

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00164 vom 30. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00164

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00164 du 30 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00164 del 30 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

als Speditionsmitarbeiter bei der Firma Y.____ AG angestellt und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch versichert. Mit Schadenmeldung vom 31. Juli 2014

wurde der SUVA mitgeteilt, dass der Versicherte während den Ferien am 25. Juli 2014 im Bad ausgerutscht und mit dem Hinterkopf aufgeschlagen sei (Urk. 16/2). Die SUVA gewährte Heilbehandlung und Taggelder (Urk. 16/3-4). Mit Verfügung vom 9. März 2015

stellte sie die Leistungen per 31. März 2015 ein und lehnte den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung ab (Urk. 16/85). Die hiegegen am 20. März 2015 vor sorglich und am 22. April 2015 begründete Einsprache (Urk. 16/88 und Urk. 16/93) wies die SUVA mit Einspracheentscheid vom 2. Juli 2015 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 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 (IV) 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

Nach der Rechtsprechung ist bei der Beurteilung der Adäquanz von psychischen Unfallfolgeschäden wie folgt zu differenzieren: Zunächst ist abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies der Fall, sind bei Unfällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b umschriebenen Kriterien anzuwenden. Andernfalls erfolgt die

Adäquanzbeurteilung in den dem mittleren Bereich zuzuordnenden Fällen nach den Kriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa (siehe zur Begründung der teilweise unterschiedlichen Kriterien: BGE 117 V 359 E. 6a, letzter Absatz).

Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine diesem äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirn trauma erlitten hat, ist zusätzlich zu beurteilen, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Ist dies der Fall, sind für die Adäquanzbeurteilung bei Fällen aus dem mittleren Bereich die in BGE 115 V 133 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden festgelegten Kriterien (und nicht jene für Fälle mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule, äquivalenter Verletzung oder Schädel-Hirn trauma gemäss BGE 117 V 359 E. 6a und 382 E. 4b) massgebend (BGE 127 V 102 E. 5b/bb, 123 V 98 E. 2a

E. 2

Die dagegen bei der SUVA erhobene Beschwerde vom 2. September 2015 (Urk. 1) überwies diese am 10. September 2015 dem hiesigen Gericht (Urk. 4). Am 24. September 2015 wurde der fristgerechte Eingang der Beschwerde bestätigt und Nachfrist zur Verbesserung angesetzt (Urk. 6). Mit Eingabe vom 9. Oktober 2015 stellte der Beschwerdeführer den Antrag, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen aufgrund der Folgen des Unfalls vom 25. Juli 2014 über den 31. März 2015 hinaus zuzusprechen und auszurichten (Urk. 8). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2016 schloss die SUVA auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 26. Januar 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) vom 2. Juli 2015 davon aus, gestützt auf die Berichte des Stadtsitals Z.____ vom 25. Juli und vom 13. Oktober 2014 liege keine organisch-strukturelle Schädigung der Wirbelsäule oder des Hirns und auch keine unfallbedingte Schädigung des linken Ellbogens vor (S. 6 f.). Eine leichte Comotio cerebri, wie vorliegend, genüge nicht für die Annahme eines Schädel-Hirntraumas. Die Adäquanz sei nicht nach der Schleudertrauma-Praxis, sondern nach den im Bundesgerichtsurteil 115 V 133 ff. festgelegten Kriterien zu prüfen (S. 7). Von diesen Kriterien sei keines erfüllt, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 25. Juli 2014 und den heute geklagten gesundheitlichen Einschränkungen zu verneinen sei (S. 12). Das medizinische Behandlungspotential sei ausgeschöpft, nach dem die Therapien keine nachhaltige Verbesserung gebracht hätten, und es sei auch nicht anzunehmen, dass sich hieran durch weitere Therapien noch etwas ändern würde. Der unfallbedingt erforderliche Heilungsprozess sei abgeschlossen und der Fallabschluss und der Zeitpunkt der Adäquanzprüfung damit rechtens. Ein weiterer Anspruch auf Versicherungsleistungen (Heilbehandlungen, Taggeld, Invalidenrente, Integritätsentschädigung) bestehe somit nicht (S. 13 f; vgl. auch Urk. 15 S. 3 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte dagegen geltend, belegt sei nicht eine leichte Comotio cerebri, sondern eine Contusio capitis mit Comotio cerebri und einem subakuten cervikospondylogenen Schmerzsyndrom. Nachdem er Kopfschmerzen, Rückenschmerzen,

stechende Schmerzen in den Fingern, beim Bewegen der Arme, Schwindel, verschwommenes Sehen und eine depressive Stimmung mit Antriebslosigkeit, Müdigkeit und Platzangst beklage, liege zumindest eine äquivalente Verletzung zum Schleudertrauma im Sinne der einschlägigen Rechtsprechung vor. In diesem Zusammenhang seien unzureichende medizinische Abklärungen durchgeführt worden. Insbesondere sei er nie neurologisch untersucht worden. Aus fachärztlicher Sicht seien unter anderem die Fortführung der ambulanten Physiotherapie, der ambulanten medizinischen Trainings- und der ambulanten ergotherapeutischen Gestaltungstherapie als notwendig erachtet worden, um den Gesundheitszustand nachhaltig zu verbessern. Der Zeitpunkt der Leistungseinstellung erweise sich damit als willkürlich, wes halb der Entscheid aufzuheben und die gesetzlichen Leistungen über den 31. März 2015 hinaus zu erbringen seien. Überdies sei die Beschwerde gegenüber den verpflichteten, die erforderlichen medizinischen Abklärungen durchzuführen. Da der Zeitpunkt des Versicherungsabschlusses noch nicht feststehe, sei es auch noch zu früh, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urk. 8 S. 5 ff).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen aus der Unfallversicherung aufgrund der gesundheitlichen Folgen des Ereignisses vom 25. Juli 2014, wobei sich die Parteien insbesondere über den Zeitpunkt des Fallabschlusses uneinig sind.

E. 3

Rezidivinguinalhernie links - Hernienplastik nach Lichtenstein links (6x4cm Ultrapro) am 11. Juni 2014. - Status nach Hernioplastik nach Lichtenstein beidseits 29. Juni 2007

E. 3.1.1

Die Ärzte des Stadtsitals Z.____ wiesen im Bericht vom 25. Juli 2014

auf die ambulante Behandlung des Beschwerdeführers vom selben Tag hin. Er habe sich in der Notaufnahme vorgestellt, nachdem er im Bad ausgerutscht und mit dem Hinterkopf aufgeschlagen sei. Eine Bewusstlosigkeit sei fraglich. Seinen eigenen Angaben zufolge sei er ca. 1 Stunde im Bad gelegen. Übelkeit, Erbrechen seien verneint worden. Seit dem Unfall bestünden Schwindel und Schmerzen über dem Hinterkopf/Halswirbelsäule. Im Lokalstatus verzeichneten die Ärzte einen Ruheschmerz im Bereich des Hinterkopfs/Halswirbelsäule. Es bestünden keine knöchernen Stufen im Schädelbereich, keine Schmerzen im Gesichtsbereich und neurologisch ergäben sich keine Auffälligkeiten. Die Beweglichkeit der Extremitäten sei erhalten, ohne sensible Ausfälle im Bereich der oberen Extremität und des Kopfes. Der linke Ellbogen sei ohne Schwellung oder Hämatom und es bestehe eine Druckdolenz über dem lateralen Condylus Humeri. In einer 24 Stunden GCS- (Glasgow Coma Scale)

Überwachung habe sich der Beschwerdeführer allzeitig unauffällig gezeigt. Sie hielten die folgenden Diagnosen fest: 1. Commotio cerebri 2. Kontusion des Ellbogens links

E. 3.1.2

Das am gleichen Tag erstellte native Computertomogramm (CT) des Neurocraniums zeigte am Schädel keinen Nachweis einer intrakraniellen Blutung, keine demarkierten territorialen Hypodensitäten, keine Raumforderungszeichen und eine regelrechte Differenzierung von grauer und weisser Substanz. Im mittellänglichen Interhemisphärenspalt bestünden symmetrisch ausgeprägte und altersentsprechend weite

innere und äussere Liquor räume. Das Nativ-CT zeige bis auf leichtgradige arteriosklerotische Wandveränderungen eine unauffällige Darstellung der intrakraniellen Gefässe und keine ossären Stufenbildungen oder Konturunterbrechungen. Die Nasennebenhöhlen und Mastoidzellen seien allseits regelrecht pneumatisiert. Nebenbefundlich sei eine ovalär konfigurierte, metall dichte Struktur (6 mm) im lateralen Oberlid links ersichtlich, den sie differenzial diagnostisch als Fremdkörper beurteilten.

In Bezug auf die Bildgebung an der HWS ersahen die Ärzte keinen Nachweis einer frischen traumatischen ossären Läsion. Es bestünden degenerative Veränderungen mit Osteochondrosis intervertebralis, mit einem punctum maximum im Segment des Halswirbelkörpers (HWK) 6/7 und Retrospondylophyten in den Segmenten HWK 4 bis 7 mit grossem Spondylophyt im Segment HWK 4/5 links und mit einer konsekutiv leichtgradigen Einengung des Spinalkanals in diesem Segment. Osteogen bestehe ein eingengtes Neuroforamen HWK 5/6 rechts mit möglicher Affektion der Nervenwurzel C6 rechts und eine Atlantodentalarthrose sowie bilaterale Pleurakuppenschwielen.

Sie schlossen, es gebe keinen Nachweis einer intrakraniellen Blutung und keine Fraktur des Visceral-/Neurokraniums oder der HWS, jedoch einen Verdacht auf metallichten Fremdkörper im Oberlid links und es bestünden die beschriebenen degenerativen Skelettveränderungen (Urk. 16/9).

E. 3.1.3

In Bezug auf die Bildgebung am Ellenbogen anterior posterior lateral links vom 25. Juli 2014 ersah der zuständige Radiologe keinen Gelenkerguss und bei leicht anorthograder Lateralaufnahme keine Fraktur (Urk. 16/10).

E. 3.2

Dr. med. A.____, Allgemeine Medizin FMH, vermerkte im Zwischenbericht zu Händen der SUVA vom 14. August 2014, der Schlaf des Beschwerdeführers sei gestört, er sei vergesslich, habe Nackenschmerzen und die Beweglichkeit der HWS sei eingeschränkt. Therapiert werde gegenwärtig mittels Physiotherapie, Analgetika und einem Antidepressivum. Konsultationen erfolgten alle zwei bis drei Wochen und ab September 2014 sei

eine Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % vorgesehen (Urk. 16/22).

E. 3.3

Im Bericht des Stadtsitals Z.____ vom 9. Oktober 2014 diagnostizierten die Ärzte, nachdem sie den Beschwerdeführer am 8. Oktober 2014 gesehen hatten, einen Verdacht auf ein postcommotionelles Syndrom bei einem Status nach Commotio cerebri am 25. Juli 2014.

Im Befund wiesen die Ärzte auf einen schmerzbedingt leicht reduzierten Allgemeinzustand des 65-jährigen Beschwerdeführers hin. Die HWS sei in Streckhaltung, und Druckdolenzen bestünden über den Processi spinosi der HWS sowie paravertebral beidseits sowie ein Muskelhartspann paravertebral und beidseits über dem Musculus trapezius. Es bestehe auch eine diffuse muskuläre Druckdolenz beidseits und okzipital über dem Musculus trapezius. Die Rotation, Seitenneigung, Inklination sowie die Reklination des Kopfes seien schmerzbedingt fast vollständig aufgehoben, das Schulterrelief symmetrisch und der ROM (Bewegungsumfang) der Schultern beidseits vollumfänglich erhalten. In der neu

rologischen Beurteilung vermerkten die Ärzte ein GCS 15. Die Hirnnerven seien symmetrisch erhalten, die Oberflächensensibilität der Arme, des Stammes sowie der unteren Extremität symmetrisch und die Motorik und Kraft der oberen und unteren Extremität seitengleich und die Muskeleigenreflexe symmetrisch lebhaft. Der Babinski sei beidseits unauffällig und am Hals sei der Carotispuls beidseits gut palpabel und es bestehe kein Strömungsgeräusch über den Karotiden. Bei Verdacht auf ein postcommotionelles Syndrom sei die Durchführung eines MRI vom Schädel sowie der Halswirbelsäule zu empfehlen (Urk. 16/36/3).

E. 3.4

Das MRI des Neurokraniums und der HWS vom 13. Oktober 2014 zeigte eine leichte vaskuläre Leukenzephalopathie, ansonsten ein altersentsprechendes MRI des Neurokraniums; degenerative Veränderungen bestünden an der HWS ohne Myelokompression oder Nachweis einer Nervenkompression (Urk. 16/33).

E. 3.5

Die Chirurgen des Stadtsitals Z.____ hielten am 15. Oktober 2014 aufgrund der bildgebend beschriebenen degenerativen Veränderungen der HWS die Beschwerden für miterklärt und empfahlen eine rheumatologische Abklärung (Urk. 16/36/2). Die Rheumatologen des Stadtsitals Z.____ nannten zur Anfrage betreffend einer Kostengutsprache für eine stationäre Hospitalisation des Beschwerdeführers (zur Anfrage vgl. Urk. 16/39) folgende Diagnosen: 1. Contusio capitis mit Commotio cerebri nach Sturz auf den Hinterkopf am 25. Juli 2014 - Subakutes cervikospondylogenes Schmerzsyndrom - MRI HWS/Schädel 13. Oktober 2014: altersentsprechende degenerative Veränderung ohne Myelo- oder Nervenwurzelkompression 2. Depressive Episode ausgelöst durch Contusio capitis

E. 3.6

Im provisorischen Austrittsbericht des Stadtsitals Z.____ über den Aufenthalt vom 4. November bis 19. November 2014 hielten die Rheumatologen fest, im stationären Rahmen sei die psychiatrische Beurteilung mit Diagnose einer depressiven Entwicklung gestellt worden und eine antidepressive Medikation mit Saroten und Citalopram erfolgt. Nach zusätzlicher Einleitung einer Analgesie mit Opiaten sowie physiotherapeutischer Betreuung zur Mobilisierung, Detonierung und muskulären Stabilisierung habe sich eine leichte Regredienz der Beschwerdesymptomatik gezeigt. Aufgrund des gegebenen Rehabilitationspotentials hätten sie sich für eine psychosomatische Rehabilitation entschieden (Urk. 16/53).

E. 3.7

Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, hielt in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 24. November 2014 den aktenmässigen Verlauf fest. Er erachtete die natürliche Kausalität als noch gegeben, allerdings sei die Entwicklung doch sehr auffällig. Durch die Administration sei zu bestimmen, ob die adäquate Kausalität bezüglich der depressiven Entwicklung, die mittlerweile im Vordergrund stehe, noch gegeben sei. Er müsse an seiner Stellungnahme vom 18. November 2014 (vgl. Urk. 16/125) festhalten, wonach der Beschwerdeführer beim Sturz vom 25. Juli 2014 keine strukturellen organischen Schädigungen erlitten habe, die die heutigen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erklären könnten (Urk. 16/56 S. 3).

E. 3.8

Im Bericht der Höhenklinik C.____ vom 9. Februar 2015 über die psychosomatische Rehabilitation vom 23. Dezember 2014 bis 17. Januar 2015 vermerkten die Ärzte, der Beschwerdeführer habe diffuse Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, stechende Schmerzen in den Fingern und Schmerzen beim Bewegen der Arme (VAS 8-9). Er klagte über eine allgemein verminderte Muskelkraft und leide ausserdem unter Schwindel und Verschwommensehen. Unter Medikamenten seien seine Beschwerden ein bisschen besser (VAS 4-5). Dazu kämen eine depressive Stimmung, Antriebslosigkeit, Müdigkeit und Platzangst. Zu Hause allein sei er noch mehr niedergeschlagen, gehe häufig spazieren und in den Garten seines Kollegen. Er möchte sich ausruhen und weniger Schmerzen haben.

In ihrer Beurteilung wiesen die Ärzte darauf hin, beim Beschwerdeführer habe sich nach einem Selbstunfall mit Contusio capitis im Badezimmer im Juli 2014 ein subakutes cervicospondylogenes Schmerzsyndrom entwickelt und es bestehe ein Verdacht auf eine depressive Entwicklung. Er habe mit seiner guten Mitarbeit seine Selbstsorge verbessern und sein Krankheitskonzept zum Teil erweitern können sowie Schmerz copingstrategien kennengelernt. Jedoch habe er noch Schwierigkeiten in der selbstständigen Anwendung. Eine psychophysische Rekonditionierung habe teilweise erreicht werden können. Als Therapie zum weiteren Procedere schlugen die Ärzte die Fortführung einer ambulanten Physiotherapie, einer ambulanten medizinischen Trainingstherapie und der ambulanten ergotherapeutischen Gestaltungstherapie im Rahmen einer Tagesklinik vor; eine Anschluss – Psychotherapie hielten sie für wünschenswert (Urk. 16/83).

E. 4

und 8C_ 859/2014 vom 3. Februar 2015 E. 4; zur Adäquanzprüfung E. 6 hernach). Die Frage der natürlichen Kausalität zwischen Unfall und besagten (nicht objektifizierbaren) Beschwerden kann im Übrigen offen gelassen werden mit der Begründung, ein allfälliger natürlicher Kausalzusammenhang wäre nicht adäquat (zum Ganzen BGE 135 V 465 E. 5.1; vgl. E. 6 und 7 hernach).

E. 4.1

Aufgrund der medizinischen Aktenlage, insbesondere der bildgebenden Befunde mittels CT und MRI (vgl. E. 3.1.2 f. und E. 3.4) ist erstellt, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfallereignis vom 25. Juli 2014 weder am Kopf noch am linken Ellbogen objektifizierbare organische Verletzungen zugezogen hat. Die medizinische Aktenlage ist auch insofern unwidersprochen, als die heute beklagten Kopf- und Rückenschmerzen, Schmerzen in den Fingern und Schmerzen beim Bewegen der Arme sowie die beklagte verminderte Muskelkraft und die Schwindelsymptomatik mit Verschwommensehen sowie die depressive Stimmung, Antriebslosigkeit, Müdigkeit und Platzangst einerseits degenerativen Veränderungen an der HWS und andererseits einer im Verlauf hinzugekommenen psychischen Beschwerdesymptomatik zugeschrieben werden.

E. 4.2

Damit kann namentlich gestützt auf die schlüssige Aktenbeurteilung des Kreisarztes Dr. B.____ vom 24. November 2014 (Urk. 16/56), die sich widerspruchlos in die übrige medizinische Aktenlage einfügt, abgestellt werden, wo nach der Beschwerdeführer beim Sturz vom 25. Juli 2014 keine strukturellen organischen Schädigungen erlitten hat und die heutigen Beschwerden auf eine im Vordergrund stehende - zum Unfall teilkasale - depressive Entwicklung zurückzuführen ist (E. 3.7). Hier bedarf es einer besonderen

Adäquanzprüfung (vgl. zum Ganzen etwa Bundesgerichtsurteil 8C_754/2011 vom 20. April 2012 E.

E. 5

Hinsichtlich des Zeitpunkts des Fallabschlusses ergibt sich, dass Dr. A.____ am 14. August 2014

als Therapiemassnahmen Physiotherapie, Analgetika und Antidepressiva sowie ärztliche Konsultationen alle zwei bis drei Wochen auf führte und ab September 2014 die Wiederaufnahme der Arbeit zu

50 % vermerkte (E. 3.2). Entsprechendes bestätigte er auch in seinem Bericht vom 15. Oktober 2014 (Urk. 16/34 S. 3). Anlässlich des stationären Aufenthaltes vom 4. bis 19. November 2014 erfolgten als Behandlungsmassnahmen Analgesie, eine antidepressive Medikation, sowie die physiotherapeutische Betreuung. Sodann wurde auf eine weitere psychotherapeutische Nachbetreuung in der Höhenklinik C.____ hingewiesen (E. 3.6). Im dortigen Austrittsbericht wurden als weitere ambulante Therapien eine Physiotherapie, eine medizinische Trainingstherapie und eine ergotherapeutische Gestaltungstherapie im Rahmen einer Tagesklinik vorgeschlagen (E. 3.8).

Dass bei Fallabschluss (die Beschwerdegegnerin stellte ihre Versicherungsleistungen per 31. März 2015 ein) von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine bedeutende Besserung des Gesundheitszustandes beziehungsweise noch

eine namhafte Steigerung der allein massgeblichen Arbeitsfähigkeit, so weit diese unfallbedingt beeinträchtigt war, erwartet werden konnte (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 4.3 und E. 6.1), geht damit aus den Akten nicht hervor. Die seitens der Ärzte der Höhenklinik C.____ empfohlenen Therapien wurden denn auch bereits weitgehend erfolglos durchgeführt, weshalb deren Fortsetzung keine bedeutende gesundheitliche Verbesserung verspricht (Bundesgerichtsurteil 8C_736/2012 vom 10. Dezember 2012 E. 3.2.2). Allfällige noch behandlungsbedürftige psychische Beschwerden bilden sodann bei der Anwendung der sogenannten Psychopraxis (E. 6. hernach) keinen Grund für einen Aufschub des Fallabschlusses (Bundesgerichtsurteil 8C_892/2015 vom 29. April 2016 E. 4.1). Damit ist der Fallabschluss per 31. März 2015 nicht zu beanstanden.

E. 6.1

Weiter besteht unter den Parteien Uneinigkeit darüber, ob die Adäquanzprüfung nach den Kriterien der sogenannten „Schleudertraumapraxis“ (vgl. BGE 134 V 109) oder nach jenen Kriterien vorzunehmen ist, welche die Rechtsprechung für psychische Unfallschäden entwickelt hat (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c/aa).

E. 6.2.1

Ein Schleudertrauma der HWS oder ein äquivalenter Verletzungsmechanismus im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wurde vorliegend nicht diagnostiziert beziehungsweise

es fehlten in den medizinischen Akten Hinweise, die auf eine derartige Verletzung schliessen liessen. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten. Er beruft sich indessen auf das Vorliegen der Symptome eines Schädel-Hirntraumas.

E. 6.2.2

Nach Lage der Akten diagnostizierten die erstversorgenden Ärzte des Stadtspitals Z. ____ am 25. Juli 2014 eine Commotio cerebri und eine Kontusion des linken Ellbogens. Sie stützten sich hierbei auf die klinischen und bildgebenden Befunde am Ereignistag und die Resultate der 24-stündigen GCS-Überwachung, die sich sowohl beim Eintritt im Spital, welcher durch Selbsteinweisung des Beschwerdeführers in die Notfallabteilung erfolgte, als auch in der späteren Überwachung, allzeitig als unauffällig zeigte, so dass der Beschwerdeführer nach ambulanter Betreuung und unauffälliger Überwachung bereits am Folgetag das Spital wieder verlassen konnte (E. 3.1.1 und E. 3.3).

Die Diagnose einer Contusio capitis mit Commotio cerebri ist demgegenüber erstmals im Bericht vom 12. November 2014 aktenkundig (Urk. 16/40). Die „neue“ Diagnosestellung erfolgte im Zusammenhang mit der Begründung der beantragten Kostengutsprache für eine stationäre Hospitalisation des Beschwerdeführers (vgl. E. 3.5) und wurde danach in die Diagnoselisten der folgenden Arztberichte aufgenommen (vgl. Urk. 16/53, Urk. 16/86, Urk. 16/73). Eine Abweichung in Bezug auf den Schweregrad des Schädelhirntraumas gegenüber den erstuntersuchenden Ärzten wurde indessen nicht begründet. Auch ergaben sich diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse aufgrund des MRI vom 13. Oktober 2014 (vgl. E. 3.4) im Vergleich mit den Voruntersuchungen mittels CT (vgl. E.

3.1.2).

Insofern die Ärzte mit der Berichterstattung vom 12. November 2014 und der Diagnose „Contusio capitis mit Commotio cerebri“ retrospektiv und entgegen den echtzeitlichen Arztberichten ohne weitere Begründung und ohne Anhaltspunkte aus den Akten einen höheren Schweregrad des Traumas zumessen wollten, kann ihnen nicht gefolgt werden. Gestützt auf die zuverlässigen echtzeitlichen Arztberichte kann damit als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt gelten, dass ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer (leichten) Commotio cerebri, nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, erreichte (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_236/2016 vom 11. August

2016 E.

5.2.2). Dies genügt grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_270/2011 vom 28. Juli 2011 E. 2.1 und 8C_476/2007 vom 4. August 2008 E. 4 [publ. in: SVR 2008 UV Nr. 35 S.

133] mit Hinweis auf Urteile U 588/06 vom 11. Dezember 2007 E. 4.2.2, U 419/05 vom 24. März 2006 E. 4.1, U 276/04 vom 13. Juni 2005 E. 2.2 und U 6/03 vom 6. Mai 2003 E. 3.2).

Es kann in Würdigung der medizinischen Akten auch nicht von einem im Anschluss an das Unfallereignis aufgetretenen komplexen und vielschichtigen Beschwerdebild mit eng ineinander verwobenen, einer Differenzierung kaum zu gänglichen Beschwerden physischer und psychischer Natur ausgegangen werden. Die Verneinung einer die Schleudertrauma-Praxis rechtfertigenden Verletzung ist damit nicht zu beanstanden. Sie hält unter der mit BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung, wonach für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis nebst der medizinischen Diagnose eines Schleudertraumas der HWS das weitgehende Vorliegen des für eine derartige Verletzung typischen Beschwerdebildes genügt (BGE 117 V 359 E. 4b), und erst recht im Lichte der mit BGE 134 V 109 formulierten erhöhten Anforderungen an den Nachweis derartiger

Verletzungen stand. Somit hat die Adäquanzbeurteilung nach den bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien im Urteil BGE 115 V 133 zu erfolgen.

E. 7.1

Die Beschwerdegegnerin qualifizierte das Ereignis vom 25. Juli 2014 allerhöchstens als im Bereich der mittelschweren im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (Urk. 2 S. 9). Eine höhere Einstufung rechtfertigt sich

mit Blick auf

die Rechtsprechung nicht,

ordnete

doch auch das ehemalige Eidgenössische Versicherungsgericht im Urteil U 344/02 vom 10. Oktober 2003 einen gleichgelagerten Fall (Sturz beim Duschen mit Verletzungen an Kopf, Hals und Rücken) höchstens den leichteren Ereignissen im mittleren Bereich zu (vgl. Urteil a.a.O. E. 4.1).

Bei der gegebenen Unfallschwere — mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen — müssten von den zusätzlich zu beachtenden Kriterien gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa (besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit) mindestens vier in einfacher Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte (vgl. etwa Bundesgerichtsurteile 8C_899/2013 vom 15. Mai 2014 E. 5.1; 8C_487/2009 vom 7. Dezember 2009 E. 5; 8C_421/2009 vom 2. Oktober 2009 mit Hinweisen auf BGE 134 V 109 E. 10.1; 117 V 359 E. 6.; Urteil 8C_70/2009 vom 31. Juli 2009 E. 3.2.2).

E. 7.2.1

Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls beurteilten sich praxisgemäss objektiv und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls des Versicherten (SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7, Bundesgerichtsurteil 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6.1 mit Hinweisen). Der nachfolgende Heilungsprozess ist bei der Beurteilung der Unfalldramatik nicht relevant (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2007 vom 7. August 2008 E. 11.1).

Beim Geschehen vom 25. Juli 2014 kann aus objektiver Warte nicht von besonders dramatischen Begleitumständen oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls gesprochen werden. Für solche oder ähnliche Umstände ergeben sich keine Anhaltspunkte.

E. 7.2.2

Mit Blick auf die Rechtsprechung ist auch nicht auf Verletzungen von besonderer Schwere oder besonderer Art zu schliessen, die überdies speziell geeignet wären, eine psychische Fehlentwicklungen auszulösen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2009 vom

19. November 2009 E. 3.6, wonach selbst bei einem von den Ärzten als schwer bezeichneten Polytrauma mit Thorax- und Abdominaltrauma und offenen Gesichtsschädelfrakturen die Voraussetzungen als nicht erfüllt erachtet wurden).

Weiter liegt hinsichtlich der allein massgebenden physischen Beschwerden auch keine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung vor (Urteil des Bundesgerichts 8C_903/2009 vom 28. April 2010 E. 4.6). Die Ellbogenverletzung wurde bereits in den Berichten vom Oktober 2014 (Urk. 16/36) gar nicht mehr erwähnt und war folglich nicht mehr behandlungsbedürftig. Die Unfallbehandlung beschränkte sich zur Hauptsache auf ambulant und stationär durchgeführte Physiotherapie und Schmerzbekämpfung mit Analgetika und die stationäre Behandlung in C.____ bestand in Sport-, Ergo und Atemtherapie (Urk. 16/83 S. 2), was zur Bejahung des Kriteriums nicht genügt, da dabei nicht bloss der zeitliche Massstab, sondern auch Art und Intensität der Behandlung zu berücksichtigen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_344/2013 vom 10. Oktober 2013 E. 10).

E. 7.2.3

Den medizinischen Akten sind überdies weder Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung zu entnehmen noch kann von einem unfallbedingt schwierigen Heilungsverlauf mit erheblichen Komplikationen gesprochen werden, weshalb diese beiden Kriterien ebenfalls nicht bejaht werden können.

E. 7.2.4

Hinsichtlich des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ergibt sich, dass nach dem Ereignis vom 25. Juli 2014 der Beschwerdeführer bereits am Folgetag aus dem Spital entlassen wurde und ihm ab September 2014 die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 %

attestiert wurde (E. 3.4 und Urk. 16/22). Entsprechendes wurde im Bericht vom 15. Oktober 2014 bestätigt, wobei in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit und eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit darauf hingewiesen wurde, dass der Beschwerdeführer bereits pensioniert sei und in seiner letzten Arbeitswoche vor der Pensionierung verunfallte (Urk. 16/34 S. 3). Das Kriterium ist damit als nicht erfüllt zu erachten.

E. 7.2.5

Beim Aspekt körperlicher Dauerschmerzen ist zu berücksichtigen, dass psychische Beschwerden, die körperlich imponieren, nicht in die Beurteilung mitein zubeziehen sind (vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6). Die vorliegend geklagten Schmerzen lassen sich nicht (mehr) auf ein organisch nachweisbares Substrat zurückführen, so dass auch dieses Kriterium als nicht erfüllt zu gelten hat.

E. 7.2.6

Zusammenfassend ist somit keines der insgesamt sieben Kriterien erfüllt, so dass die Adäquanz zu verneinen ist.

Angesichts der klaren Aktenlage sind von weiteren Beweismassnahmen (etwa der Einholung eines Gutachtens, vgl. zum gestellten Antrag des Beschwerdeführers Urk. 8 S. 6) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung (BGE 124 V 90 E. 4b).

E. 7.3

Waren die über den 31. März 2015 hinaus geklagten Beschwerden nicht mehr adäquat kausal durch das Unfallereignis vom 25. Juli 2014 verursacht, so war die mit Verfügung vom 9. März 2015 und mit Einspracheentscheid vom 2. Juli 2015 bestätigte Leistungseinstellung per 31. März 2015 rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht verfügt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Schweizerische Unfallversicherungsanstalt - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

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

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

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