

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00094 vom 13. August 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-08-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00094

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00094 du 13 août 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00094 del 13 agosto 2008

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; in Kraft seit 1. Januar 2003) sind auf die Unfallversicherung anwendbar, soweit das UVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht (Art. 1 Abs. 1 UVG).

2.2 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, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG in der bis 30. Juni 2001 gültigen Fassung). 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).

2.3 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 181 Erw. 3.1, 406 Erw. 4.3.1, 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 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 blosses Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 Erw. 3.1, 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

2.4 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 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2.5 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 begründet erscheint (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, 405 Erw. 2.2, 125 V 461 Erw. 5a).

2.6 Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall seelisch weniger gut verkraften als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 135 Erw. 4b).

2.7 Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 Erw. 3b; BGE 115 V 141 Erw. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 139 Erw. 6; vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.7 Bei der Einteilung der Unfälle mit psychischen Folgeschäden in leichte, mittelschwere und schwere Unfälle ist nicht das Unfallerlebnis des Betroffenen massgebend, sondern das objektiv erfassbare Unfallereignis (vgl. BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2; RKUV 1995 Nr. U 215 S. 91).

2.8 Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist,

einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a).

2.9. Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit 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.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie z.B. eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 140 Erw. 6c/bb, vgl. auch BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 Erw. 2).

2.10. Bei den psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall (sogenannte Psycho-Praxis, BGE 115 V 133) haben die psychischen Unfallfolgen auf den Zeitpunkt der Adäquanzbeurteilung keine Auswirkung, weshalb die Adäquanzprüfung zu dem Zeitpunkt vorzunehmen ist, in welchem von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 116 Erw. 6.1; SVR 2007 UV Nr. 29 S. 99, Erw. 3.1, U 98/06).

Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu verstehen ist, umschreibt das Gesetz nicht näher. Nach der Rechtsprechung ist der Begriff der namhaften Besserung namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, auszulegen. Dabei verdeutlicht die Verwendung des Begriffes namhaft durch den Gesetzgeber, dass die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss, und dass unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (BGE 134 V 115 Erw. 4.3; Urteile des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, vom 20. Mai 2005, U 244/04, Erw. 2 und vom 5. Juli 2001, U 412/00, Erw. 2a).

E. 3

3.1 Im Folgenden ist der für die Kausalitätsbeurteilung massgebende medizinische Sachverhalt zu präzisieren.

3.2 Dr. med. D. ____, Oberarzt, diagnostizierte im Operationsbericht der Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie des Spitals E. ____, (nachfolgend: E. ____) vom 19. April 2004 eine Jochbeinfraktur rechts und eine inkomplette Le Fort-I-Fraktur und erwähnte, dass gleichentags eine Reposition und Osteosynthese der Sutura zygomatica frontalis, der Crista zygomatica-alveolaris und des rechten Nasenpfeilers durchgeführt worden sei (Urk. 8/10/3).

3.3 Mit Austrittsbericht vom 27. April 2004 stellten die Ärzte des E. ____, fest, dass sich der Beschwerdeführer vom 16. April 2004 bis 21. April 2004 im E. ____, in stationärer Behandlung befunden habe. Bei peri- und postoperativ komplikationslosem Verlauf sei er am 21. April 2004 in die ambulante Weiterbehandlung entlassen worden. Der Beschwerdeführer leide nicht unter dem Sehen von Doppelbildern (Urk. 8/10/1).

3.4 Dr. med. F. ____, führte in den Zwischenberichten des E. ____, vom 20. Mai 2004 (Urk. 8/6) und vom 27. Mai 2004 (Urk. 8/5) aus, dass der Beschwerdeführer an einer Hypästhesie des rechten Hirnnervs V2 (nervus maxillaris; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin/New York 2002, S. 1157) leide und stellte eine volle Arbeitsaufnahme ab 11. Mai 2004 fest.

3.5 Mit Bericht vom 2. August 2004 erwähnte Dr. med. G. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dass sie den Beschwerdeführer erstmals am 22. April 2004 behandelt habe. Im Anschluss an den Unfall vom 16. April 2004 habe der Beschwerdeführer unter einem sozialen Rückzug, unter Müdigkeit, unter einem Stimmungsabfall, unter Schlafstörungen und unter Flashbacks gelitten. Es habe sich eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. Nach drei Sitzungen habe der Beschwerdeführer das Rückzugsverhalten aufgegeben, weshalb die Behandlung eingestellt worden sei (Urk. 8/9).

3.6 Prof. Dr. med., Dr. med. dent., Dr. h. c. mult. H. ____, Facharzt FMH für Kiefer- und Gesichtschirurgie, erwähnte in seinem Bericht vom 3. September 2004, dass sich die anfänglich vorhandene Anästhesie im Versorgungsbereich des Nervus infraorbitalis zurückgebildet habe. Als Restzustand des Traumas bestehe ein deutlich nach vorn und seitlich protrudierender Jochbeinkomplex, ein leichter Tiefstand des rechten Auges sowie ein leichter Enophthalmus mit vertieftem Sulcus palpebralis superior sowie ein abstehender lateraler Lidwinkel. Es sei ein operativer Eingriff zur Entfernung des Osteosynthesematerials, zur Remobilisierung und neuen Einstellung des Jochbeins sowie zur Revision und Anhebung des Orbitabodens geplant. Die erneute Osteosynthese werde

resorbierbaren Platten und Schrauben durchgeführt. Es sei hingegen möglich, dass durch diesen Eingriff die Funktion des Nervus infraorbitalis beeinträchtigt werde (Urk. 8/12).

3.7 Die Ärzte des Medizinisch Diagnostischen Instituts an der Privatklinik I. erwählten im CT-Bericht vom 6. September 2004, dass eine am 3. September 2004 durchgeführte Computertomographie (CT) des Mittelgesichts des Beschwerdeführers einen Defekt im Orbitaboden sowie eine Impression der ventralen Kieferhöhlenwand ergeben habe (Urk. 8/14).

3.8 Mit Zwischenbericht vom 14. Oktober 2004 stellten die Ärzte des E. eine volle Arbeitsaufnahme per 10. Mai 2004 fest. Als bleibender Nachteil sei eine Hypästhesie in der seitlichen rechten Nasenregion sowie ein etwas zu weit lateral liegender Augenwinkel rechts mit der Möglichkeit einer Korrekturoperation zu erwarten. Es sei eine Reoperation bei überkonturierter Jochbeinprominenz rechts geplant (Urk. 8/21).

3.9 Die Ärzte der Augenklinik des E. stellten in ihrem Bericht vom 22. April 2005 fest, dass der Beschwerdeführer seit der Orbitabodenrevision im Oktober 2004 unter störenden vertikalen Doppelbildern im Abblick leide. Die orthoptische Untersuchung habe eine leichte restriktive Hebungs- und Senkungseinschränkung rechts mit konsekutiven Doppelbildern im Auf- und Abblick ergeben (Urk. 8/42/4).

3.10 Prof. Dr. H. stellte in seinem Bericht vom 16. Juni 2005 fest, dass der Bulbustiefstand durch die operativen Korrekturmaßnahmen deutlich gebessert worden sei. Der Beschwerdeführer leide unter dem Sehen von Doppelbildern beim Blick nach unten und unter einer Gefäßirritation der Haut infraorbital rechts. Objektiv bestehe ein sogenannter diskreter Sklerenblick des rechten Auges und ein diskreter Tiefstand des rechten Bulbus. Die traumatisch bedingte Gesichtasymmetrie sei insgesamt jedoch sehr diskret und ästhetisch nicht nachteilig (Urk. 8/27/1).

3.11 In ihrem Bericht vom 2. Mai 2006 erwähnte Dr. G., dass sie durch den Beschwerdeführer am 30. März 2006 erneut konsultiert worden sei, und stellte die folgenden Diagnosen (Urk. 8/41/3):

- zunehmende depressive Entwicklung (aktuell schwere depressive Episode) im Zusammenhang mit dem Trauma vom 16. April 2004
- erneute Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung
- bleibende somatische Schäden im Zusammenhang mit dem Trauma vom 16. April 2004.

Von der im Herbst 2004 durchgeführten Reoperation habe sich der Beschwerdeführer nie mehr erholt. Er leide unter einer depressiven Symptomatik. Es sei eine antidepressive Psychopharmakotherapie und eine stützende Gesprächstherapie indiziert (Urk. 8/41/5-7).

3.12 Dr. med. J., Facharzt FMH für Augenheilkunde, stellte mit Bericht vom 12. Mai 2006 fest, dass der Beschwerdeführer seit der im Oktober 2004 durchgeführten Orbitabodenrevision unter störenden, vertikalen Doppelbildern im Abblick sowie unter einem ziehenden Gefäß im Bereich der rechten Periorbitalregion beim horizontalen Linksblick sowie unter stark brennenden Augen nach längerer Arbeit am Computer leide (Urk. 8/42/2). Aus psychischen Gründen bestehe seit Februar 2006 eine

Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8/42/3).

3.13 Am 7. September 2006 führte Dr. J. aus, dass mit einer befeuchtenden Therapie und einer Entlastungsbrille eine Besserung der Beschwerden eingetreten sei. Die Doppelbildproblematik bei starkem Abblick bestehe unverändert, sei aber nicht sehr störend (Urk. 8/56/1). Auf Grund des guten Ansprechens auf die aktuelle Behandlung seien keine weiteren therapeutischen Massnahmen angezeigt (Urk. 8/56/2).

3.14 Dr. med. K., Facharzt für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, stellte in seiner Beurteilung des Integritätsschadens vom 29. September 2006 fest, dass der Beschwerdeführer wegen einer leichter Senkungseinschränkung des rechten Auges unter dem Sehen von Doppelbildern im Extrem-Abblick leide. Sodann stehe die rechte Orbita etwas tiefer als links, was kosmetisch in Erscheinung trete (Urk. 8/60/3).

In seinem Bericht vom 29. September 2006 stellte Dr. K. fest, dass von einer weiteren ärztlichen Behandlung keine Verbesserung mehr zu erwarten sei, und dass der Endzustand erreicht sei. Der Beschwerdeführer müsse jedoch weiterhin eine befeuchtenden Augentherapie durchführen (Urk. 8/60/2).

3.15 Die Ärzte des Medizinisch Diagnostischen Instituts an der Privatklinik I. erwähnten im CT-Bericht vom 24. Oktober 2006, dass eine gleichtags durchgeführte Computertomographie des Mittelgesichts des Beschwerdeführers einen geringen Enophthalmus sowie einen im Vergleich zur linken Seite um 1,5 Millimeter tiefer stehenden rechten Orbitaboden ergeben habe (Urk. 8/69/3).

3.16 Prof. Dr. H. erwähnte in seinem Bericht vom 24. Oktober 2006, dass beim Beschwerdeführer am 8. Oktober 2004 eine Reosteotomie der Augenhöhlenwände durchgeführt worden sei. Gleichzeitig sei der Enophthalmus mit lyophilisiertem Knorpel korrigiert worden. Der Zustand sei befriedigend, die Konturen seien weitgehend symmetrisch und die Motilität des rechten Auges sei ausgezeichnet. Bei extremem Blick nach unten bestehe hingegen eine Diplopie, welche im Alltag nur eine geringe Behinderung darstelle. Störend sei gegenwärtig ein interner Narbenzug auf das seitliche rechte Unterlid, welcher zu Rötung, Tränenfluss und Austrocknung des Auges führe. Es sei eine Kanthotarsorrhaphie sowie eine Narbenlösung und Unterlegen der seitlichen Infraorbitalregion mit lyophilisiertem Knorpel zur Unterstützung des Augenlids angezeigt (Urk. 8/69/2).

E. 4

4.1 Aus den erwähnten medizinischen Akten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer seit der im Oktober 2004 durchgeführten Reoperation im Bereich des rechten Auges zur Hauptsache unter dem Sehen von Doppelbildern bei stark nach unten gerichtetem Blick leidet (Urk. 8/42/4, Urk. 8/27/1, Urk. 8/42/2, Urk. 8/56/1, Urk. 8/69/2). Sowohl Dr. J. (Urk. 8/56/1) als auch Prof. Dr. H. (Urk. 8/27/1, Urk. 8/69/2) vertraten jedoch übereinstimmend die Meinung, dass das Sehen von Doppelbildern nicht sehr störend sei, und dass der Beschwerdeführer dadurch bei seinen alltäglichen Verrichtungen nur in geringem Ausmass behindert werde.

4.2 Während Dr. J. davon ausging, dass zum Zeitpunkt der letzten Verlaufskontrolle vom 4. August 2006 auf Grund eines guten Ansprechens auf die durchgeführte befeuchtende Therapie und den Gebrauch einer Entlastungsbrille keine

weiteren therapeutischen Massnahmen angezeigt seien (Urk. 8/56/2), vertrat Dr. K.____ (Urk. 8/60/2) die Meinung, dass von einer weiteren Ärztlichen Behandlung keine Verbesserung mehr zu erwarten sei, und dass der Endzustand erreicht sei (Urk. 8/60/2).

4.3. Die Beurteilung durch Prof. Dr. H.____ steht dazu in keinem Widerspruch. Denn obwohl Prof. Dr. H.____ in seinem Bericht vom 24. Oktober 2006 eine Kanthotarsorrhaphie sowie eine NarbenlÖsung und Unterlegen der seitlichen Infraorbitalregion mit lyophilisiertem Knorpel zur Unterstützung des Augenlids als angezeigt erachtete, hielt er gleichzeitig fest, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwei Jahre nach dem Eingriff vom Oktober 2004 befriedigend sei, dass die Konturen weitgehend symmetrisch seien, dass die Motilität des rechten Auges ausgezeichnet sei, und dass die bei extremem Blick nach unten bestehende Diplopie im Alltag des Beschwerdeführers nur eine geringe Behinderung darstelle (Urk. 8/69/2). Vorliegend kann die Frage, ob der von Prof. Dr. H.____ vorgeschlagene erneute Eingriff aus medizinischen Gründen angezeigt sei, offen gelassen werden. Denn die Frage nach dem Anspruch des Beschwerdeführers auf Übernahme der Kosten dieser Behandlung gehört nicht zum Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens (vgl. Erw. 1.3). Jedenfalls sind auf Grund des Umstandes, dass Dr. J.____ und Dr. G.____ die von Prof. Dr. H.____ vorgeschlagene Behandlung als verfrüht ansahen (Urk. 8/69/1), gewisse Zweifel an einer Indikation für diese Behandlung nicht von der Hand zu weisen.

Selbst wenn es sich jedoch erweisen sollte, dass die von Prof. Dr. H.____ vorgeschlagene Behandlung, aus medizinischen Gründen angezeigt wäre, würde dieser Umstand an der Beurteilung von Dr. K.____, wonach in somatischer Hinsicht der Endzustand erreicht sei, nichts ändern. Denn für die Annahme des Endzustandes im unfallversicherungsrechtlichen Sinne muss die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende gesundheitliche Verbesserung von einer gewissen Erheblichkeit sein; unbedeutende Verbesserungen genügen nicht. Bei der Beurteilung, ob eine namhafte gesundheitliche Verbesserung einer Heilbehandlung zu erwarten ist, ist sodann insbesondere die erwartete Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen. Vorliegend besteht gemäss der Beurteilung der Ärzte des E.____ aus somatischen Gründen seit 11. Mai 2004 (Urk. 8/5-6), beziehungsweise seit 10. Mai 2004 (Urk. 8/21) eine volle Arbeitsfähigkeit. Die von Prof. Dr. H.____ vorgeschlagenen therapeutischen Massnahmen änderten an der Arbeitsfähigkeit aus somatischen Gründen nichts. Eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes ist durch die von Prof. Dr. H.____ vorgeschlagenen Massnahmen daher nicht zu erwarten.

4.4. Gestützt auf die nachvollziehbaren Beurteilungen durch Dr. J.____ vom 7. September 2006 (Urk. 8/56/1) und durch Dr. K.____ vom 29. September 2006 (Urk. 89/60/2) ist daher davon auszugehen, dass spätestens am 4. August 2006 von einer weiteren somatischen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden konnte, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin zum Zeitpunkt bei Erlass der Verfügung vom 25. August 2006 (Urk. 8/52) die Adhärenzfrage prüfte. Entgegen den diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 f.) kann daher nicht von einer verfrühten Adhärenzprüfung die Rede sein.

E. 5

5.1. In psychischer Hinsicht leidet der Beschwerdeführer gemäss der Beurteilung durch Dr. G.____ seit der im Herbst 2004 durchgeführten Reoperation zur

Hauptsache an einer depressiven Entwicklung im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 16. April 2004 (Urk. 8/41/5-7). Gemäss der Beurteilung durch Dr. J. ___ bestand aus psychischen Gründen seit Februar 2006 eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/42/3).

5.2.2.2.2 Ob die psychische Störung, an welcher der Beschwerdeführer leidet, zumindest teilweise auf den Unfall vom 16. April 2004 zurückzuführen ist, was für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt (BGE 119 V 338 Erw. 1; vgl. auch BGE 129 V 181 Erw. 3.1 und 406 Erw. 4.3.1), braucht vorliegend nicht näher abgeklärt zu werden. Denn praxisgemäss kann auf weitere Beweisvorkehren zur natürlichen Kausalität verzichtet werden, wenn der adäquate Kausalzusammenhang ohnehin zu verneinen ist, was hier zutrifft (Erw. 7 hiernach; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 Erw. 3c; Urteile des Bundesgerichts in Sachen B. vom 16. Mai 2008, 8C_355/2007, Erw. 3.3.1, vom 31. Januar 2008, U 70/07, Erw. 5.1, und vom 16. Januar 2008, U 42/07, Erw. 3.3 mit Hinweisen).

E. 6

6.1.2.2.2 Zu prüfen ist im Hinblick auf die Adäquanzfrage die objektive Schwere des Unfallereignisses vom 16. April 2004.

6.2.2.2.2 Der Beschwerdeführer wurde auf der Strasse unerwartet Opfer eines tätlichen Angriffs. Durch eine ihm unbekannt Person erlitt der Beschwerdeführer einen Faustschlag ins Gesicht (Urk. 8/1, Urk. 8/4/5) und zog sich dabei eine Jochbeinfraktur sowie eine inkomplette Le Fort I-Fraktur (Urk. 8/10/3) zu. Die Beschwerdegegnerin stuft dieses Ereignis als mittelschwer (Urk. 2 S. 4), der Beschwerdeführer als mittelschwer oder schwer (Urk. 1 S. 7) ein.

6.3.2.2.2 Im Urteil in Sachen Z. vom 19. November 2007, U 2/07, Erw. 5.3.1, hat das EVG seine Rechtsprechung zur Unfallschwere konkretisiert. Danach bestimmt sich die Schwere des Unfalles nach dem augenfälligen Geschehensablauf (BGE 115 V 133 Erw. 6 Ingress S. 139) mit den sich dabei entwickelnden Kräften (vgl. RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207), nicht jedoch nach den Folgen des Unfalles oder nach den Begleitumständen, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Kriterien, welche bei der Beurteilung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden, 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 Eindringlichkeit des Unfalls zu prüfende - äussere Umstände, wie Verletzungs- oder Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (Urteile des EVG in Sachen Z. vom 19. November 2007, U 2/07, Erw. 5.3.1; in Sachen K. vom 17. August 2006, U 503/05, Erw. 3.1 und 3.2).

6.4.2.2.2 Nicht gefolgt werden kann dem Beschwerdeführer, wenn er das fragliche Ereignis den schweren Unfällen zuordnen will. Aufgrund des Geschehensablaufs und der Verletzungen, die sich der Beschwerdeführer anlässlich des Ereignisses vom 16. April 2004 zuzog, liegt im Sinne der Rechtsprechung (vgl. dazu die Übersicht in RKUV 1995 Nr. U 215 S. 90) kein ausserordentlich schweres, lebensbedrohendes Geschehen vor.

6.5.2.2.2 Zu prüfen bleibt hingegen, ob es sich beim fraglichen Ereignis um einen Unfall im mittleren Bereich angrenzend an die schweren Unfälle handelte. Bisher qualifizierte das EVG beispielsweise die folgenden Ereignisse als Unfälle im mittleren Bereich angrenzend an die schweren Unfälle (in Urteil des EVG in Sachen B. vom 27.

- Auf einen Bauhandlanger kippten acht schwere Schalungselemente mit einer Länge von 2,5 m, einer Breite von 2 m und einem Durchmesser von 10 cm; er konnte erst nach rund sechs Minuten unter Zuhilfenahme eines Krans befreit werden; er erlitt eine Kontusion der Lendenwirbel und des Thorax sowie verschiedene Schürfwunden.

6.6. Vorliegend erlitt der Beschwerdeführer zwar anlässlich des Unfallereignisses Verletzungen von ursprünglich gravierendem Charakter im Sinne von Frakturen des Gesichtsschädels. Die Folgen des Unfalls und dessen Begleitumstände sind hingegen bei der Kategorisierung der Unfälle ausser Acht zu lassen. Beim Unfallereignis als solchem handelt es sich um einen Faustschlag und somit nicht um einen besonders eindrücklichen Geschehensablauf, weshalb das Ereignis vom 16. April 2004 zwar als Unfall im mittleren Bereich, nicht jedoch als mittlerer Unfall angrenzend an die schweren Unfälle zu qualifizieren ist. Die Adäquanz ist demnach zu bejahen, wenn ein einzelnes der in die Beurteilung einzubeziehenden Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre oder mehrere der zu berücksichtigenden Kriterien gegebenen wären (BGE 115 V 140 f. Erw. 6c/bb), wobei diese Kriterien bei einer psychischer Fehlverarbeitung von Unfällen nur zu berücksichtigen sind, soweit sie somatisch bedingt sind (BGE

115 V 140, RKUV 1999 Nr. U 341 S. 409 Erw. 3b).

E. 7

7.1. Dem Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, beim Betroffenen während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was im einzelnen Betroffenen beim Unfall psychisch vorgeht - sofern sich dies überhaupt zuverlässig feststellen liesse -, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei Betroffenen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335, S. 209, Erw. 3b/bb; RKUV 2000 Nr. U 394, S. 313, Erw. 5). Dabei ist auf eine weite Bandbreite der versicherten Personen abzustellen (BGE 115 V 135 Erw. 4b). Beim Unfallereignis vom 16. April 2004 handelt es sich um einen Faustschlag, welcher sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen ereignete, und - objektiv betrachtet - nicht von besonderer Eindrücklichkeit im Sinne der Rechtsprechung war, weshalb das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls nicht erfüllt ist.

7.2. Der Beschwerdeführer zog sich anlässlich des Unfalls eine Jochbeinfraktur sowie eine inkomplette Le Fort I-Fraktur (Urk. 8/10/3) zu und litt unmittelbar nach dem Unfall unter einer Hypästhesie des rechten Hirnnervs V2 (Urk. 8/5-6). Sodann muss er mit einem bleibenden Gesundheitsschaden im Sinne einer Doppelbildproblematik im Abblick und einer raschen Ermüdbarkeit des rechten Auges rechnen und wird weiterhin eine augenbefeuchtende Therapie durchführen müssen. Unter diesen Umständen ist die am 16. April 2004 erlittene Verletzung als schwerwiegend genug einzustufen, um ihre Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu bejahen. Das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen somatischen Verletzungen wurde durch das versicherte Unfallereignis daher erfüllt.

Hingegen handelte es sich bei den erlittenen somatischen Verletzungen nicht um solche von aussergewöhnlich schwerer oder lebensbedrohender Art. Das Kriterium der Schwere und besonderen Art der erlittenen somatischen Verletzungen ist vorliegend daher nicht in besonders ausgeprägter Weise erfüllt.

7.3 Nicht erfüllt ist das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung. Denn der Beschwerdeführer wurde erstmals relativ kurze Zeit nach dem Unfallereignis vom 16. April 2004 am 19. April 2004 operativ behandelt und nach komplikationslosem Verlauf bereits am 21. April 2004 in die ambulante Nachbehandlung entlassen (Urk. 8/10/1). Anschliessend wurde im Oktober 2004 zwar eine Reoperation durchgeführt (Urk. 8/42/4). Seither nahm der Beschwerdeführer auf Grund der somatischen Beschwerden jedoch nur noch vereinzelt Arztkonsultationen wahr (Urk. 8/42/2-3). Unter diesen Umständen kann das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung nicht als erfüllt gelten. Im Anbetracht der Schwere der erlittenen Verletzungen kann nicht von einer ungewöhnlich langen ärztlichen Behandlung gesprochen werden. Im Übrigen hat die Behandlung der psychischen Unfallfolgen im Rahmen der Adäquanzbeurteilung unberücksichtigt zu bleiben.

7.4 Von einer ärztlichen Fehlbehandlung, welche die somatischen Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, kann nicht gesprochen werden, ebenso wenig von einem schwierigen Heilungsverlauf und erheblichen Komplikationen. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigen (Urteile des EVG in Sachen Z. vom 4. Mai 2004, U 89/03, in Sachen F. vom 10. September 2003, U 343/02, und in Sachen B. vom 7. August 2002, U 313/01). Solche Gründe liegen hier nicht vor.

7.5 Nicht als erfüllt gelten kann sodann das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff.). Denn gemäss der Beurteilung durch die Ärzte des E. ___ bestand aus somatischen Gründen unmittelbar nach dem Unfall vom 16. April 2004 nur eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 10. Mai 2004 (Urk. 8/5-6), beziehungsweise bis zum 9. Mai 2004 (Urk. 8/21). Bei der seit Februar 2006 bestehenden Arbeitsunfähigkeit handelt es sich sodann um eine solche aus psychischen Gründen (Urk. 8/42/3). Eine durch ein psychisches Leiden verursachte Arbeitsunfähigkeit ist vorliegend jedoch nicht zu berücksichtigen.

7.6 Nicht erfüllt ist schliesslich das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen. Für körperliche Dauerschmerzen lassen sich den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte entnehmen. Vielmehr wird der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht nicht vorwiegend durch Schmerzen, sondern durch eine Doppelbildproblematik beeinträchtigt.

8. Da somit weder ein einzelnes Beurteilungskriterium in besonders ausgeprägter Weise noch mehrere der massgebenden Beurteilungskriterien in gehäuft oder auffallender Weise erfüllt sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem versicherten Unfallereignis vom 16. April 2004 und dessen psychischen Folgen zu verneinen.

9. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 25. August 2006 (Urk. 8/52) und mit dieser bestätigenden Einspracheentscheid vom 13. Februar 2007 (Urk. 2) mangels eines adäquaten

Kausalzusammenhangs ihre Leistungspflicht für die psychischen Folgen des Unfalls vom 16. April 2004 verneinte. Demnach ist die gegen den angefochtenen Einspracheentscheid 13. Februar 2007 erhobene Beschwerde abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Rolf Tandler

- 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).

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