mit einer Dissektion gesehen habe, sei diese unfallbedingt oder nicht, habe sich die Dissektion jedoch nachweisen lassen. Im vorliegenden Fall würden sich keinerlei Hinweise auf eine Dissektion zeigen. Weder im Doppler noch im MRI des Schädels hätten sich Anhaltspunkte für eine traumatische Gefässschädigung ergeben. Dafür bestünden wesentliche kardiovaskuläre Risikofaktoren, in erster Linie die arterielle Hypertonie, den recht starken Nikotinabusus wie auch die Adipositas. Der Insult sei auf dem Boden von unfallfremden arteriosklerotischen

Veränderungen auf getreten, eine Unfallkausalität bestehe nicht. Die daraus entstandenen Beschwerden seien im Vergleich zu den unfallkausalen HWS-Beschwerden wesentlich grösser, die HWS-Beschwerden dürften weitgehend vernachlässigbar sein (Urk. 14/M22 S. 3).

E. 3.1.6

Nachdem sie den Beschwerdeführer am 1. sowie 10./11. Februar 2011 unter sucht hatten, stellten die Ärzte des

E.____ die schlafmedizinische Diagnose mässig ausgeprägte obstruktive Schlafapnoe mit ausgeprägter Tagesmüdigkeit (Urk. 14/M24).

E. 3.1.7

Im Arztbericht vom 29. April 2011 hielten die Ärzte der B.____ fest, dass sowohl klinisch als auch kernspintomographisch keine Hinweise für eine primäre oder symptomatische Ursache der rechtsseitigen Kopfschmerzen bestünden. Diese seien am ehesten dem zervikozephalen Syndrom infolge der degenerativen Veränderungen insbesondere der Segmente HW3/4, HW4/5 und HW6/7 oder differentialdiagnostisch einer rechtsseitigen Occipitalis neuralgie zuzuordnen (Urk. 14/M31 S. 2). Sie führten im Arztbericht vom 29. August 2011 aus,

dass unverändert ein zervikozephal-rechtsseitiges Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in die obere und untere Extremität bestehe. Die rechtsseitigen periorbital beschriebenen Kopfschmerzen seien vermutlich am ehesten mit einem zervikogenen Kopfschmerz und zusätzlicher Spannungskomponente vereinbar. Diese könnten im Rahmen eines chronischen Analgetika überabusus verstärkt auftreten. Differentialdiagnostisch sei für die Zervikobrachialgien nach rechts ein radikuläres Reizsyndrom C7/8 bei vorliegenden mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der HWS möglich. Für die Beinschmerzen nach rechts sei differentialdiagnostisch ein lumbospondylogenes-lumboradikuläres Reizsyndrom denkbar (Urk. 14/M34 S. 2).

E. 3.1.8

In seiner zweiten Stellungnahme vom 19. Oktober 2011 führte Dr. F.____ aus, dass beim Unfall (vom 27. März 2010) schon schwere degenerative Veränderungen der HWS bestanden hätten, welche im MRI vom 17. Mai 2010 hätten nachgewiesen werden können. Eine Latenz von 51 Tagen könne auf keinen Fall ausreichen, um diese Veränderungen entstehen zu lassen (Urk. 14/M35 S. 2). Eine organische Schädigung in Form einer strukturellen Veränderung an der HWS, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal zu betrachten wäre, lasse sich nicht finden. Es bestünden schwere degenerative Veränderungen der HWS, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne Hinweis symptomatisch geworden wären (Urk. 14/M35 S. 3).

E. 3.1.9

Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, schrieb in seinem Bericht vom 6. Januar 2012, dass sich das vorwiegend einseitige Bild der Beschwerden mit der konstanten Rechtsseitigkeit cervico-occipital nicht durch die diversen degenerativen Veränderungen erklären lasse. Der Beschwerdeführer habe seine Beschwerden praktisch unmittelbar nach dem Unfall gehabt mit durchgehender Bestätigung der rechten Seite (cervico-occipital, cervico-brachial), was auf ein erhebliches Trauma mit Überdehnung der Muskulatur und

der Muskelansätze zurückzuführen sei und nicht etwa auf eine degenerierte Etage C5/6 oder C3/4, welche schon Jahre vor dem Unfall bestanden und zu keinen Beschwerden geführt habe (Urk. 14/M36 S. 3). Dr. G.____

verneinte

einen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. März 2010 und dem (ischämischen) Insult vom 12. November 2010 (Urk. 14/M36 S. 4). In seiner Stellungnahme vom 31. Juli 2012 führte Dr. G.____ aus, dass der Status der degenerativen Veränderungen wahrscheinlich – es lägen keine Kontrollbilder vor – vor dem Unfall der gleiche wie nach dem Unfall gewesen sei. Hinsichtlich der klinischen Situation sei der Status quo sine noch nicht erreicht (Urk. 3/4).

E. 3.1.10

Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. H.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, nahm am 1. Juni 2012 Stellung. Er verwies darauf, dass der Beschwerdeführer am 27. März 2010 ein cervicocephales Beschleunigungstrauma erlitten habe. Organisch-strukturelle Veränderungen der HWS und des Schädels hätten nicht nachgewiesen werden können. Hingegen seien deutliche, für das Alter sogar eindruckliche degenerative Veränderungen im ganzen Bereich der HWS festgestellt worden. Bereits gut zwei Monate nach dem Unfallereignis sei neben den organischen Befunden eine depressive Stimmungslage beschrieben worden, worauf Dr. A.____ eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei im November 2010 wegen einem cerebralen Insult im Gebiet der Arteria cerebri media links unterbrochen worden. Danach seien die HWS-Beschwerden (auf dem Boden des Vorzustandes vom Typ der degenerativen Veränderungen) weiterhin aktiv geblieben. Aus medizinischer Erfahrung sei bekannt, dass derart intensive degenerative Veränderungen der HWS den üblichen Fallverlauf von mehreren Monaten bis zu einem Jahr oder anderthalb Jahren verlängern könnten. Was aber danach in Anbetracht dieses erheblichen Vorzustandes noch an HWS Beschwerden angeben werde, könne aufgrund der heutigen Erfahrung nach HWS-Distorsionen aller Art nicht mehr als unfallkausal eingeschätzt werden. Solche Beschwerden könnten auch ohne äusseren Anlass von sich aus auftreten und wochen- oder monatelang manifest bleiben (Urk. 14/M37 S. 1).

Weiter habe Dr. H.____ fest, dass Dr. G.____ keine neuen Aspekte einbringen würde, welche spezifisch für unfallkausale Beschwerden der HWS gelten würden. Es bleibe unbestritten, dass schmerzhafte nuchale Muskelansätze und Verspannungen der subokzipitalen Muskulatur lokal und physiotherapeutisch, eventuell medikamentös behandelt werden sollten. Da die gleichen Beschwerden bei einem Zervikalsyndrom im Alter des Beschwerdeführers ohnehin sehr häufig seien und zudem auf dem Boden erheblicher degenerativer Veränderungen der ganzen HWS zu erwarten seien, könne diese Behandlung nicht mehr als unfallkausal betrachtet werden. Die Unfallkausalität sei spätestens seit Herbst 2011 nur noch möglicherweise vorliegend. Die seit Frühjahr 2011 noch vorliegenden Beschwerden des Beschwerdeführers seien qualitativ und quantitativ diejenigen eines Zervikalsyndroms. Der Status quo sine sei im Sommer oder spätestens im Herbst 2011 erreicht gewesen (Urk. 14/M37 S. 2). 3. 2

3.2.1

Zu prüfen ist vorab, ob die Beschwerdegegnerin mit der Leistungseinstellung ab 15. September 2011 den Fall zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin abgeschlossen hat. 3.2.2

Die Dres. Z.____ und A.____ verschrieben dem Beschwerdeführer Analgesie und Physiotherapie (Urk. 14/M2-3, Urk. 14/M8).

Die Ärzte der B.____ berichteten am 20. Juli 2010, dass es trotz ambulanter Physio- und Schmerztherapie zu keiner Besserung der Beschwerden gekommen sei (Urk. 14/M 15 S. 2).

Sie empfahlen die Durchführung einer stationären Neurorehabilitation (Urk. 14/M18). Eine solche Massnahme wurde vom beratenden Arzt der Beschwerdeführerin ,

Dr. med. J.____ , Leiter medizinischer Dienst, am 13. September 2010 mit der überzeugenden Begründung, dass das Nervensystem des Beschwerdeführers nicht betroffen sei, abgelehnt (Urk. 14/M17). Anlässlich der Untersuchung vom 22. September 2010 stellten

die Ärzte des C.____ fest , dass in letzten drei Monaten vor ihrer Untersuchung keine Behandlungen mehr durchgeführt worden seien. Sie empfahlen eine zwei- bis dreimal wöchentlich durchzuführende Physiotherapie, welche dazu dienen dürfte, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in Intervallen von zwei Monaten langsam (10-20 %) zu steigern (Urk. 14/M20 S. 11). Gemäss dem Arztbericht von Dr . A.____ kam es durch die Physiotherapie (Nackenverspannungslockerung, Koordinations training, Muskelaufbau) zu keiner Besserung. Durch den cerebralen Insult vom November 2010 sei es eher zu einer Verschlechterung gekommen (Urk. 14/M21 S. 2).

Der medizinische Masseur K.____ berichtete am 1. Mai 2011, dass eine Manualtherapie fast nicht möglich sei, da der Beschwerdeführer keine Berührungen ertrage (Urk. 14/M30). Vom 3. November 2010 bis 24. April 2011 besuchte der Beschwerdeführer zweimal pro Woche die L.____ , deren Bericht vom 10. Juni 2011 zu entnehmen ist, dass bei gleichbleibendem Setting mit einer langsamen Verbesserung der Symptome zu rechnen sei. Ob Schmerzfreiheit erreicht werden könne, sei nicht voraussehbar (Urk. 14/M33). Nach der Konsultation in der B.____

vom 29. August 2011 wurde die Weiterführung der regelmässigen Physiotherapie und eine symptomatische Schmerztherapie (mittels NSAR) vorgesehen (Urk. 14/M34 S. 2). Vor diesem Hintergrund vermag die Prognose von

Dr. G.____ , dass sich die meisten Beschwerden des Beschwerdeführers zu 50 % bessern würden , falls die von ihm vorgeschlagene Behandlung mit einem Chloräthylspray sowie allenfalls Lokalanästhetika Erfolg habe (Urk. 14/M36 S. 3 und 4), nicht zu überzeugen . Beweismässig ist hierbei der Umstand zu berücksichtigen, dass diese Beurteilung von Dr. G.____ kurze Zeit nach der leistungseinstellenden Verfügung vom 27. Oktober 2011 (Urk. 14/74) abgegeben wurde (Urteil des Bundesgerichts I 92/06 vom 16. August 2006, E. 5.3). Als schlüssig und überzeugend erweist sich hingegen die Einschätzung von Dr . F.____

vom 19. Oktober 2011, wonach unfallkausal von einer weiteren Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. Er ist vielmehr der Auffassung, dass eine weitere Behandlung krankheits halber gerechtfertigt sei, und verweist auf die CPAP-Beatmung wie auch die Physiotherapie nach cerebro-vaskulären Insulten im Mediastromgebiet links. Schliesslich empfiehlt er, dass ausserdem eine medikamentöse antidepressive Behandlung stattfinden solle (Urk. 14/M35 S. 3). Mit Verfügung vom 26. Juli 2011 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich,

IV-Stelle, X. ___ mit Wirkung ab dem 1. März 2011 eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 14/67, Urk. 14/69). Da somit auch keine Eingliederungs massnahmen der Invalidenversicherung pendent sind, ist der Fallabschluss per 15. September 2011 durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden (vgl.

etwa Urteil des Bundes gerichts 8C_527/2008 vom 27. November 2008, E.

4.1). Weitere Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen waren somit nicht geschuldet.

E. 3.3

2

Ob die noch geklagten Beeinträchtigungen, welchen nach den vorstehenden Ausführungen kein klar fassbares unfallbedingtes organisches Korrelat zugrunde liegt, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum versicherten Unfallereignis stehen (was mit Blick auf die Ergebnisse des unfallanalytischen Gutachtens vom 28. Februar 2011 [Urk. 10/36] und die Stellungnahmen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin [E. 3.1.5, 3.1.8, 3.1.10] wohl eher zu verneinen wäre), kann offen gelassen werden. Denn diesbezüglich ist – anders als bei Gesundheitsschädigungen mit einem klaren unfallbedingten organischen Substrat, bei welchen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel mit dem natürlichen bejaht werden kann (BGE 127 V 102 E. 5b/bb mit Hinweisen) – eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen. Ob diese nach den in BGE 115 V 133 genannten Kriterien (Psycho-Praxis) oder nach den für die Folgen eines Schleudertraumas der HWS, eines Schädelhirntraumas oder einer dem Schleudertrauma ähnlichen Verletzung in BGE 117 V 359 entwickelten und in BGE 134 V 109 präzisierten Regeln zu erfolgen hat, kann offenbleiben, da auch die Beurteilung nach letzterer Praxis – wie im Folgenden zu zeigen ist – zur Verneinung der Adäquanz führt.

E. 3.3.3

Mit Verfügung vom 27. Oktober 2011 qualifizierte die Beschwerdegegnerin

das Unfallereignis vom 27. März 2010 als mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Ereignissen (Urk. 14/74 S. 4). Im angefochtenen Entscheid wurde dies bestätigt (Urk. 2 S. 14).

Die Bestimmung des Schweregrades eines Unfallereignisses erfolgt aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften, wobei eine objektivierte Betrachtungsweise anzuwenden ist. Nicht massgebend sind die Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen, dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die – ein eigenes Kriterium bildenden – Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- respektive gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 27 E. 5.3.1).

Vorliegend hielt der Beschwerdeführer mit seinem „Renault Laguna“ hinter einer Fahrzeuglenkerin an, welche mit ihrem „VW New Beetle“ links abbiegen wollte und kurz warten musste, weil ihr auf der Gegenfahrbahn ein Motorradfahrer entgegen kam. Wenige Sekunden später prallte ein „Subaru Impreza“ ins Heck des Personenwagens des

Beschwerdeführers, wo durch sein Fahrzeug nach vorne geschoben wurde und das Heck des vorderen Autos leicht berührte (Urk. 14/36 S. 2 , Rapport der Kantonspolizei Zürich vom 23. April 2010, Urk. 3/3 S. 6). Aus den an den beteiligten Fahrzeugen entstandenen Sachschäden (vgl. die Schadenbilder [Urk. 14/36 S. 1, S. 5 -8; Urk. 3/3] sowie die Schadenkalkulationen der beteiligten Sachversicherer, Urk. 14/36 S. 8-9) ist zu schliessen, dass nicht allzu starke Kräfte gewirkt haben. Laut unfallanalytischem Gutachten vom 28. Februar 2011 lag die kollisions bedingte Geschwindig keits änderung (delta-v) des vom Beschwerdeführer gesteuerten Fahrzeuges , als das folgende Auto auf dieses aufgefahren ist , zwischen 11,9 und 15,7 km/h und beim zweiten Anstoss des Autos des Beschwerdeführers beim vorderen Wagen zwischen 3,8 und 6,1 km/h (Urk. 14/36 S. 1 und 10). Da Heckauffahrkollisionen mit vergleichbaren Schadenbildern von der Recht sprechung regelmässig als mittelschwere Unfälle an der Grenze zu den leichten qualifiziert werden (vgl. etwa Urteil des Bundes gerichts 8C_655/2008 vom 9. Oktober 2008 E. 3 [Auf fahrkollision vor einem Fussgängerstreifen mit einem delta-v von 10 15

km/h]; Urteil 8C_141/2007 vom 28. Juli 2008 E. 5.4.2; Urteil U 419/06 vom 3. Juli 2007 E. 4.3; Urteil U 408/05 vom 26. Januar 2007 E. 9 [Auf fahrerunfall auf Autobahn mit einem delta-v von 12-17 km/h]), erweist sich die im ange fochte nen Entscheid vor genommene Qualifikation des Unfalls vom 27. März 2006 als zutreffend.

Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre somit nur dann zu bejahen, wenn von den weiteren massgeblichen Kriterien (vgl. E. 1.3.3) entweder ein einzelnes in ausgeprägter Weise oder aber mindestens vier in gehäufte r oder auf fallender Weise gegeben wären (Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_421/2009).

Der Beschwerdeführer legt nicht explizit dar, dass das Kriterium „ besonders dra matische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Un falls “ gegeben sei. Nach Lage der Akten wurde dies zu Recht nicht behauptet. Bezüglich der „ Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen “ bringt der Be schwer deführer vor,

dass die HWS-Distorsion eine bereits erheblich vor ge schä digte Wirbelsäule betroffen habe, wobei er auf die Degeneration an einer Vielzahl von HWS-Wirbelkörpern verweist (Urk. 1 S. 17). Zwar ist nach der bundesgerichtli che n Rechtsprechung eine HWS-Distorsion, welche eine bereits durch einen früheren Unfall erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule trifft, speziell geeignet, die „typischen“ Symptome hervorzurufen, weshalb sie als Verletzung besonde rer Art qualifiziert werden kann. Indes wird damit einzig der durch einen früheren Unfall verursachten dauerhafte n Vorschädigung der HWS und nicht degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule

Rechnung getragen (Urteile des Bundesgerichts 8C_563/2011 vom 29. August 2011 E. 5.2.2, mit weiteren Hinweisen; 8C_321/2010 vom 29. Juni 2010 E. 5.2.1). In der Regel wird voraus gesetzt, dass die versicherte Person aufgrund der Vorschädigung vor dem Unfall mindestens teilweise arbeitsunfähig war (Urteil des Bundesgerichts 8C_277/2013 vom 7. Juli 2013 E. 4.2.2, mit Hinweis). Nachdem der Be schwer deführer trotz vorbestehenden degenerativen Veränderungen der HWS vor dem Unfall be schwer defrei war (Urk. 14/M15 S. 2) und auch keine weiteren Hinweise für eine besondere Art der erlittenen Verletzung gegeben sind, ist dieses Kriterium nicht erfüllt.

Einzig aufgrund des Umstandes, dass der Beschwerdeführer seine Schmerzen seit dem Unfall bei verschiedenen Ärzten und Institutionen zu lin dern ver suchte, kann noch nicht

auf eine spezifische, belastende ärztliche Behandlung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_910/2009 vom 13. Januar 2010 E. 4.4). Nach der Rechtsprechung sind die Anforderungen an die Bejahung dieses Kriteriums deutlich höher. Durch die ärztliche Behandlung müsste eine erhebliche Mehrbelastung aussergewöhnlicher Natur resultieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_209/2008 vom 2. Dezember 2008 E. 5.4). Auch dieses Kriterium ist nicht gegeben.

Adäquanzrelevant können nur diejenigen Beschwerden sein, die in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehen, wobei sich deren Erheblichkeit nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung beurteilt, welche die verunfallte Person in ihrem Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_768/2007 vom 4. August 2008 E. 4.2). Dem Beschwerdeführer war es nach dem Unfall nach wie vor möglich, gewisse häusliche und ausserhäusliche Aktivitäten auszuüben (Urteil des Bundesgerichts 8C_209/2008 vom 2. Dezember 2008 E. 5.5). So war er etwa ab Juli 2010 wieder zu 50 % als Hauswart tätig (Urk. 14/M20 S. 3). Ferner müssen hier seine nicht unfallkausalen gesundheitlichen Beschwerden im Zusammenhang mit dem ischämischen Insult vom November 2010 (Urk. 14/M21/2) und der mässig ausgeprägten obstruktiven Schlafapnoe (Urk. 14/M24) unberücksichtigt bleiben. Das Kriterium „erhebliche Beschwerden“ ist daher nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer behauptet, dass aufgrund der nicht durchgeführten stationären Neurorehabilitation eine Chronifizierung seiner Beschwerden eingetreten sei (Urk. 1 S. 18).

Eine eigentliche „ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert“ hätte, wird von ihm allerdings zu Recht nicht geltend gemacht.

Der Beschwerdeführer beruft sich ferner darauf, dass ein „schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen“ vorgelegen hätten (Urk. 1 S. 18). Die diesbezüglichen Vorbringen vermögen nicht zu überzeugen. Auch der vom Beschwerdeführer beigezogene Dr. G. ___ verneinte die Unfallkausalität des ischämischen Insults (Urk. 14/M36 S. 4). Die Abklärungen im E. ___ vom 1. und 10./11. Februar 2011 wurden wegen der seit dem ischämischen Insult vom November 2010 vermehrt aufgetretenen Tagesmüdigkeit und subjektiven Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten vorgenommen (Urk. 14/M24). Schliesslich liegt über die angebliche Behandlung bei einer Psychotherapeutin (Urk. 1 S. 18) kein Arztbericht vor.

Bei der Prüfung des Kriteriums einer „erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesenen Anstrengungen“ ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei einem leichten bis mittelschweren Schleudertrauma der HWS ein länger 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. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung raschmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern, was schon der allgemeine sozialversicherungsrechtliche Grundsatz der Schadenminderungspflicht gebietet. Solche Anstrengungen der versicherten Personen können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu

berücksichtigen (Urteil des Bundesgericht 8C_987/2008 vom 31. März 2009 E. 6.7.1). Das Kriterium „erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz aus gewiesener Anstrengungen“ ist vorliegend nicht erfüllt, mussten die Ärzte des C.____ bei ihrer Untersuchung des Beschwerdeführers vom 22. September 20

E. 3.4

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdeführerin für die vorliegenden Gesundheitsbeeinträchtigungen mangels adäquatem Kausalzusammenhang mit dem versicherten Unfallereignis nicht über den 15. September 2011 hinaus leistungspflichtig. Entsprechend ist die Beschwerde abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Fürsprecher René W. Schleifer - 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 HurstHübscher

E. 6

ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art.

E. 8

ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes 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).

E. 10

doch feststellen, dass seit etwa drei Monaten keine eigentliche Therapie durchgeführt und auch die Schmerzmittelverabreichung „etwas dem Zufall überlassen“

worden war (Urk. 14/M20 S. 11).

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