

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00022

vom 10. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2016.00022

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00022 du 10 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2016.00022 del 10 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1961 geborene X.____ ist seit dem 1. Juli 2013 als Geschäftsbe reichsleiter bei der Y.____ angestellt und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 12. September 2013 liess er der Suva

mitteilen, dass er gleichentags einen Auffahrunfall erlitten und sich dabei eine Prellung der Halswirbelsäule (HWS) zugezogen habe (Urk. 11/1). Die den Versicherten am Unfalltag behandelnden Ärzte des Z.____ stellten die Diagnosen einer Kontusion der HWS sowie einer contusio capitis (Bericht vom 1 2. September 2013 ; Urk. 11/15 /2). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistun gen (Heilbehandlung und Taggeld).

Mit Verfügung vom 1 4. August 2015 schloss die Suva den Fall per 31. August 2015 ab und stellte ihre Leistungen ein. Einen Anspruch auf weitere Versiche rungsleistungen verneinte sie mit der Begründung, die noch bestehenden Be schwerden seien nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur (Urk. 11/123). Die vom Versicherten gegen diesen Entscheid erhobene Einsprache vom 1 7. September 2015 (Urk. 11/131) wies die Suva am 4. De - zember 2015 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgeset zes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallver sicherung (UVV) in Kraft getre ten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sach verhalt ver wirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Än derung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufs krankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 1 2. September 2013 ereignet, wes halb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1, vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_454/2014 vom 2. September 2014 E. 6.3).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes „namhaft“ in Art.

19 Abs.

1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art.

10 Abs.

1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2.

Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE

134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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).

E. 1.4

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 Arbeitsbeziehungsweise 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. 1.5

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). 1.

E. 1.7

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzu beziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des 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; 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. 1.8

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 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 22. Januar 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, der

Einspracheentscheid vom 4. Dezember 2015 sei aufzuheben und es sei in ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen aus UVG auszurichten. Dazu reichte er unter anderem einen Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 21. Januar 2016 (Urk. 3/3) ein. Am 12. Mai 2016 (Urk. 9) beantragte die Suva

unter Beilage der interdisziplinären Beurteilung ihrer Versicherungsmediziner vom 7. April 2016 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 21. September 2016 (Urk. 17) beziehungsweise Duplik vom 3. Oktober 2016 (Urk. 21) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Einspracheentscheid (Urk. 2) damit, es könne angenommen werden, dass keine objektivierbaren, somatischen Unfallfolgen struktureller Art bestünden (S. 11). Nach Prüfung der Adäquanzkriterien sei eine Kausalität zwischen

den geklagten Beschwerden und der Auffahrkollision zu verneinen. Die Leistungseinstellung sei deshalb zu Recht erfolgt (S. 11 und S. 13-18).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 9) hielt sie ergänzend fest, strukturelle Läsionen seien nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit er stellt. Dies sei auch durch die interdisziplinäre Beurteilung vom 7. April 2016 (Urk. 10) bestätigt worden. Eine schadenstiftende Flexion-/Extensionsbewegung sei zudem nicht nachgewiesen. Weiter habe die interdisziplinäre Beurteilung gezeigt, dass keine organischen Befunde für die geltend gemachten Beschwerden beständen und die Beurteilung der Adäquanz zu Recht nach der HWS-Praxis erfolgt sei (S. 3 f.). Eine richtungsgebende Verschlimmerung der vorbestehenden fortgeschrittenen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden (S. 5 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers habe Druck auf die Beschwerdegegnerin ausgeübt. Diese habe daraufhin ihre Leistungen gestützt auf die mangelbehafteten vertrauensärztlichen Aktenbeurteilungen der Haftpflichtversicherung eingestellt, ohne eine eigene kreisärztliche Untersuchung zu veranlassen. Damit habe sie ihre gesetzliche Abklärungspflicht verletzt (S. 4-9). Das nach dem Unfall erstellte MRI habe strukturelle Läsionen im Bereich von C7/TH1 ergeben. Bei dieser Ausgangslage bleibe kein Raum, um für die Beurteilung der Adäquanz die vom Bundesgericht entwickelte HWS-Rechtsprechung heranzuziehen (S. 5). Der adäquate Kausalzusammenhang sei jedoch - aus näher dargelegten Gründen - auch bei Anwendung der HWS-Rechtsprechung zu bejahen (S. 12 f.). Gemäss Dr. A. ___ sei die erhebliche Zunahme degenerativer Veränderungen auf eine richtungsgebende Verschlimmerung des bekannten degenerativen Vorzustandes zurückzuführen (S. 10).

In seiner Replik (Urk. 17) hielt er ergänzend fest, die - versicherungsinterne - interdisziplinäre Beurteilung vom 7. April 2016 bestätige, dass das Unfallereignis traumatische Läsionen verursacht habe. Es sei deshalb zumindest von einer Teilursächlichkeit dieser Läsionen mit Blick auf das persistierende Beschwerdebild auszugehen (S. 3). Die Progredienz der degenerativen Veränderungen werde zudem zumindest teilweise auf das Trauma zurückgeführt und insofern eine Teilursache bejaht, was wiederum für die Bejahung einer richtungsweisenden Verschlimmerung genüge (S. 7). In Bezug auf seine neurokognitiven Einschränkungen bestehe zudem ein weitgehend blander Vorzustand. Von seinem Schlaganfall habe er sich bereits im Juni 2010 vollständig erholt und sei bezüglich der seit dem Unfall persistierenden Problematik beschwerdefrei gewesen (S. 7 f.). Zur unfallbedingten Gang- und Standataxie habe sich die Beurteilung zu dem nicht geäußert. Vor dem Unfall seien keine diesbezüglichen Befunde erhoben worden (S. 9). 3. 3.1

Die Erstbehandlung fand am Unfalltag im Z. ___ statt. Die Ärzte des Z. ___ diagnostizierten eine Kontusion der HWS sowie eine contusio capitis und führten aus, es beständen keine ossären Läsionen, jedoch eine Druckdolenz an der oberen HWS (Urk. 11/15/2). 3.2

Dem von Oberarzt Dr. med. B. ___ ausgefüllten Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma (bei der Beschwerdegegnerin eingegangen am 22. Oktober 2013) kann entnommen werden, dass die Bewegung der HWS weder eingeschränkt noch mit Schmerzen verbunden gewesen war. Es

bestehe jedoch ein Stauchungsschmerz und der Beschwerdeführer habe sofort nach dem Unfall an Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel gelitten (Urk. 11/22). 3.3

Gemäss Dr. med. C.____, Fachärztin für Radiologie und Neuroradiologie, vom D.____, zeigte das MRI der HWS vom 27. November 2013 (Urk. 11/47) eine Schwellung und leichte T2w Hyperintensität entlang des Ligamentum supraspinale auf Höhe des Processus spinosus C7 im Sinne eines Risses, einen möglichen Riss des Ligamentum longitudinale anterius auf Höhe C7/Th1 und eine 12 mm lange Hämosiderin-Ablagerung im Prävertebralraum auf Höhe Th1/Th2 als typisches Zeichen einer Extensions- / Flexions-Verletzung. Zudem seien ausgeprägte degenerative Veränderungen der HWS mit Punctum maximum auf Höhe C5/C6 und C6/C7 und weniger ausgeprägt auf Höhe C3/C4, eine mögliche Affektion der Radices C6 rechts und C7 beidseits sowie eine Impression der Medulla spinalis auf Höhe C3/C4 und C5/C6 ohne Myelopathie ersichtlich. 3.4

Dr. A.____ hielt in seinem Bericht vom 3. September 2014 (Urk. 11/81) fest, im MR der HWS würden posttraumatische Veränderungen im Bereich der HWS beschrieben. Klinisch-neurologisch finde sich aktuell noch ein mässig ausgeprägtes Cervicalsyndrom. Subjektiv sehr störend für den Beschwerdeführer seien die neuropsychologischen Funktionsstörungen. Als Folge des Unfalls leide er noch unter cervicogenen Kopfschmerzen, Schwindel und Gangunsicherheit. Klinisch lasse sich eine Gang- und Standataxie feststellen, wahrscheinlich seien diese Ausfälle als posttraumatisch zu interpretieren (S. 3 f.). 3.5

In der neuropsychologischen Standortbestimmung vom 28. Oktober 2014 (Urk. 11/92) führte lic. phil. E.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und Psychotherapie FSP, aus, es würden sich minimale bis leichte Störungen im Aufmerksamkeitsbereich, bei der Umstellfähigkeit und leichte Störungen bei den Lern- und Frischgedächtnisfunktionen objektivieren lassen. Weiter lasse sich eine Figur-Grunddifferenzierungsschwäche und eine leicht verlangsamte visuelle Exploration von Arbeitsvorlagen bei sonst unauffälliger visuo-konstruktiver Informationsverarbeitung und unauffälliger Reaktionslatenz bei der Verarbeitung von PC-getakteten visuell-räumlichen Stimuli beobachten. Die psychomentele Dauerbelastbarkeit sei leicht reduziert. Der Beschwerdeführer könne grundsätzlich alle kognitiven Anforderungen seiner ausgeübten Tätigkeit als Director Business Development and Marketing nach wie vor bewältigen. Er habe sich geeignete Arbeitstechniken und Umgehungsstrategien angeeignet, um seine Arbeitsaufgaben trotz kognitivem Mehraufwand bewältigen zu können. Aufgrund der minimal verlangsamten und leicht erschwerten (visuell-räumlichen) Informationsverarbeitung benötige er für alle Aufgaben, die unter visueller Kontrolle ausgeführt werden müssten, mehr Zeit und ermüde dabei auch rascher. Aus neuropsychologischer Sicht könne ihm ein Arbeitspensum von maximal 80 % zugemutet werden, bis sich die verfügbare psychomentele Belastbarkeit stabilisiert habe (S. 6 f.). 3.6

In der Beurteilung des MRI der HWS vom 11. August 2015 (Urk. 11/124) führte Dr. C.____ aus, als normale Evolution der in der Voruntersuchung beschriebenen posttraumatischen Veränderungen bestehe aktuell kein prävertebrales Hämatom auf Höhe C7/Th1 und kein Ödem/Schwellung des Ligamentum supraspinale und Ligamentum interspinale entlang des Processus spinosus C7. Hingegen bestehe ein neu aufgetretener Übergang einer Osteochondrose Typ Modic 2 in Typ Modic 1 (ödematöse Knochenmarksveränderung) in den Wirbelkörper C6 und C7, aber keine Zeichen einer Osteodiscitis. Die übrigen fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der HWS seien unverändert. 3.7

Dr. A.____ führte in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2016 (Urk. 3/3) zu Händen des Beschwerdeführers aus, im neuen MRI vom 11. August 2015 hätten keine Blutungsreste im prävertebralen Raum Höhe C7/Th1 mehr nachgewiesen werden können. Dafür habe sich eine erhebliche Zunahme der degenerativen Veränderungen mit Übergang einer Osteochondrose Typ Modic 2 in Typ Modic 1 (ödematöse Knochenmarksveränderungen) in den Wirbelkörpern C6 und C7 gezeigt. Diese Veränderungen seien in der Region, wo das Trauma anhand der Blutungsreste (MRI vom 27. November 2013) nachgewiesen sei. Dies sei als richtungsgebende Verschlimmerung des bekannten degenerativen Vorzustandes zu interpretieren. Zudem sei von einer leichten traumatischen Verletzung des Halsmarkes auszugehen. Dass im MRI vom 27. November 2013 im Rückenmark keine Schädigung mehr habe nachgewiesen werden können, spreche nicht da gegen, da die Latenz zum Unfall zu lang gewesen sei. Die neurologisch feststellbare Gang- und Standataxie werde auf diese Verletzung des Halsmarkes zu rückgeführt. In der neurologischen Voruntersuchung am 3. Oktober 2012 sei keine solche Ataxie dokumentiert worden (S. 2). Die von Dr. phil. E.____ fest gestellte leichte neuropsychologische Funktionsstörung sei als unfallkausal zu interpretieren. Das Schlaf-Apnoe-Syndrom werde seit Dezember 2010 mittels CPAP erfolgreich behandelt und habe für den Beschwerdeführer keinen Krankheitswert mehr (S. 3). 3.8

In der interdisziplinären Beurteilung der Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin vom 7. April 2016 (Urk. 10) führten med. pract. F.____, Facharzt für Chirurgie, Dr. med. G.____, Fachärztin für Neurologie FMH, und Prof. Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie FMH, speziell Neuroradiologie, aus, es bestünden sehr ausgeprägte degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule. Deshalb sei es schwierig zu differenzieren, ob die Ursache der Irregularitäten des Ligamentum longitudinale anterius posttraumatischer oder degenerativer Genese sei. Eine relative Befundänderung im Verlauf der Zeit sei dies bezüglich nicht festzustellen, auch nicht in Bezug auf die beschriebenen Veränderungen des Ligamentum supraspinale in Höhe des HWK 7. Bei der zweiten MRI-Untersuchung vom 11. August 2015 sei eine Zunahme des intravertebralen Ödems insbesondere in den HWK 5, 6 und 7 festzustellen. Es sei sehr unwahrscheinlich, dass diese Veränderungen durch das Trauma von 2013 zu erklären seien, da direkt trauma-assoziierte Knochenmarksveränderungen in der Akutphase nach dem Trauma stärker ausgeprägt sein müssten. Es sei zwar möglich, dass die Veränderungen durch das Trauma akzentuiert worden seien, andererseits seien degenerative Veränderungen sehr häufig auch ohne Traumaereignis im Laufe der Zeit progredient. Es sei daher nicht mit letzter Sicherheit möglich zu differenzieren, welcher Anteil der Veränderungen möglicherweise durch das Trauma akzentuiert worden sei. Eine traumatische Veränderung des Halsmarks könne anhand der vorliegenden Untersuchungen nicht festgestellt werden. Im Bereich des Neurokraniums seien keine posttraumatischen Läsionen zu erkennen. Es müsse kontrovers diskutiert werden, ob ein prävertebrales Hämatom vorgelegen habe (S. 7).

Der Beschwerdeführer habe am 25. Oktober 2009 eine cerebrale Durchblutungsstörung im Sinne eines Schlaganfalles respektive Hirninfarktes erlitten. Nach mehrmonatiger Rehabilitation hätten sich Lähmungen rechts und eine Sprachstörung praktisch komplett zurückgebildet. Im März 2011 sei eine Phase mit Schwindel und Sensibilitätsstörungen in den Beinen und eine Verstärkung des bekannten Tinnitus Anlass stationärer Diagnostik gewesen. Eine erneute cerebrale Durchblutungsstörung habe ausgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer habe zu diesem Zeitpunkt auch über

Konzentrationsschwierigkeiten und Kopfschmerzen berichtet. Neurologisch sei zu diesem Zeitpunkt eingeschätzt worden, dass diese Beschwerden seit mehr als 10 Jahren bekannt seien und intermittierend in ihrer Ausprägung unterschiedlich wahrgenommen würden. Nach dem Unfall vom 12. September 2013 habe es weder echtzeitliche Hinweise für eine akute Hirnfunktionsstörung im Rahmen des Unfalles noch in der bildgebenden Diagnostik durch Nachweis allfälliger struktureller Hirnläsionen gegeben (S. 7 f.).

Ein Längsriss des Ligamentum longitudinale anterius sei mit den vorliegenden medizinischen Dokumenten und der vorliegenden bildgebenden Diagnostik nicht dokumentiert und nicht objektiviert. Ein Riss des Ligamentum longitudinale anterius werde anhand indirekter Veränderungen (Hämosiderin in den Weichteilen vor der Wirbelsäule) von Dr. C.____ vermutet. Auch Prof.

Dr. H.____

halte einen Riss dieses Ligaments nur für möglich. Sollte eine solche Verletzung tatsächlich vorgelegen haben, so sei diese klinisch und MR-tomographisch ausgeheilt. Dr. A.____ beschreibe am 14. August 2014 nur noch ein mässig ausgeprägtes Zervikalsyndrom mit guter Funktion der HWS, das MRI vom 11. August 2015 objektiviere keine Verletzungsfolgen mehr, auch keine der als indirekte Hinweise auf das mögliche Vorliegen einer ligamentären Verletzung gedeuteten Veränderungen. Die Änderung des Knochenmarködems im 6. und 7. Halswirbelkörper, die von Dr. C.____ und Dr. A.____ als Rückbildung eines Modic Typ 2 in einen Modic Typ 1 im Bereich des Segmentes C6/C7 postuliert werde, sei bei eigener Einsichtnahme in die bildgebende Diagnostik nicht nachvollziehbar. Zwar sei eine Zunahme eines intravertebralen Knochenmarködems der Wirbelkörper HWK 5, 6 und 7 feststellbar, ein Knochenmarködem sei jedoch ein unspezifisches Zeichen. Degenerative Veränderungen würden zudem sehr häufig auch ohne ein Trauma im Laufe der Zeit einen Progress zeigen. Eine Verschlimmerung der vorbestehenden fortgeschrittenen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen durch das Ereignis vom 12. September 2013 könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Eine traumatische Verletzung des Halsmarks sei bildgebend mit dem MRI vom 27. November 2013 und vom 11. August 2015 nicht objektiviert. Die neuropsychologische Untersuchung vom 28. Mai 2015 habe neuropsychologische Auffälligkeiten respektive Funktionseinschränkungen dargestellt. Eine strukturelle Hirnläsion, die als Erklärung für diese Auffälligkeiten dienen könnte, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. September 2013 entstanden. Nach dem 31. August 2015 bestände nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein unfallbedingter Behandlungsbedarf und auch keine unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Geschäftsbereichsleiter Sales und Marketing (S. 14 f.). 4.

Die Beschwerdegegnerin nahm den Fallabschluss per 31. August 2015 vor. Der Beschwerdeführer absolviert keine physiotherapeutische Behandlung mehr (Urk. 11/119 S. 1) und das neuropsychologische Coaching wurde per 22. Mai 2015 abgeschlossen (Urk. 11/113). Weitere ärztliche Behandlungen sind soweit ersichtlich keine mehr vorgesehen. Eine ins Gewicht fallende Besserung des Gesundheitszustands ist vorliegend nicht mehr zu erwarten, zumal für die Leistungseinstellung nicht entscheidend ist, dass die Beschwerden (vollständig) abgeklungen sind (vgl. BGE 134 V 109 E. 4.1). Auch gemäss der interdisziplinären Beurteilung vom 7. April 2016 (E. 3.8 hievore) ist ein unfallbedingter Behandlungsbedarf über den 31. August 2015 hinaus nicht erstellt. Dies wird vom Be

schwerdeführer nicht bestritten. Ein Fallabschluss per 31. August 2015 ist damit nicht zu beanstanden. 5. 5.1

Im Röntgenuntersuch der HWS vom 12. September 2013 waren keine frischen ossären Läsionen feststellbar (E. 3.1 hievor), äussere Verletzungen wies der Beschwerdeführer ebenfalls keine auf. Das MRI vom 27. November 2013 zeigte gemäss Dr. C.____ einen möglichen Riss des Ligamentum longitudinale anterius auf Höhe C7/Th1 und eine 12 mm lange Hämosiderin-Ablagerung im Prävertebralaum auf Höhe Th1/Th2 (E. 3.3 hievor). Auf den MRI-Bildern vom 11. August 2015 zeigte sich kein prävertebrales Hämatom auf Höhe C7/Th1 und kein Ödem/Schwellung des Ligamentum supraspinale und des Ligamentum interspinale entlang des Processus spinosus C7 (E. 3.6 und E. 3.7). Entsprechend gingen die Versicherungsmediziner der Beschwerde gegnerin davon aus, dass - soweit überhaupt jemals ein Längsriss des Ligamentum longitudinale anterius vorgelegen haben sollte - dieser klinisch und MR-tomographisch ausgeheilt ist. Die behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers kamen zu keinem anderen Schluss, weshalb feststeht, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine organisch nachweisbare Verletzung des Ligamentum longitudinale anterius (mehr) bestanden hat. 5.2

Der Beschwerdeführer machte weiter geltend, die erhebliche Zunahme der degenerativen Veränderungen der HWS sei auf eine richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes zurückzuführen. Dr. C.____ schilderte in diesem Zusammenhang eine ödematöse Knochenmarksveränderung in den Wirbelkörpern C6 und C7 im Sinne einer Osteochondrose Typ Modic 2 in Typ Modic 1 (E. 3.6), was Dr. A.____ bestätigte (E. 3.7). Letzterer ging von einer richtungsgebenden Verschlimmerung aus unter dem Hinweis, dass diese Veränderungen in der Region seien, wo das Trauma nachgewiesen worden sei.

Die Versicherungsmediziner (E. 3.8) legten dagegen dar, dass angesichts der ausgeprägten degenerativen Veränderungen der HWS eine Differenzierung der Ursache der Irregularitäten des Ligamentum longitudinale anterius nach posttraumatischer oder degenerativer Genese nicht möglich sei. Nachvollziehbar ist insbesondere der Hinweis, dass Knochenmarksveränderungen in der Akutphase nach dem Trauma stärker ausgeprägt sein müssten, was nicht der Fall ist. Ebenso leuchtet ein, dass degenerative Veränderungen auch ohne Traumaereignis häufig progredient verlaufen. Jedenfalls konnte keine traumatische Veränderung des Halsmarks festgestellt werden. Aufgrund der medizinischen Einschätzungen steht demnach fest, dass der direkt nach dem Unfall vermutete Riss des Ligamentum longitudinale anterius im Zeitpunkt der Leistungseinstellung ausgeheilt war und nicht erstellt ist, dass dieser zu einer Veränderung der Wirbelverhältnisse im HWK7 geführt hat. Der Umstand, dass die Anomalien am selben Wirbelkörper bestehen, führen nicht zur Annahme einer Kausalität. Anzumerken ist, dass bereits vorbestehend eine Osteochondrose Typ Modic 2 bestätigt worden war, nunmehr aber lediglich ein Typ Modic 1 vorliegt (Urk. 10/124 S. 2). Inwiefern damit - bei unspezifischem Befund (E. 3.9 in fine) - eine unfallbedingte richtungsgebende Verschlechterung ausgewiesen sein sollte, ist nicht ersichtlich. Zu ergänzen bleibt, dass - wie vorliegend - auch reine Aktengutachten beweiskräftig sein können, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1). 5.3

Der Beschwerdeführer brachte vor, unmittelbar vor dem Unfall weder unter neurokognitive Einschränkungen noch eine Gang- und Standataxie gelitten zu haben. Hierzu ist darauf hinzuweisen, dass die Argumentation nach der Formel „post hoc ergo propter hoc“, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach dem Auftreten ist, beweisrechtlich nicht zulässig ist (BGE 119 V 335 E).

2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Aus dem Umstand, dass diesbezüglich ein blander Vorzustand bestand, vermag der Beschwerdeführer damit nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Dr. A. ___ berichtete am 3. September 2014 über geklagte Schwindelgefühle mit allgemeinem Unsicherheitsgefühl sowie Gangunsicherheit. Er diagnostizierte eine leichte Gangataxie (E. 3.4). Am 21. Januar 2016 ergänzte er, die neurologisch feststellbare Gang- und Standataxie werde auf eine Verletzung des Halsmarkes zurückgeführt. Dass im MRI vom 27. November 2013 im Rückenmark keine Schädigung mehr nachgewiesen werden können, spreche nicht dagegen, da die Latenz zum Unfall zu lang gewesen sei (E. 3.7). Aktenkundig ist, dass weder im MRI vom 27. November 2013 noch in jenem vom 11. August 2015 eine Verletzung des Halsmarks ersichtlich war, welche für die Gleichgewichtsproblematik verantwortlich gemacht wurde. Ein Entsprechen der Befund wurde mithin nur vermutet, lässt sich aber - wie die Versicherungsärzte der Beschwerdegegnerin nachvollziehbar festgehalten haben - nicht objektivieren (E. 3.8 in fine). 5.4

In Bezug auf die Genese der neuropsychologischen Einschränkungen ist zu bemerken, dass von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen - bei denen die Unfalladäquanz praktisch keine Rolle spielt - erst gesprochen werden kann, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind. Dies gilt auch für neuropsychologische Defizite (Urteil des Bundesgerichts 8C_948/2012 vom 7. März 2013 E. 2 mit Hinweisen).

In den Akten sind keine im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. August 2015 bestehenden organischen Schäden dokumentiert, welche für die neuropsychologischen Einschränkungen in Frage kommen. Der entsprechenden Interpretation von Dr. A. ___ vom 21. Januar 2016 fehlt eine Begründung (Urk. 3/3 S. 3). Lic. phil. E. ___ brachte die festgestellten Auffälligkeiten denn auch mit dem Status nach partiellem Posteriorinsult vom 25. Oktober 2009 in Zusammenhang und schloss auf eine Dekompensation der wieder erlangten psychomentalen Leistungsfähigkeit (Urk. 11/92 S. 7), ohne einen apparativ/bildgebenden Befund nennen zu können. 5.5

Ein unfallbedingtes organisches Substrat der geklagten gesundheitlichen Störungen im Sinne einer bildgebend oder sonstwie nachweisbaren strukturellen Veränderung ist zusammenfassend nicht erstellt.

Von weiteren diesbezüglichen Abklärung - wie vom Beschwerdeführer beantragt - sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen)

zu verzichten

ist. 5.6

Nachfolgend ist deshalb anhand der sogenannten HWS-Praxis (vgl. E. 1.7 hie vor) zu prüfen, ob die geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 12. September 2013 stehen.

E. 6

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).

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251 mit Hinweis). Ob eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 188).

E. 6.1

Von den behandelnden Ärzten wurde ein Schleudertrauma der HWS diagnostiziert. Ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild liegt vor, klagte der Beschwerdeführer doch sofort nach dem Unfall über Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel und in der Folge auch über Konzentrationsschwierigkeiten, gelegentliche Wortfindungsstörungen, eine ständige Müdigkeit und eine vermehrte Reizbarkeit (E. 3.2, E. 3.5 und E. 3.8 hievor). Der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der teilweisen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ist damit zu bejahen.

E. 6.2

.7

Ebenso zu verneinen ist sodann das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen. Hiefür bedürfte es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben. Dass Beschwerden trotz der durchgeführten Behandlungen persistieren, genügt ebenso wenig (Urteil des Bundesgerichts 8C_1015/2008 vom 6. April 2009 E. 5.4.3) wie der Umstand, dass die versicherte Person unter verschiedenartigen Symptomen leidet, die sich im Rahmen umfassender medizinischer Untersuchungen keinem organisch nachweisbaren Substrat zuordnen lassen, handelt es sich dabei doch gerade um ein für eine Schleudertrauma-Verletzung charakteristisches Phänomen (vgl. BGE 117 V 359 E. 4b).

E. 6.2.1

Bei der Adäquanzprüfung ist die Schwere des Unfalls aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (BGE 134 V 109 E. 10.1). Beim Unfall vom 12. September 2013 fuhr ein nachfolgender Lieferwagen auf das Heck des wegen eines auf die Strasse tretenden Kindes abbremsenden, vom Beschwerdeführer gelenkten Personenwagens auf. Das nachfolgende Fahrzeug war dabei mit einer Geschwindigkeit von ungefähr 50 km / h unterwegs, konnte jedoch trotz Vollbremsung die Kollision nicht verhindern (Urk. 11/25 S. 5). Dass beim Auto des Beschwerdeführers ein Sachschaden von rund Fr. 10'000.-- entstand, lässt entgegen dessen Ausführungen nicht ohne Weiteres auf eine massive Auffahrkollision schliessen, steht die

Höhe des Sachschadens doch in direktem Zusammenhang mit dem Wert des Fahrzeuges. Gegen eine massive Kollision spricht bereits die Tatsache, dass die Airbags nicht ausgelöst wurden (vgl. Urk. 11/22). Der Beschwerdeführer war nach dem Unfall weder bewusstlos, noch klagte er über Übelkeit, Hör-, Seh- oder Schlafstörungen. Auch musste er nicht erbrechen und wies keine äusseren Verletzungen auf (Urk. 11/22). Entsprechend der Praxis in vergleichbaren Fällen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 6.2, 8C_163/2009 vom 25. März 2009 E. 3.2, 8C_1020/2008 vom 8. April 2009 E. 5.1 und 8C_714/20

E. 6.2.3

Die Diagnose einer HWS-Distorsion (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich zu behandelnden Verletzung) genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Zur Bejahung dieses Kriteriums bedarf es einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma beziehungsweise für die adäquanzrechtlich äquivalente Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen können. Es kann sich dabei zum Beispiel um eine beim Unfall ein genommene spezielle Körperhaltung und die dadurch bewirkten Komplikationen handeln. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma, der äquivalenten Verletzung der HWS oder dem Schädel-Hirntrauma beim Unfall zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E.

10.2.2).

Eine HWS-Distorsion, welche eine bereits erheblich vorgeschädigte Wirbelsäule trifft, ist speziell geeignet, die „typischen“ Symptome hervorzurufen, weshalb sie als Verletzung besonderer Art zu qualifizieren ist. Dabei ist allerdings in der Regel vorausgesetzt, dass die versicherte Person aufgrund der Vorschädigung unmittelbar vor dem Unfall mindestens teilweise arbeitsunfähig war (Urteil des Bundesgerichts 8C_757/2013 vom 4. März 2014 E. 4.3 mit Hinweisen, insbes. auf SVR 2007 UV Nr. 1 S. 1).

Eine Verletzung besonderer Art ist nicht schon deshalb anzunehmen, weil die versicherte Person bereits in der Vergangenheit Autounfälle erlitten hat. Viel mehr rechtfertigt sich eine entsprechende Qualifikation der erlittenen Verletzungen nur bei Vorliegen einer erheblich vorgeschädigten Wirbelsäule (Urteil des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.1 mit Hinweis auf Urteil 8C_413/2008 E. 6.3.2).

Im Röntgenuntersuch der HWS vom 12. September 2013

waren keine frischen ossären Läsionen feststellbar, der Beschwerdeführer wies auch keine äusseren Verletzungen auf. Auch sonst kann nicht von erheblichen Verletzungen oder einer besonderen Schwere der am Unfalltag geklagten Beschwerden gesprochen werden. Im Zeitpunkt des Unfalls war die Kopfstellung des Beschwerdeführers gerade und er befand sich in aufrechter Sitzposition (Urk. 11/22), von einer beim Unfall eingenommenen speziellen Körperhaltung ist nicht auszugehen. Zwar bestanden bereits vor dem Unfall ausgeprägte degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, doch hatte dies dazumal zu keiner Arbeitsunfähigkeit geführt. Der dokumentierte Riss im Ligamentum longitudinale anterius heilte aktenkundig ab und eine Verletzung des Halsmarks war nicht nachweisbar. Mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung ist das Kriterium einer schweren oder besonders gearteten Verletzung damit zu verneinen.

E. 6.2.4

Zu prüfen ist weiter das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung bis zum Fallabschluss am 31. August 2015. Dieses Kriterium bedingt, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer. Blosser ärztliche Verlaufskontrollen und Abklärungsmassnahmen sowie manualtherapeutische und medikamentöse Behandlungen vermögen das Kriterium nicht zu erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2013 vom 11. September 2013 E. 8.3). Dies gilt auch für ärztlich/physiotherapeutische Behandlungen, medizinische Trainingstherapie sowie für einen stationären Aufenthalt in einer Rehaklinik, soweit sich die Behandlungen in einem nach HWS-Distorsionen üblichen Umfang bewegen. Insbesondere können Behandlungen mit Massage, Heimgymnastik, Atlasterapie, Kraniosakraltherapie, Neuraltherapie sowie Kortisoninfiltration oder Lymphdrainage nicht als überdurchschnittlich belastend im Sinne der Rechtsprechung bezeichnet werden; praxisgemäss werden an dieses Kriterium deutlich höhere Anforderungen gestellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_635/2013 vom 9.

April 2014 E. 4.4.3 mit Hinweis auf Urteil 8C_910/2009 vom 13. Januar 2010 E.

4.4). Daran ändert auch nichts, wenn Schmerzmittel verabreicht oder Psychopharmaka eingenommen wurden und letztere allenfalls Nebenwirkungen aufwiesen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2.

Oktober 2013 E. 7.3.2 und 8C_29/2010 vom 27.

Mai 2010 E. 5.3).

Einzig aufgrund des Umstandes, dass der Beschwerdeführer seine Beschwerden seit dem Unfall bei verschiedenen Fachpersonen zu lindern versuchte, resultiert noch keine erhebliche Belastung im Sinne der Rechtsprechung, zumal eine Behandlungsbedürftigkeit (in Form medikamentöser Schmerz- und Physiotherapie) während zwei bis drei Jahren nach einem Schleudertrauma der HWS respektive äquivalenten Verletzungen mit ähnlichem Beschwerdebild durchaus üblich ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_402/2007 vom 23. April 2008 E. 5.2.3). Das Kriterium der fortgesetzten spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung ist damit nicht erfüllt.

E. 6.2.5

Adäquanzrelevant können nur in der Zeit zwischen dem Unfall und dem Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (Urteil des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 10.2.4).

Der Beschwerdeführer leidet hauptsächlich an Kopf-, Nacken- und Schulterschmerzen, Schwindelgefühlen, einer Gangunsicherheit, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit und einer verminderten Leistungsfähigkeit (E. 3.4, E. 3.5 und E. 3.8 hievor). Er kann je doch seinen Lebensalltag selber bestreiten und ist seit Januar 2014 wieder zu 70 bis 100 % erwerbstätig (E. 3.8 hievor). Die Beschwerden übersteigen das bei HWS-Distorsionen übliche Mass somit jedenfalls nicht derart, dass das Kriterium „erhebliche Beschwerden“ in besonders ausgeprägter Weise bejaht werden könnte (Urteil des Bundesgerichts

8C_580/2010 vom 30. August 2010 E. 5.3.2 mit weiterem Hinweis).

E. 6.2.8

Was schliesslich das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen anbelangt, ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei leichten bis mittelschweren Schleudertraumen der HWS ein längerer oder gar dauernder Ausstieg aus dem Arbeitsprozess vom medizinischen Standpunkt aus als eher ungewöhnlich erscheint. Nicht die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist daher massgebend, sondern eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit als solche, die zu überwinden die versicherte Person ernsthafte Anstrengungen unternimmt. Darin liegt der Anreiz für die versicherte Person, alles daran zu setzen, wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig zu werden. Gelingt es ihr trotz solcher Anstrengungen nicht, ist ihr dies durch Erfüllung des Kriteriums anzurechnen. Konkret muss ihr Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung rasch möglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern. Solche Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss nach Art. 19 Abs. 1 UVG in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 8C_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 7.7.1 mit Hinweis auf

BGE 134 V 109

E. 10.2.7; vgl. auch Urteil 8C_635/2013 vom 9. April 2014 E. 4.4.5).

Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen bis zum Fallabschluss bezieht sich nicht nur auf den angestammten Beruf, sondern auch auf alternative leidensangepasste Arbeiten (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2013 vom 11. September 2013 E. 8.7 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 10.2.7).

Vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall so rasch als möglich seine angestammte Tätigkeit wieder auszuüben versuchte und seit Januar 2014 - zwischenzeitlich entgegen der Empfehlung seiner behandelnden Neuropsychologin (vgl. Urk. 11/92, Urk. 11/102 und Urk. 11/113) - wieder zu 70 bis 100 % erwerbstätig ist, ist das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen zu bejahen. Es sind jedoch keine unfallbedingten, medizinischen Gründe ersichtlich, aufgrund derer das Kriterium als besonders ausgeprägt erscheint.

E. 6.2.9

Von den sieben relevanten Kriterien ist demnach eines in nicht besonders ausgeprägter Weise erfüllt. Das genügt beim gegebenen Schweregrad des Unfalls nicht für die Bejahung der Adäquanz. 7.

Die vom Beschwerdeführer ab 1. September 2015 weiterhin beklagten Gesundheitsstörungen stehen damit in keinem überwiegend wahrscheinlichen adäquaten Kausalzusammenhang zum Verkehrsunfall vom 12. September 2013. Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen per 31. August 2015 einstellte. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen . 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Keller - 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 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
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Lanzicher

E. 09

vom 14. April 2010 E. 6.2) ist vorliegend von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen auszugehen. Die Adäquanz wäre daher zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder mindestens vier der zu berücksichtigenden Kriterien gegeben wären (Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5).

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