

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00011 vom 12. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2015.00011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00011)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00011 du 12 février 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00011 del 12 febbraio 2016

## Erwägungen

### E. 1

Der 1965 geborene X.\_\_\_\_ war als Plattenleger bei der Y.\_\_\_\_ GmbH tätig und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als am 19. Juli 2012

beim Schleifen einer Keramikplatte der Schleifstein zersprang, Splitter davon das Gesicht des Versicherten trafen und das Brillenglas zerschlugen

(Schadenmeldung vom 9. August 2012, Urk. 9/5). Der Versicherte erlitt dabei eine Impressionsfraktur des Os frontale links, eine Orbitadachfraktur links, eine Fraktur der Alajossa

ossis

sphenoidalis links, sowie eine Rissquetschwunde an der linken Hand, wobei er zuerst vom 19. bis 20. Juli 2012 (Urk. 9/31) sowie nach Anschwellung der Verletzungen erneut vom 1. bis 6. August 2012 zur Obliteration der Impressionsfraktur am Os frontale im Z.\_\_\_\_ hospitalisiert war (Urk. 9/13/1). Die SUVA

trat auf den Schaden ein und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen, Urk. 9/19). In den Monaten nach der Operation klagte der Versicherte über verschiedene Beschwerden wie Schwindel, Kopfschmerzen, Sensibilitätsstörungen im Gesichts-/Kopfbereich, Ohrensausen sowie auftretende Doppelbilder (Urk. 9/15/1, Urk. 9/40, Urk. 9/85, Urk. 9/57, Urk. 9/48), weshalb diverse Abklärungen im Z.\_\_\_\_ getätigt wurden. Ab Februar 2013 war der Versicherte ausserdem bei Dr. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Urk. 9/127) sowie in der Zeit vom 30. Januar 2014 bis 11. Juni 2014 (mit Unterbruch) in der B.\_\_\_\_

in psychiatrischer Behandlung (Urk. 9/219/8-9, Urk. 9/204/5-6). Mit Verfügung vom 4. März 2014 (Urk. 9/193) stellte die SUVA ihre Versicherungsleistungen mangels Vorliegen adäquater Unfallfolgen per 31. März 2014 ein und verneinte einen Anspruch auf eine Rente sowie auf eine Integritätsentschädigung. Die vom Versicherten am 27. März 2014 dagegen erhobene Einsprache (Urk. 9/197, Urk. 9/204) wies die SUVA

mit Einspracheentscheid vom 21. November 2014 ab (Urk. 2).

### E. 1.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (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).

#### **E. 1.2.1**

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

#### **E. 1.2.2**

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

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).

#### **E. 1.2.3**

Sind die geklagten Beschwerden unfallkausal, aber nicht im Sinne der Rechtsprechung objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen und sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 126 ff. E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa), anzuwenden (nachfolgend E. 1.2.4).

#### **E. 1.2.4**

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 133 E. 4b).

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 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 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 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

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: - 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 (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa ). 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 Kausalzusammenhanges 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 zum Beispiel 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 gehäufte 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 133 E. 6c/ bb , vgl. auch BGE 120 V 352 E. 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 E. 2).

## E. 2

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 12. Januar 201

### E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid dafür, gestützt auf die medizinische Aktenlage sei ausgewiesen, dass beim Beschwerdeführer keine objektivierbaren somatischen Unfallfolgen mehr vorliegen würden, weshalb gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu den Fällen bei psychischer Fehlentwicklung die Adäquanz gemäss BGE 115 V 133 zu prüfen und beim Vorliegen eines mittelschweren Unfalles mangels erfüllter Kriterien zu verneinen sei (Urk. 2).

Mit Beschwerdeantwort hielt die Beschwerdegegnerin sodann in Korrektur der Ausführungen im Einspracheentscheid

dafür, es sei vorliegend nicht von einem mittelschweren, sondern höchstens von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen auszugehen (Urk. 8).  
2.2

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch bestehenden Beschwerden und dem Unfallereignis vom 19. Juli 2012 zu bejahen. Beim Ereignis vom 19. Juli 2012 handle es sich um einen mittelschweren Unfall und die von der Rechtsprechung geforderten Kriterien seien in ausreichendem Masse erfüllt (Urk. 1, Urk. 12). 3.3.1

Die behandelnden Ärzte des Z.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer vom 19. bis 20. Juli 2012 hospitalisiert war, diagnostizierten (1) eine Impressionsfraktur des Os frontale links (bei intakter Hinterwand und Hämosinus) (2) eine dislozierte Orbitadachfraktur links (bei kleiner Rissquetschwunde Augenbraue links und mehreren Fremdkörper

präseptal) (3) eine Fraktur der Ala major

ossis

sphenoidalis links sowie (4) eine Rissquetschwunde dorsalseits über PIP Dig. III Hand links (Urk. 9/31). Eine Bewusstlosigkeit oder sonstige Comotiozeichen bestanden keine. Der Glasgow Coma

scale

(GCS) betrug stets 15 (Urk. 9/152/15). Nach einer Reinigung der Conjunctiva /Cornea durch die Fachärzte der Ophthalmologie

des Z.\_\_\_\_

(Urk. 9/9/2) wurde in der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des Z.\_\_\_\_

eine Wundversorgung supraorbital mit Fremdkörperentfernung durchgeführt (Urk. 9/9).

Nach unauffälliger neurologischer Überwachung während der Nacht auf den 20. Januar 2012 (Urk. 9/13/1, Urk. 9/31/2) und erneuter ophthalmologischer Untersuchung

(Urk. 9/59) wurde der Beschwerdeführer am 20. Januar 2012 nach Hause entlassen. Beim Austritt bestanden keine Kopfschmerzen, Übelkeit

oder Erbrechen und der Beschwerdeführer war orientiert und adäquat reagierend

(Urk. 9/31/2). 3.2

Nachdem die Verletzung abgeschwollen war, wurde am 2. August 2012 eine Obliteration des Sinus frontalis links und eine Rekonstruktion mit Knochen transplantat von der Tabula externa parietal links durchgeführt (Urk. 9/14), wofür der Beschwerdeführer erneut vom 1. bis 6. August 2012 im Z.\_\_\_\_

hospitalisiert war (Urk. 9/13). Die Ärzte berichteten im Austrittsbericht über einen problemlosen postoperativen Verlauf. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (Urk. 9/13/2). 3.3

Postoperativ klagte der Beschwerdeführer

anlässlich der ersten Verlaufskontrolle am 17. August 2012 insbesondere über Schwindel (Urk. 9/15/1) sowie im weiteren Verlauf auch über Kopfschmerzen und Sensibilitätsstörungen im Gesichts-/Kopfbereich, über Ohrensausen sowie über auftretende Doppelbilder bei Nichttragen seiner

Brille (Urk. 9/40, Urk. 9/85, Urk. 9/57, Urk. 9/48), weshalb

diverse

Abklärungen am Z.\_\_\_\_ getätigt wurden. Eine CT-Untersuchung des Schädels vom 28. September 2012 ergab regelrechte postoperative Verhältnisse nach Rekonstruktion der Vorderwand des linken Sinus frontalis und des Daches der linken Orbita (Urk. 9/24/2). Die Ärzte der Augenklinik berichteten am 10. Oktober 2012 über eine abgeheilte Erosion und eine adaptierte Bindehaut (Urk. 9/58). Die Ärzte des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Z.\_\_\_\_ berichteten nach durchgeführten Untersuchungen vom 12. Oktober 2012 und 2. November 2012 sodann über unauffällige Untersuchungsbefunde mit Ausnahme einer angegebenen diffusen Gefühlsstörung im Stirn-/Kopfbereich (Urk. 9/40, Urk. 9/39). Am 16. November 2012 äusserten sie den Verdacht auf eine Kanalolithiasis des linken horizontalen Bogenganges (Lagerungsschwindel). Hinsichtlich Fühlstörungen hielten sie fest, dass eine gewisse Fühlstörung im Narbenbereich nachvollziehbar sei. Die persistierenden Beschwerden seien aus neurologischer Sicht jedoch nicht erklärbar. Es sei eine funktionelle Komponente anzunehmen (Urk. 9/85/2). Ausserdem kamen sie zum Schluss, dass klinisch-neurologisch kein Hinweis auf eine organische Kopfschmerzursache vorliege (Urk. 9/85/1). Mit Bericht vom 20. Februar 2013 der Klinik für Neurologie, Z.\_\_\_\_, an die Beschwerdeführerin, wurde schliesslich mitgeteilt, es bestehe unverändert ein Schwindel unklarer Ursache. Weitere Konsultationen seien nicht geplant (Urk. 9/84/1). 3.4

Am 28. August 2013 wurde der Beschwerdeführer auf Veranlassung seines Hausarztes (Urk. 9/125) erneut in der Klinik für Neurologie, Z.\_\_\_\_, untersucht (Urk. 9/146). Es wurde festgehalten, anamnestisch sei der Beschwerdeführer derzeit weiterhin durch einen diffusen Schwankschwindel, Kopfschmerzen und Sensibilitätsstörungen im Gesicht eingeschränkt. Klinisch-neurologisch hätten sich eine nicht-dermatomale Hypästhesie im Bereich des Vertex und

eine Hypästhesie und Dysästhesie im Bereich der Stirn links gezeigt bei ansonsten regelrechtem neurologischem Status. Insbesondere gebe es keine Anhaltspunkte für eine peripher-vestibuläre Störung. Aus neurologischer Sicht seien derzeit keine weiteren Abklärungen indiziert. Mit dem Beschwerdeführer sei ausführlich die benigne Natur des Belastungsschwindels besprochen worden und es sei ihm erklärt worden, dass sich die Schwindelsymptomatik insbesondere durch vermehrte körperliche Betätigung infolge

zentralnervöser Kompensation vermindern würde. Auch sei dem Beschwerdeführer erklärt worden, dass es schwierig sei, eine Prognose bezüglich einer posttraumatischen Sensibilitätsstörungen zu stellen, was auch für die chronischen Kopfschmerzen gelte, welche differenzial diagnostisch als chronische

posttraumatische Kopfschmerzen bei leichter Kopfverletzung

klassifiziert werden könnten, welche jedoch wahrscheinlich durch regelmässigen Analgetikagebrauch

aggraviert würden. Auch diesbezüglich sei auf die Wichtigkeit von nichtmedikamentösen Massnahmen wie regelmässige Bewegung hingewiesen worden, damit eine alltägliche Leistungsfähigkeit wiederhergestellt werden könne (Urk. 9/146/4). 3.5

Nachdem Kreisärztin Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

am 18. Februar 2013 (Urk. 9/78) respektive 5. April 2013 (Urk. 9/105) in Beurteilung der Aktenlage zum Schluss gekommen war, dass die angestammte Tätigkeit (aus somatischer Sicht) bei plastisch und ophthalmologisch stabiler Situation sowie unklarer Ursache hinsichtlich des Schwindels respektive fehlender organischer Ursache hinsichtlich Kopfschmerzen wieder zumutbar sei, nahm am 28. Oktober 2013 respektive 20. November 2013 Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, zur Aktenlage Stellung. Er kam zum Schluss, als nachweisbare organische Unfallfolge liege einzig noch eine Narbenbildung der Horn- und Bindehaut am linken Auge vor (Urk. 9/155). 3.6

Am 18. Dezember 2013 erfolgte auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin bezüglich der Augenproblematik eine Aktenbeurteilung durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie, Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/177). Der Arzt hielt dafür, am 19. Juli 2012 sei es zu multiplen Hornhaut- und Bindehautsplitters mit Erosio

cornae gekommen. Subjektiv empfundene Doppelbilder hätten in den ophthalmologischen Untersuchungen nicht bestätigt werden können. Der orthoptische

Augenstatus sei normal. Es bestünden als Folge des Unfalles diskrete, nicht zentral gelegene Hornhautnarben und vermutlich stromal gelegene inerte Glassplitter, welche nicht erheblich und zu belassen seien. Eine erhebliche Gesichtsfeld einschränkung bestehe nicht. Als noch nachweisbare organische Unfallfolgen bestünden Hornhautnarben sowie unspezifische diskrete Gesichtsfeldveränderungen am linken Auge. Die angestammte Tätigkeit sei dadurch nicht beeinträchtigt. Ein Integritätsschaden bestehe keiner. 3.7

Nachdem der Beschwerdeführer ab Oktober 2012 neben den somatisch imponierenden Beschwerden insbesondere über eine depressive Stimmungslage geklagt hatte

(Urk. 9/40) und durch die Ärzte des Z.\_\_\_\_ ein Verdacht auf eine depressive Störung sowie eine Anpassungsstörung geäussert worden war (Urk. 9/40/3, Urk. 9/85, Urk. 9/104/2, vgl. auch Urk. 9/82), war der Beschwerdeführer ab Februar 2013 bei Dr. A.\_\_\_\_

in psychiatrischer Behandlung (Urk. 9/127). Dr. A.\_\_\_\_ berichtete, der Beschwerdeführer leide unter Albträumen, Intrusionen, Übererregung, depressiven Symptomen wie Stimmungstief, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, schweren Ängsten, Ein- und Durchschlafstörungen, Antriebsmangel, leichter Erschöpfbarkeit, erhöhter Erschreckbarkeit, gestörtem Selbstgefühl und schwerer Verunsicherung. So fahre er seit

Februar aus laut er Unsicherheit kein Auto mehr. Dr. A.\_\_\_\_ stellte als Diagnosen eine mittelgradig de pressive Störung (ICD-10 F32.1) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in der angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei ( Bericht vom 16. Juli 2013 [Urk. 9/127] sowie Verla ufsbericht vom 5. November 2013

[ Urk. 9/157 ] ) . Vom 30. Januar 2014 bis 11. Juni 2014 (mit Unterbruch) war der Beschwerdeführer sodann in stationärer Behandlung im B.\_\_\_\_ ( Urk. 9/219/8-9 , Urk. 9/204/5-6 ). Am 17. Juli 2014 teilte Dr. A.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin mit, auch die Traumabehandlung im B.\_\_\_\_ habe nicht zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit geführt. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht schwer eingeschränkt und vollständig arbeitsunfähig. Er leide an einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer mittelgradigen depressiven Episode. Es bestehe ein klarer und eindeutiger Kausalzusammen hang mit dem Unfall (Urk. 9/209). In einem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht des B.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2014 wurde im Übrigen die Frage , ob das Ereignis vom 19. Juli 2012 besonders geeignet gewesen sei , eine posttraumatische Belastungsstörung auszulösen , bejaht. Der Beschwerdeführer habe während Stunden unter Todesangst ge litten . Der Beschwerdeführer sei vollständig arbeitsunfähig (Urk. 3). 4. 4.1

Dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die medizinische Aktenlage das Vorlie gen noch bestehender relevanter objektivierbarer somatischer Befunde vern einte (vgl. E. 1 .2.2), ist nicht zu beanstanden. T rotz umfangreichen Abklä rungen konnte eine auf den Unf all zurückzuführende relevante körperliche Schädigung nicht n achgewiesen werden .

So zeigten sich regelrechte postopera tive Verhältnisse und eine abgeheilte Erosio (E. 3.3). Für die beklagten Gefühl störungen im Gesichts-/Kopfbereich – mit Ausnahme von gewissen Fühlstörun gen im Narbenbereich –, für die Kopfschmerzen sowi e auch für den Schwindel konnte keine ( somatische )

Ursache gefunden werden . I nsbesondere ergaben sich auch keine Anh altspunkte auf eine peripher- ve stibuläre Störung (E. 3.3, E. 3.4). Die noch bestehenden Hornhautnarben und die unspezifische Gesichtsfeldver änderungen am linken Auge wurden schliesslich als nicht erheblich und als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft (E. 3.6).

Dass keine relevanten objektivierbaren somatischen Befunde

mehr vorliegen, wurde denn vom Beschwerdeführer auch nicht in Frage gestellt (E. 2.2).  
4.2

Da der Beschwerdeführer beim Unfall vom 19. Juli 2012 weder ein Schleuder trauma noch eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung wie ein Schä del-Hirntrauma erlitten hat (E. 3.1), prüfte die Beschwerdegegnerin die Frage, ob zwischen den noch beklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 19. Juli 2012

ein adäquate r Kausalzusammenhang bestehe, zu Recht nach der Psychopraxis (vgl. E. 1.2.3 f. sowie BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweis auf SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2 und BGE 117 V 369 E. 4b) . Dies wurde beschwerde weise

ebenfalls nicht mehr beanstandet.

Was die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung betrifft, brachte die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vor, die se psychische Störung sei nicht

rechtsgenügend ausgewiesen (Urk. 8 S. 5 f.). Wie es sich damit verhält, kann vorliegend mangels Relevanz offen bleiben, da der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch beklagten Beschwerden und dem Unfall vom 19. Juli 2012 ohnehin zu verneinen ist (siehe nachfolgende E. 4.3 f.). 4.3 4.3.1

Während die Beschwerdegegnerin geltend macht, beim Ereignis vom 19. Juli 2012 handle es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Ereignissen (E. 2.1), hielt der Beschwerdeführer dafür, der Unfall sei als mittelschwerer Unfall im engeren Sinne zu qualifizieren (E. 2.2). 4.3.2

Die Schwere des Unfalles bestimmt sich nach dem augenfälligen Geschehensablauf (BGE 115 V 133 Ingress E. 6) mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, E. 5.3.1 [U 2/07]), nicht jedoch nach den Folgen des Unfalles oder nach den Begleitumständen, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (Urteil des Bundesgerichts U 2/07, U 3/07 und U 4/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1). 4.3.3

Gemäss Schadenmeldung vom 9. August 2012 (Urk. 9/5) und Fragebogen vom 31. August 2012 (Urk. 9/7) zersprang beim Schleifen einer Keramikplatte der Schleifstein. Die Splitter trafen den Beschwerdeführer an der linken Seite des Kopfes und zerschlugen sein Brillenglas. Dadurch erlitt der Beschwerdeführer mehrere Frakturen im Gesichtsbereich (vgl. E. 3.1). 4.3.4

Das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht qualifizierte einen Unfall, bei dem der Versicherte von einer aus fünf Metern Höhe zu Boden fallenden knapp 16 kg schweren Beton-Schalttafel mit einer Aufprallgeschwindigkeit von rund 20 km/h am Kopf getroffen und bewusstlos wurde, als mittelschweren Unfall im engeren Sinne (Urteil U 282/00 vom 21. Oktober 2003, E. 4.2). Ein Unfall, bei dem der Versicherte auf einem Baugerüst ausrutschte und kopfüber ein Stockwerk in die Tiefe fiel, wobei er mit dem Gesicht auf einem abgestellten Gerät aufschlug und sich eine Kieferfraktur zuzog, wurde vom Bundesgericht ebenfalls als mittelschwerer Unfall qualifiziert (Urteil 8C\_825/2008 vom 9. April 2009, E. 4.2). 4.3.5

Mit Blick auf diese Urteile sowie angesichts des Geschehensablaufs rechtfertigt es sich, den hier zu beurteilenden Unfall ebenfalls den mittelschweren Unfällen im engeren Sinne zuzuordnen, zumal durch das Zerspringen der Schleifmaschine und den dadurch weggeschleuderten Teilen ebenfalls derartige Kräfte wirkten, dass es zu Frakturen im Gesichtsbereich kam. Der Umstand, dass die Polizei nicht beigezogen wurde, vermag entgegen den beschwerdegegnerischen Ausführungen (Urk. 8 S. 7) daran nichts zu ändern.

Mithin ist für das Vorliegen des adäquaten Kausalzusammenhangs erforderlich, dass drei der durch die Rechtsprechung entwickelten Kriterien (vgl. E. 1.2.4) oder ein einzelnes besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil 8C\_897/2009 vom 29. Januar 2010, E. 4.5). 4.4 4.4.1

Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder einer besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist objektiv zu beurteilen und nicht auf Grund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls des Versicherten. Ist zumindest jedem mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen (Urteil des Bundesberichts vom 9. April 2009, 8C\_825/2008 E. 4.3 mit Hinweisen), so hat die Beschwerdegegnerin das Vorliegen dieses Kriteriums zu Recht verneint.

Wenn der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, es hätten eine unmittelbare Erblindungsgefahr sowie das unmittelbare Risiko einer Hirnverletzung bestanden, wodurch das Ereignis als objektiv dramatisch zu beurteilen sei (Urk. 1 S. 5), kann ihm nicht gefolgt werden, zumal er nach dem Unfall umgehend medizinisch betreut respektive mit der Ambulanz ins Z.\_\_\_\_ gebracht wurde (Urk. 9/7 S. 1), die GCS stets die Maximalpunktzahl 15 betrug (E. 3.1) und sich aus den zahlreichen Berichten des Z.\_\_\_\_ im Übrigen auch nicht ergibt, dass eine konkrete Erblindungsgefahr bestanden hätte. 4.4. 2

Was die Kriterien der langen ärztlichen Behandlung, der körperlichen Dauerschmerzen, des schwierigen Heilungsverlaufs und der langandauernden Arbeitsunfähigkeit betrifft, so sind diese allesamt nicht erfüllt, da bei der Prüfung der Kriterien nach BGE 115 V 133 die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind.

Soweit der Beschwerdeführer demnach dagegen vorbringt, er leide seit dem Unfall an Schwindel und Kopfschmerzen sowie Empfindungsstörungen am Kopf (Urk. 1 S. 7), vermag er damit nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Diesbezüglich konnten keine objektivierbaren somatischen Befunde erhoben werden (E. 4.1) und Kreisärztin Dr. C.\_\_\_\_ attestierte dementsprechend bereits im Februar 2013 respektive April 2013 eine vollständige Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht (E. 3.5). 4.4.3

Dass eine ärztliche Fehlbehandlung vorgelegen hätte, ergibt sich nicht aus den Akten. 4.4. 4

Schliesslich ist noch das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu prüfen. Da keines der anderen Kriterien erfüllt ist (E. 4.4.1-4.4.3), müsste dieses Kriterium in besonders ausgeprägter Form vorhanden sein, damit ein adäquater Kausalzusammenhang bejaht werden könnte (E. 1.2.4).

Der Beschwerdeführer machte denn auch geltend, dieses Kriterium liege in besonders ausgeprägter Form vor (Urk. 1 S. 5 f.). Hierzu wies er auf das Urteil des Bundesgerichtes 8C\_435/2011 vom 13. Februar 2012 hin. In diesem Urteil war das Bundesgericht zum Schluss gekommen, dass dieses Kriterium bei einer Versicherten, die sich beim Öffnen eines Steamers im Bereich der Schulter, des Thorax und des Vorderarms verbrüht hatte, danach unter körperlichen (und somatisch erklärbaren) Dauerschmerzen gelitten hatte und in der Folge eine ausgeprägte phobische Störung vor Hitzequellen (ICD-10 F40.2) entwickelt hatte, in ausgeprägter Weise erfüllt sei, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der phobischen Störung vor Hitzequellen zu bejahen sei. Das Gericht hielt dafür, es erscheine unzweifelhaft, dass sich das konkrete Unfallereignis im Zusammenspiel mit den erlittenen erheblichen Verbrühungen und den zurückbleibenden Narben erfahrungsgemäss eigne, die diagnostizierte spezifische phobische Angst vor Hitzequellen auszulösen, und es sei im zu beurteilenden Fall gar als besonders geeignet zu qualifizieren, zumal bei der Adäquanzprüfung bei psychischen Störungen von einer weiten Bandbreite von Versicherten auszugehen sei und bei der Versicherten eine erhöhte psychische Vulnerabilität infolge biografisch früherer Belastungen (insbesondere Krieg) festgestellt worden sei (Urteil des Bundesgerichtes vom 8C\_435/2011 vom 13. Februar 2012, E. 4).

Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers ist der vorliegende Fall nicht vergleichbar mit dem Sachverhalt, welcher dem zitierten

Bundesgerichtsentscheid zu Grunde lag. Der Beschwerdeführer erlitt weder länger andauernde somatische Unfallfolgen (E. 4.1), noch wurde eine im Zusammenhang mit dem Unfallereignis respektive den Verletzungen erklärbare phobische Störung diagnostiziert (E. 3.7), noch ergibt sich aus der umfangreichen Aktenlage eine psychische Vorbelastung (vgl. diesbezügliche Behauptungen des Beschwerdeführers, Urk. 1 S. 6).

Gemäss der ICD- Klassifikation setzt die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ein Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses voraus, wozu folgende Ereignisse gehören: Eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, Kampfhandlungen, ein schwerer Unfall oder Zeuge eines gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen

zu sein ( Dilling / Mombour /Schmidt, Hrsg., Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 9. Aufl., Bern 2014, S. 207 ). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung wird demgemäss eine posttraumatische Belastungsstörung definitionsgemäss nur anerkannt, wenn sie nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigem Ausmass auftritt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_671/2012 vom 15. November 2012, E. 4.3), wozu beispielsweise mittelschwere Verkehrsunfälle grundsätzlich nicht gehören (Urteil des Bundesgerichts 8C\_248/2007 vom 4. August 2008, E. 5.6.1).

Vorliegend wurde von den behandelnden Ärzten die Geschehnisse

zwar als geeignet erachtet, eine posttraumatische Belastungsstörung auszulösen (E. 3.7, siehe auch Beurteilung des Kreisarztes Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher einen natürlichen Kausalzusammenhang bejahte, Urk. 9/129). Ob darauf angesichts der diagnostischen Leitlinien und der bundesgerichtlichen Rechtsprechung abgestellt werden kann, kann vorliegend offen bleiben (vgl. oben E. 4.2).

Die erlittenen Verletzungen waren weder besonders schwer, noch von besonderer Art, dass sie speziell geeignet gewesen wären, eine psychische Störung, insbesondere eine posttraumatische Belastungsstörung, zu verursachen, verheilten sie doch innert kurzer Zeit komplikationslos (E. 4.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_825/2008 vom 9. April 2009, E. 4.4).

Damit ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen nicht -

zumindest nicht in ausgeprägter Weise - erfüllt. 4.4.5

Nachdem weder drei Kriterien noch ein einziges in ausgeprägter Weise

erfüllt ist, hat die Beschwerdegegnerin einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und allfällig noch bestehenden psychischen Beschwerden zu Recht verneint.

## **E. 5**

Die Beschwerde ist infolgedessen vollumfänglich abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - Rechtsanwalt  
Reto Bachmann - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Hurst F. Brühwiler

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