



**Fall-Nr.:** UV 2012/25  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 03.09.2019  
**Entscheiddatum:** 04.03.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 04.03.2013**

**Art. 6 Abs. 1 UVG. Daran, dass ein morphologisch fassbares Substrat zur Feststellung einer leichten traumatischen Hirnverletzung als solches fehlt bzw. dieses bildgebend nicht zur Darstellung kommen kann, vermag auch eine höhere Magnetfeldstärke bei der Erstellung des MRI nicht zu ändern. Verneinung der Adäquanz in Anwendung der Psycho-Praxis bei einem Unfall, bei dem sich bei Demontage eines Federpakets der Motor löste und der Trägerarm dem Versicherten in die linke Gesichtshälfte und an den rechten Arm schlug (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 4. März 2013, UV 2012/25). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_318/2013.**

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Della Batliner

#### **Entscheid vom 4. März 2013**

in Sachen

A.\_\_\_\_, Helvetiastrasse 54, 9000 St. Gallen,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Leo R. Gehrler, SwissLegal asg.advocati,  
Kreuzackerstrasse 9, 9000 St. Gallen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,



## St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Versicherungsleistungen

Sachverhalt:

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war seit dem 1. Juni 2010 bei der B.\_\_\_\_ AG als Monteur berufstätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sich am 21. Juni 2010 bei der Demontage des Federpakets eines Rolltores der Motor löste und der Trägerarm dem Versicherten in die linke Gesichtshälfte und an den rechten Arm schlug (Suva-act. 1).

A.b Aufgrund der leicht dislozierten Jochbeinfraktur sowie der multiplen Rissquetschwunden im Mittelgesicht links wurde gleichentags im Kantonsspital St. Gallen (KSSG), Hals-Nasen-Ohrenklinik, eine Einzinkerreposition und Wundversorgung vorgenommen (Suva-act. 7, 8). Der Versicherte trat am Folgetag (22. Juni 2010) aus und es wurde ihm bis 5. Juli 2010 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert, welche vom Hausarzt des Versicherten Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, St. Gallen, bis 31. August 2010 verlängert wurde (Suva-act. 5, 6, 8, 14, 18). Am 16. August 2010 wurde der Versicherte von Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Ohren-, Nasen-, Halsheilkunde, Hals- und Gesichtschirurgie, Allergologie und klinische Immunologie, St. Gallen, untersucht (Suva-act. 121).

A.c Vom 25. August bis 29. September 2010 hielt sich der Versicherte zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon auf und war bis 30. September 2010 zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. 20, 22, 31, 32, 37, 40, vgl. auch Suva-act. 29 ff. bezüglich ausserordentlichen Austritt). Am Vorgespräch vom 1. Oktober 2010 in der Klinik Teufen AG wurde eine depressive Episode ohne psychotische Symptome (F 32.2) diagnostiziert, und seit Mitte November 2010 fand dort eine ambulante Rehabilitation des Versicherten statt (Suva-act. 35, 52). Im Verlängerungsgesuch wurde zudem eine Anpassungsstörung nach schwerem Trauma (F 43.21) festgestellt (Suva-act. 45). Dem Versicherten wurde bis 30. November 2011 weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit



## St.Galler Gerichte

bescheinigt und Physiotherapie verordnet (Suva-act. 43, 46, 48, 49, 64, 69, 73, 78, 101, 113, 125, 129).

A.d Am 4. April 2011 wurde eine Verletzung der Netzhaut durch Laserumstellung des Foramens operativ behandelt und die Behandlung in der Augenklinik des KSSG am 10. Juni 2011 abgeschlossen (Suva-act. 76, 102). Am 27. Juni 2011 leistete die Suva Kostengutsprache für Totalprothesen des Ober- und Unterkiefers (Suva-act. 82 ff., insbesondere Suva-act. 83 und 90).

A.e Gemäss neurologischem Bericht vom 4. Juli 2011 konnte Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt für Neurologie, St. Gallen, kein organisch-neurologisches Krankheitsbild als Ursache der seit dem Unfall geklagten Beschwerden objektivieren (Suva-act. 91). Am 3. August 2011 wurde eine neuropsychologische Untersuchung im KSSG durchgeführt und es wurden dabei mittelschwere bis schwere kognitive Funktionsstörungen sowie ausgeprägte depressive Symptome festgestellt (Suva-act. 153). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 31. August 2011 beurteilte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, die Unfallfolgen dahingehend, dass aus somatischer Sicht bis auf augenärztliche Kontrollen, die – wie ophthalmologisch empfohlen – weiterhin erfolgen sollten, keine weiteren Therapien erforderlich seien (Suva-act. 103).

A.f Die Suva arrangierte ab 13. September 2011 einen zweimonatigen Arbeitseinsatz des Versicherten bei der Velowerkstatt St. Gallen, welcher aufgrund häufiger Absenzen per 28. Oktober 2011 vorzeitig beendet wurde (Suva-act. 108, 109, 110, 116, 124).

A.g Mit kreisärztlicher Beurteilung vom 8. November 2011 (Suva-act. 126) stellte der Suva-Arbeitsmediziner Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie FMH, fest, dass der Versicherte unter einer bilateralen, weitgehend symmetrischen, mittelgradigen Hochtonschwerhörigkeit mit Senkenbildung leide. Dabei handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um eine Folge des Unfallereignisses vom 21. Juni 2010, sondern viel wahrscheinlicher sei es, dass diese Hörstörung einem beruflich bedingten chronischen Lärmtrauma entspreche. Die diagnostizierte Schwerhörigkeit sei nicht unfallbedingt und erreiche das Ausmass der Erheblichkeit nicht.



## St.Galler Gerichte

A.h Mit Verfügung vom 21. November 2011 (Suva-act. 139) stellte die Suva die Versicherungsleistungen bei Verneinung der Adäquanz per 30. November 2011 ein. Mangels Vorliegens adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung.

B.

B.a Die dagegen erhobene Einsprache des Versicherten vom 21. Dezember 2011 (Suva-act. 144) sowie die Einspracheergänzungen vom 19. (Suva-act. 146) und 23. Januar 2012 wurden mit Einspracheentscheid vom 27. Februar 2012 (act. G 1.1/1; Suva-act. 156) abgewiesen. Die Swica Krankenversicherung AG hatte ihre am 25. November 2011 vorsorglich erhobene Einsprache (Suva-act. 141) am 15. Dezember 2011 wieder zurückgezogen (Suva-act. 143).

B.b Am 9. Januar 2012 berichteten die Ärzte der Klinik Teufen AG über die psychiatrische Behandlung des Versicherten (Suva-act. 150).

C.

C.a Mit Beschwerde vom 29. März 2012 (act. G 1) beantragte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Leo R. Gehrler, St. Gallen, der Entscheid vom 27. Februar 2012 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien weiterhin die nach dem UVG geschuldeten Leistungen, insbesondere Taggeld- und Rentenleistungen entsprechend einer Erwerbsunfähigkeit von 100%, eine angemessene Integritätsentschädigung sowie die erforderliche medizinische Behandlung, auszurichten, gegebenenfalls nach Vornahme weiterer Untersuchungen. Eventualiter sei der Entscheid vom 27. Februar 2012 aufzuheben und es sei die Sache zur neuen Beurteilung an die Suva zurückzuweisen; je unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung liess er insbesondere vorbringen, bezüglich der leichten traumatischen Hirnverletzung liege eine ausdrückliche Diagnose der Rehaklinik Bellikon vor. Soweit die Suva diese Diagnose nicht übernehmen wolle, sei die Vornahme entsprechender Abklärungen zwingend. Der Tinnitus sei ebenfalls auf die leichte traumatische Hirnverletzung zurückzuführen und eine Unfallfolge. Der Beschwerdeführer beantragt



## St.Galler Gerichte

weitere Abklärungen und ein medizinisches Gutachten zur Frage, ob eine leichte traumatische Hirnverletzung vorliege. Bei der Adäquanzprüfung sei die Schleudertrauma-Praxis anzuwenden. Selbst bei Anwendung der Psycho-Praxis seien die Kriterien erfüllt. Aus dem Geschehensablauf ergebe sich, dass es sich um einen Grenzfall zu einem schweren Unfall bzw. einen schweren Fall im mittleren Bereich handle. Der Beschwerdeführer werde sich einer stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik Wil unterziehen und er beantrage schon heute, dass das Gericht die Psychiatrische Klinik Wil mit einer medizinischen Abklärung beauftrage. Der Beschwerdeführer liess zudem die Entfernung des neuropsychologischen Untersuchungsberichts aus den Akten ohne Auflistung desselben im Aktenverzeichnis rügen. Des Weiteren sei der Entzug der aufschiebenden Wirkung unhaltbar.

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2012 (act. G 3) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und beantragte die Ablehnung der Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, die Gesichtsverletzungen bewirkten gemäss Feststellung von Dr. D.\_\_\_\_ am 16. August 2010 keine funktionellen Einschränkungen mehr und bedürften keiner weiteren medizinischen Behandlung. Auch die Prellung am rechten Unterarm sei folgenlos ausgeheilt. Die Hochtenschwerhörigkeit sei unfallfremder Natur. Die Beschwerdegegnerin habe diesbezüglich ein separates Dossier angelegt und prüfe den Bestand einer Berufskrankheit. Bezüglich der beklagten Kopfschmerzen, des Schwindels, der Sehstörungen und des beidseitigen Tinnitus habe weder ein neurologisches noch röntgenologisches unfallkausales organisches Substrat objektiviert werden können. Die Folgen der höchstens vorliegenden, organisch nicht objektivierbaren leichten traumatischen Hirnverletzung seien innert weniger Wochen nach dem Unfall ausgeheilt. Auch in Bezug auf den Tinnitus fehle ein objektivierbares Korrelat. Die Zahn- und Laserbehandlung sei komplikationslos verlaufen, bleibende gesundheitliche Folgen lägen nicht vor. Seit dem Unfall vom 21. Juni 2010 seien von Anfang an die psychischen und nicht die physischen Folgen das Hauptproblem gewesen. Da kein Schleudertrauma bzw. keine äquivalente Verletzung, auch kein Schädel-Hirntrauma vorliege, rechtfertige sich die Adäquanzprüfung anhand der Psycho-Praxis. Der Unfall sei höchstens als mittelschweres Ereignis im mittleren Bereich einzustufen. Keines der massgebenden Kriterien sei erfüllt. Weitere medizinische Abklärungen würden sich erübrigen, da die Frage der natürlichen



## St.Galler Gerichte

Unfallkausalität offen gelassen werden könne. Die Rüge an den Suva-Sachbearbeiter werde als haltlos zurückgewiesen und sei überdies für die gerichtliche Beurteilung der vorliegenden Sache irrelevant.

C.c Mit Präsidialentscheid vom 15. Mai 2012 (UV 2012/25) wies der Präsident der Abteilung III des Versicherungsgerichts das Begehren um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab (act. G 4).

C.d Mit (verspäteter) Replik vom 17. September 2012 (act. G 10) und Duplik vom 8. Oktober 2012 (act. G 12) hielten die Parteien an ihren bisherigen Standpunkten fest.

C.e Mit Schreiben vom 21. Januar 2013 (act. G 14) reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers drei neue ärztliche Berichte ein (act. G 14.1, 14.2, 14.3).

Erwägungen:

1.

Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 27. Februar 2012 (act. G 1.1/1; Suva-act. 156). Streitig ist zunächst, ob objektivierbare Unfallrestfolgen vorliegen, die eine über den 30. November 2011 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründen. Des Weiteren ist Streitig, ob die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers in einem natürlichen und adäquat kausalen Zusammenhang zum Unfall vom 21. Juni 2010 stehen.

2.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz



über die Unfallversicherung, 3. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2003, S. 42 ff.). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers entfällt erst, wenn das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Da es sich bei der Einstellung um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 261 E. 3b). Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 31. August 2001, U 285/00, E. 5a). Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind.

2.2 Unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 21. Juni 2010 klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen im Bereich der linken Gesichtshälfte und des rechten Unterarms. Während die Beschwerden am rechten Unterarm in den medizinischen Akten seit dem Bericht vom 29. September 2010 nicht einmal mehr erwähnt werden (gemäss Austrittsbericht vom 29. Juni 2010 konnte eine Fraktur klinisch sowie radiologisch ausgeschlossen werden; Suva-act. 8; vgl. auch Suva-act. 103), die multiplen Rissquetschwunden trotz wenig auffälliger Narbe zwischen linkem Auge und Jochbeinregion reizlos abgeheilt sind (Suva-act. 103), hinsichtlich des Netzhautrisses am linken Auge am 7. April 2011 eine Operation erfolgte (Suva-act. 76, 102) und auch die Zahnbehandlungen abgeschlossen sind (Kostengutsprache für Totalprothesen des Ober- und Unterkiefers; Suva-act. 82 ff., insbesondere Suva-act. 83 und 90), beklagt der Beschwerdeführer weiterhin Kopfschmerzen, einen beidseitigen Tinnitus, Sehstörungen, Schlafstörungen, Vergesslichkeit, rezidivierende Orientierungsprobleme und einen Schwankschwindel sowie psychische Beschwerden.

2.3 In der Computertomographie (CT) Neurocranium vom 21. Juni 2010 (Suva-act. 8) kam eine gering dislozierte Fraktur der lateralen Orbitawand links mit intraorbitalem, extrakonalen Gasbläschen und maximal 4mm breitem extrakonalen Hämatom zur



Darstellung. Zudem waren ein Exophthalmus links bei nicht gestrecktem Verlauf des Nervus opticus, eine normale Konfiguration des Bulbus oculi, eine mehrfragmentäre Fraktur des Arcus zygomaticus links, eine mehrfragmentäre Frakturstrahlung in den Orbitaboden, Weichteilemphysem und eine Rissquetschwunde links auf Höhe des Arcus zygomaticus mit wenige Millimeter grossen röntgendichten Fremdkörpern ersichtlich. Daraufhin wurde in Narkose eine Wundversorgung sowie eine Reposition mit dem Einzinker durchgeführt (vgl. Suva-act. 7). Die Schädel-Magnetresonanztomographie (MRI) vom 15. September 2010 (Suva-act. 37) zeigte ein normales MRI des Gehirns ohne visualisierbare posttraumatische Läsionen. Es müsse aber darauf hingewiesen werden, dass besonders die hämosiderinempfindlichen Serien auch bei mehrfacher Wiederholung durch Patientenunruhe in ihrer Beurteilbarkeit beeinträchtigt seien. Ein Röntgenbild des Schädels halb-axial und der Orbita vom 30. August 2011 (Suva-act. 103) zeigte eine in diskreter Fehlstellung konsolidierte Jochbeinfraktur links sowie eine etwas breitere Sutura fronto-zygomatice links gegenüber rechts, wahrscheinlich posttraumatischer Ätiologie. Im Übrigen fand sich eine normale Darstellung des Gesichtsschädels in den vorliegenden Projektionen ohne sicheren Nachweis weiterer posttraumatischer Veränderungen. Objektivierbare strukturelle (hirn-)organische Läsionen fallen damit als Ursache für die geklagten Beschwerden ausser Betracht (vgl. auch Suva-act. 37, 38, 40, 91).

2.4 Die reintonaudiometrisch festgestellte, beidseitige, kaum seitendifferente sensorineurale Hochtonschwerhörigkeit mit einem Schwellenabfall bei 2000 Hz bis 45 dB, bei 4000 Hz bis 65 dB wird als Folge einer langjährigen, wohl berufsbedingten Lärmbelastung am Arbeitsplatz von der Beschwerdegegnerin separat abgeklärt und hat mangels Unfallkausalität vorliegend ausser Acht zu bleiben (vgl. act. G 10.4). In Bezug auf den beidseitigen Tinnitus stellte Dr. D. \_\_\_ am 16. August 2010 fest, dass dieser aktuell keiner definierten Frequenz bzw. Intensität zugeordnet werden könne und in einem zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehe, Anhaltspunkte für eine direkte Schädigung des Hörorgans würden jedoch fehlen (Suva-act. 121). Für die Begründung einer natürlichen Kausalität genügt die beweisrechtlich untaugliche Maxime "post hoc ergo propter hoc" nicht, da eine gesundheitliche Schädigung nicht schon deshalb als durch einen Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b/bb). Da eine direkte Schädigung des Hörorgans durch



Dr. D.\_\_\_\_ ausgeschlossen wurde, fehlt ein organisches Substrat, welches als Ursache des beidseitigen Tinnitus in Frage kommt.

2.5 Bei der neuropsychologischen Untersuchung vom 2. August 2011 zeigten sich gemäss Bericht vom 25. August 2011 (Suva-act. 104) mittelschwere bis schwere kognitive Funktionsstörungen sowie ausgeprägte depressive Symptome. Im Vordergrund der kognitiven Beeinträchtigungen ständen eine schwere Verlangsamung der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie der Reaktionsfähigkeit, schwere Enkodierungsstörungen sowie exekutive Defizite in Form von schwer verminderter Flexibilität. Die Gestalterfassung sei ebenfalls deutlich beeinträchtigt. Orientierungsleistungen, das Behalten von eingespeicherten Informationen sowie visuokonstruktive Leistungen seien erhalten. Die Fahreignung sei aktuell nicht gegeben. Im psychopathologischen Bereich bejahe der Beschwerdeführer die überwiegende Mehrzahl der abgefragten Symptome in einer hohen Ausprägung. In der Verhaltensbeobachtung und in den Verfahren zur Symptomvalidierung zeigten sich Hinweise auf eine schwankende Anstrengungsbereitschaft, was jedoch nicht unbedingt als Aggravation einzuschätzen sei, sondern auch im Rahmen der psychischen Erkrankung erklärbar wäre. Über die Ätiologie der festgestellten neuropsychologischen Defizite ist dem Bericht nichts zu entnehmen. Behandlungsvorschläge wurden lediglich in Zusammenhang mit der passiven Einstellung des Beschwerdeführers gemacht. Es gibt Fälle, in denen bei sonst unauffälligen Untersuchungsbefunden neuropsychologische Abklärungen Hirnleistungsstörungen aufzeigen können und der neuropsychologische Befund der einzige verlässliche Parameter ist (BGE 117 V 369 E. 3d). Jedenfalls bei eindeutigem, nicht diffusem Befund kann der neuropsychologischen Diagnostik - im Rahmen einer neurologischen Gesamtwürdigung - nach der Rechtsprechung auch bei der Kausalitätsbeurteilung ein Aussagewert zukommen (BGE 119 V 335 E. 3c). Hingegen vermag es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht, selbständig die Beurteilung der Genese abschliessend vorzunehmen (RKUV 2000 Nr. U 395 S. 318, E. 3). Nach B.P. Radanov (Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach Halswirbelsäulen-Distorsion [sog. Schleudertrauma der Halswirbelsäule], SZS 1996, S. 471 ff.) sind neben den unfallabhängigen somatischen Beschwerden auch psychologische Probleme (und die eingenommenen - vorliegendenfalls teils hochdosierten psychotropen - Medikamente) geeignet, die



kognitiven Leistungen negativ zu beeinflussen (S. 477). Psychologische Probleme bzw. die Interrelation psychologischer und kognitiver Funktionen könnten die reduzierte Leistungsfähigkeit miterklären (S. 475). Welche Ursache die beim Beschwerdeführer festgestellten Funktionsauffälligkeiten aufweisen, geht aus dem Bericht vom 25. August 2011 nicht hervor und es wurden daneben auch ausgeprägte depressive Symptome festgestellt. Damit können neuropsychologische Unfallrestfolgen im Sinn eines selbständigen, klar abgrenzbaren Befunds nicht als nachgewiesen gelten.

Neuropsychologische Einschränkungen - wie auch diejenigen psychischer Art - können hingegen Teil des typischen Beschwerdebilds nach leichtem Schädelhirn-Trauma bilden.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer sieht die von ihm geklagten Beschwerden in einer leichten traumatischen Hirnverletzung begründet und beantragt mit Hinweis auf den Bericht des Neurologen Dr. E. \_\_\_ (Suva-act. 91) entsprechende Abklärungen unter Einschluss neuester bildgebender Verfahren (6-Tesla-MRI o.a.) sowie ein medizinisches Gutachten zur Frage, ob eine leichte traumatische Hirnverletzung vorliege.

3.2 Eine leichte traumatische Hirnverletzung, auch als *Commotio cerebri* oder Gehirnerschütterung bezeichnet, hat gemäss Pschyrembel eine traumatisch bedingte, reversible funktionelle Schädigung des Gehirns ohne morphologisch fassbares Substrat zur Folge (Klinisches Wörterbuch 2011, 262., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin/New York 2010, S. 400; vgl. auch Sönke Johannes/Rita Schaumann-von Stosch, *Commotio cerebri – leichte traumatische Hirnverletzung, Definition, Symptomatik und Diagnosestellung*, in: *Neurologie* 3/2007, S. 25 ff., <[www.tellmed.ch/include\\_php/previewdoc.php?file\\_id=4249](http://www.tellmed.ch/include_php/previewdoc.php?file_id=4249)>, abgerufen am 6. Februar 2013). Daran, dass ein morphologisch fassbares Substrat zur Feststellung einer leichten traumatischen Hirnverletzung als solches fehlt bzw. dieses bildgebend nicht zur Darstellung kommen kann, vermag auch eine höhere Magnetfeldstärke bei der Erstellung des MRI nicht zu ändern, zumal jede Bildakquisition ohnehin ein Kompromiss ist und eine lange Messzeit bei lebenden Objekten immer auch die Gefahr der Bewegungsunschärfe birgt (vgl. J. Naxera, *Besonderheiten der Untersuchungstechnik*, in: M. Graf/C. Grill/H.-D. Wedig [Hrsg.],



Beschleunigungsverletzung der Halswirbelsäule, HWS-Schleudertrauma, Bochum 2009, S. 150 ff. zur Methodik der Erstellung eines MRI unter dem Gesichtspunkt der Bildqualität). Für diagnostische Zwecke werden heute üblicherweise Feldgeräte mit einer Stärke von mindestens 1-1,5 Tesla, seit 2006 bei Neuanschaffungen mit 3 Tesla, verwendet. Noch höhere Feldstärken (Ultrahochfeld-Systeme) werden in der Humanmedizin gegenwärtig nur für Forschungszwecke, aber noch nicht für Routineuntersuchungen eingesetzt (<http://de.wikipedia.org/wiki/Magnetresonanztomographie>, abgerufen am 7. Februar 2013). Dass eine milde traumatische Hirnverletzung mittels neuerer MRI-Technik bzw. höherer Feldstärke objektivierbar wäre, ist nicht bekannt; nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft wird eine solche klinisch festgestellt, wobei die Diagnose entweder eine Episode von Bewusstlosigkeit oder einen Gedächtnisverlust für Ereignisse unmittelbar vor oder nach dem Unfall oder eine Bewusstseinsstörung (z.B. Benommenheitsgefühl, Desorientierung) im Zeitpunkt der Verletzung voraussetzt und die Störung nicht mit einer Bewusstlosigkeit von mehr als 30 Minuten, einem Wert nach der Glasgow Coma Scale (GCS) von 13 bis 15 nach 30 Minuten oder einer posttraumatischen Amnesie von mehr als 24 Stunden verbunden sein darf (<<http://www.chirurgie-portal.de/neurologie/gehirnerschuetterung.html>>, abgerufen am 7. Februar 2013; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 6. April 2011, 8C\_902/2010, E. 6.1.3 und vom 18. März 2010, 8C\_110/2010, E. 3.2 mit Hinweisen). Die Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung wurde mit Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 1. Oktober 2010 erstmals gestellt (Suva-act. 37, 40). Der GCS wurde beim Beschwerdeführer zwar nicht erhoben, es ist allerdings möglich, dass der Beschwerdeführer 2-3 Sekunden bewusstlos war (vgl. Suva-act. 8). Aus den polizeilichen Akten geht jedenfalls hervor, dass der Beschwerdeführer sich nicht an die Ereignisse unmittelbar nach dem Unfall erinnert und dass er etwas "benebelt" gewesen war und keine zusammenhängenden Sätze mehr sprechen konnte, nachdem er vom Metallteil im Gesicht getroffen wurde (Suva-act. 18; Befragungsprotokolle des Beschwerdeführers vom 25. Juni 2010 und von Michael Schoch vom 21. Juni 2010). Es kann daher anhand der Klinik nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass der Beschwerdeführer eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten hat.

3.3 Damit erübrigen sich die vom Beschwerdeführer beantragten weiteren Abklärungen, insbesondere unter Einschluss neuester bildgebender Verfahren (6-Tesla-



MRI o.a.), sowie auf Erstellung eines medizinischen Gutachtens zur Frage, ob eine leichte traumatische Hirnverletzung vorliege.

4.

4.1 Ist ein Schleudertrauma der HWS oder eine äquivalente Verletzung (vorliegend: leichte traumatische Hirnverletzung) diagnostiziert und liegt - bezogen auf diese Diagnose - kein fassbarer organischer (unfallbedingter) Befund vor, muss für die Bejahung der natürlichen Kausalität ein typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit und Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. gegeben sein (BGE 117 V 359 E. 4b; vgl. auch BGE 117 V 369 E. 3e; Bestätigung in BGE 134 V 109 E. 9). Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts (Urteile vom 30. Januar 2007, U 215/05 und vom 15. März 2007, U 258/06) muss bei einer HWS- oder äquivalenten Verletzung das typische Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden nicht in seiner umfassenden Ausprägung innerhalb von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Unfall auftreten. Vielmehr genügt es, wenn sich in diesem Zeitraum Beschwerden in der Halsregion oder an der HWS - bei einem Schädel-Hirntrauma in Form von Kopfschmerzen - manifestieren. Die anderen im Rahmen eines Schleudertraumas oder einer äquivalenten Verletzung typischerweise auftretenden Beschwerden müssen sich jedoch immerhin in einem Zeitraum manifestieren, der es erlaubt, vom Vorhandensein eines natürlichen Kausalzusammenhangs auszugehen.

4.2 Bei der Verlaufskontrolle vom 28. Juni 2010 erwähnte der Beschwerdeführer erstmals starke Kopfschmerzen sowie Schmerzen beim Kauen. Bei der Untersuchung vom 16. August 2010 bei Dr. D. \_\_\_ klagte der Beschwerdeführer über starke Kopfschmerzen bevorzugt am Vertex und okzipital, zudem einen auf beiden Ohren wahrgenommenen hochfrequenten Tinnitus. Kopfschmerzen werden in den echtzeitlichen medizinischen Akten erst eine Woche nach dem Unfallereignis – und damit deutlich ausserhalb der Latenzzeit von 72 Stunden – erstmals dokumentiert. Aufgrund der erlittenen Kopfverletzungen (gering dislozierte Fraktur der lateralen Orbitawand, mehrfragmentäre Fraktur des Arcus zygomaticus links und eine mehrfragmentäre Frakturstrahlung in den Orbitaboden) ist es zwar grundsätzlich



möglich und denkbar, dass der Beschwerdeführer bereits davor an Kopfschmerzen litt, diese aber erst bei der Verlaufskontrolle erwähnte. Die Allgemeinbeschwerden (Apathie, diffuser Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, vermehrtes Schwitzen und Reizbarkeit) können bei einer allfällig stattgehabten Commotio cerebri einige Wochen anhalten und bilden sich allmählich zurück, was auch von den Ärzten der Rehaklinik Bellikon und von Dr. E.\_\_\_\_ bestätigt wurde (Suva-act. 37, 91). Eine Persistenz der Symptome beruht möglicherweise auf einer neurotischen Fehlverarbeitung (sog. Kommotionsneurose) oder einer bewussten Ausgestaltung (Psyhyrembel, a.a.O., S. 2019 unter "Syndrom, postkommotionelles"). Entsprechend diesem empirischen Verlauf ging die Beschwerdegegnerin im Ergebnis wohl zunächst von einem unfallkausalen Beschwerdebild aus und erbrachte (insbesondere aufgrund der somatischen Beschwerden) Leistungen bis 30. November 2011.

5.

5.1 Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 359, E. d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung ;118 V 286, E. 3a). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung durchzuführen, bei welcher wie folgt zu differenzieren ist: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 E. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen das Vorliegen einer Schleudertraumaverletzung, muss geprüft werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 E. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgen aufgestellten Grundsätze massgebend (BGE 123 V 98 E. 2a). Andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 117 V 359 festgelegten und in BGE 134 V 109 präzisierten Kriterien. Die Anwendung der Rechtsprechung zum adäquaten Kausalzusammenhang bei Schleudertraumen der HWS setzt voraus, dass die psychischen Beschwerden aus



dem Unfall hervorgehen und zusammen mit den organischen Beschwerden, die ebenfalls auf das Unfallereignis zurückzuführen sind, ein komplexes Gesamtbild ergeben (RKUV 2000 Nr. U 397 S. 328 E. 3b). Zu präzisieren bleibt, dass die zu den Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung zum natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang (BGE 119 V 335, 117 V 359) auch auf analoge Verletzungen wie Distorsionen der HWS sowie Schädel-Hirntraumata anwendbar ist, wenn und soweit sich deren Folgen mit jenen eines Schleudertraumas vergleichen lassen (Urteil des EVG vom 17. August 2004, U 243/03; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 317, E. 3; BGE 117 V 369).

5.2 Am 2. August 2010 deutete die Ehefrau an, der Beschwerdeführer leide an psychischen Problemen, woraufhin die Beschwerdegegnerin eine stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon in die Wege leitete (Suva-act. 9). Im neuropsychologischen und psychopathologischen Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 1. Oktober 2010 wiesen die Ärzte auf eine im Vordergrund stehende psychische Problematik hin. Auch in der Klinik Teufen wurden bei der ambulanten Rehabilitation mit der depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F 32.2) und der Anpassungsstörung nach schwerem Trauma (F 43.21) ausschliesslich psychiatrische Diagnosen gestellt (Suva-act. 45). Bei der Besprechung vom 4. Januar 2011 in der Klinik Teufen wurde die aktuell bestehende volle Arbeitsunfähigkeit vorwiegend psychisch begründet (Suva-act. 52). Dass es sich hierbei um eine eigenständige, von den damals verbliebenen Augen- und Zahnbeschwerden losgelöste Problematik handelte, bedarf keiner weiteren Erklärung. Da der Tinnitus und die Kopfschmerzen nicht auf eine objektiv-strukturelle Läsion zurückgeführt werden können, letztere ausserhalb der Latenzzeit erstmals geklagt wurden und ein natürlicher Kausalzusammenhang zum Unfall nach einigen Wochen ohnehin verneint werden müsste (vgl. E. 4.2), sind auch die weiteren Beeinträchtigungen (Kopfschmerzen, beidseitiger Tinnitus, Sehstörungen, Schlafstörungen, Vergesslichkeit, rezidivierende Orientierungsprobleme und ein Schwankschwindel) in Zusammenhang mit einer im Vordergrund stehenden psychischen Problematik – die auch schon mehrmals zum Abbruch der laufenden Behandlungen geführt hat (vgl. Suva-act. 40 zum vorzeitigen Austritt aus der Rehaklinik Bellikon sowie act. G 10.6 und G 10.7 zum vorzeitigen Austritt aus der psychiatrischen Klinik Wil) – zu sehen. Die Adäquanzbeurteilung hat demnach nach BGE 115 V 133 zu erfolgen.



5.3 Bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 25. August 2011 stellte G.\_\_\_\_ fest, dass aus somatischer Sicht bis auf die augenärztlichen Kontrollen, die – wie ophthalmologisch empfohlen – weiterhin erfolgen sollten, keine weiteren Therapien erforderlich seien (Suva-act. 103). Diese Beurteilung ist unbestritten und deckt sich auch mit der weiteren medizinischen Aktenlage (Suva-act. 76, 83, 104, 121, 126). Die Behandlung der psychischen Beschwerden, insbesondere die Behandlung in der psychiatrischen Klinik Wil sowie die Überweisung in die tagesklinische Behandlung in die Psychiatrische Tagesklinik St. Gallen kann vorliegend keine Berücksichtigung finden, da sie einem Behandlungsabschluss in Bezug auf die somatischen Beschwerden nicht im Weg steht (Suva-act. 150, act. G 10.6, 10.7). Die augenärztlichen Kontrollen dienen im Wesentlichen der Aufrechterhaltung des bestehenden Gesundheitszustands. Der Abschluss des Falls durch den Unfallversicherer im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG bedingt lediglich, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands mehr erwartet werden kann, nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C\_467/2008, E. 5.2.2.2.). Heilbehandlungen und Taggeld hat der Versicherer nur solange zu gewähren, als von der Fortsetzung der Heilbehandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1 mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin nahm somit zu Recht den Fallabschluss auf das verfügte Einstelldatum (30. November 2011) im Sinn von Art. 19 Abs. 1 UVG – als Voraussetzung für die Adäquanzprüfung – an.

6.

6.1 Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 133 E. 6) vom objektiv fassbaren Unfallereignis auszugehen. Dabei besteht ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für deren Entstehung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft



ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Dabei müssen rechtsprechungsgemäss (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c; SVR 1999 UV Nr. 10 S. 31 E. 2; 2001 UV Nr. 8 S. 32 E. 3, je mit Hinweisen) die weiteren unfallbezogenen Kriterien entweder in gehäufte oder auffallender Weise oder ein einziges Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Als in die Adäquanzbeurteilung einzubeziehende Kriterien nennt die Rechtsprechung (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 und Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Bei der Beurteilung der Frage, ob diese Kriterien erfüllt sind, ist die psychisch bedingte Beeinträchtigung auszuklammern und nur der somatische Anteil zu berücksichtigen (BGE 134 V 109 E. 6.1; 123 V 98 E. 2a).

6.2 Den polizeilichen Akten zufolge stand der Beschwerdeführer zwecks Demontage von Rolltormotoren und den dazugehörenden Federn auf einer kleinen Treppe und beugte sich nach vorne, um die Halterung des Motors von der Decke zu lösen. Als der Beschwerdeführer die letzte Schraube gelöst hatte, fiel der Motor von der Decke auf die (dafür vorbereitete) Palette, wobei er sich gleichzeitig um die eigene Achse drehte. Dabei schlug die Metallhalterung des Motors unerwartet gegen das Gesicht des Beschwerdeführers (Suva-act. 18). Ob sich anschliessend ein Sturz ereignet hat, ist nicht klar zu eruieren. Während in den Aussagen der Auskunftspersonen kein Sturz



erwähnt wird und der Beschwerdeführer sich an die Ereignisse nach dem Schlag ins Gesicht durch die Halterung des Motors nicht erinnern konnte (vgl. Suva-act. 18), wird in den medizinischen Akten seit dem Austrittsbericht vom 29. Juni 2010 von einem Sturz ausgegangen (Suva-act. 8). Ein solcher ist weder ausgewiesen, noch kann er sicher ausgeschlossen werden. Wahrscheinlich ist, dass die sichernden Kollegen den zusammensackenden Beschwerdeführer von der Treppe zogen oder führten.

Jedenfalls erübrigen sich weitere Ausführungen zur Intervention des Suva-Case Managers und zu deren aktenmässigen Verarbeitung, da sie auf den Ausgang des vorliegenden Verfahrens keinen Einfluss haben, wie sich zeigen wird. Dieses Ereignis ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs und mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung – wo auch schon bei einem Unfall, bei dem ein Bauhandlanger unter acht schwere Schalungselemente geraten war und erst nach ca. sechs Minuten mit Hilfe eines Krans befreit werden konnte, das Vorliegen eines schweren Unfalls der mittleren Gruppe verneint wurde – als mittelschwerer Unfall zu qualifizieren (Rumo-Jungo, a.a.O., S. 58 mit Hinweis). Der Kausalzusammenhang ist somit nach der Rechtsprechung adäquat, wenn ein Kriterium besonders ausgeprägt oder drei Kriterien in einfacher Weise erfüllt sind (vgl. SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100 [8C\_897/2009] E. 4.5).

6.3 In den Akten finden sich unbestrittenermassen keine Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Es traten auch keine Komplikationen auf.

6.4 Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit eines Unfalls sind vorliegend nicht ersichtlich. Nach eigenen Angaben gegenüber der Polizei vermochte sich der Beschwerdeführer an die Ereignisse nach dem Schlag nicht mehr zu erinnern (Suva-act. 18). Aus der polizeilichen Mitwirkung oder den Fotos vom Unfallort lassen sich denn auch keine Schlussfolgerungen in Bezug auf die Eindrücklichkeit des Unfalls ziehen.

6.5 Die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, kann mit Bezug auf die Jochbeinfraktur und insbesondere die Rissquetschwunden im Gesicht bejaht werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2012, 8C\_435/2012,



E. 4.2.7, wonach eine generelle Eignung zur Auslösung psychischer Fehlentwicklungen bei Verbrühungen nicht ohne weiteres zu bejahen sei, da – obwohl die Narben an Schulter, Thorax und Vorderarm störend seien – diese nur vorwiegend im Sommer oder an festlichen Anlässen sichtbar seien). Allerdings ist das Kriterium nicht als in besonderer Weise erfüllt zu betrachten, zumal die Narben aussergewöhnlich gut verheilt und für Dritte nicht auf Anhieb erkennbar sind (vgl. Fotos in Suva-act. 152).

6.6 Der Heilungsverlauf kann mit Blick auf die somatischen Unfallfolgen nicht als besonders schwierig bezeichnet werden (vgl. auch Suva-act. 103), da die Beschwerden im rechten Unterarm folgenlos abgeheilt sind und in den medizinischen Akten seit dem Bericht vom 29. September 2010 nicht einmal mehr erwähnt werden (gemäss Austrittsbericht vom 29. Juni 2010 konnte eine Fraktur klinisch sowie radiologisch ausgeschlossen werden; Suva-act. 8; vgl. auch Suva-act. 103), die multiplen Rissquetschwunden trotz wenig auffälliger Narbe zwischen linkem Auge und Jochbeinregion reizlos abgeheilt sind (Suva-act. 103), hinsichtlich des Netzhauttrisses am linken Auge am 7. April 2011 eine Operation erfolgte (Suva-act. 76, 102) und auch die Zahnbehandlungen abgeschlossen sind (Kostengutsprache für Totalprothesen des Ober- und Unterkiefers; Suva-act. 82 ff., insbesondere Suva-act. 83 und 90).

6.7 Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung ist bei einer Dauer von eineinhalb Jahren im Verhältnis zu den erlittenen Verletzungen nicht zu erblicken.

6.8 Körperliche Dauerschmerzen liegen nicht vor. Gegenüber dem Kreisarzt G.\_\_\_\_ beschrieb der Beschwerdeführer immer wieder Schmerzen im Bereich der Narbe an der linken Wange, vor allem bei festem Zubeissen. Solche würden aber auch nicht immer bestehen (Suva-act. 103). Die weiteren Beeinträchtigungen (insbesondere die Kopfschmerzen und der beidseitige Tinnitus) können bei der vorliegenden Beurteilung nicht berücksichtigt werden (E. 5.2 und 6.6).

6.9 Die Arbeitsunfähigkeit bis 31. November 2011 wurde dem Beschwerdeführer vorwiegend durch seinen Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ attestiert, wobei aus den jeweiligen Arztzeugnissen lediglich der Unfall als Ursache hervorgeht und nicht ersichtlich ist, ob somatische und/oder psychische Beeinträchtigungen die volle Arbeitsunfähigkeit begründeten (vgl. Suva-act. 6, 14, 43, 46, 48, 49, 64, 69, 73, 78, 98, 101, 113, 125,



129). Gemäss Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 29. September 2010 war die berufliche Tätigkeit als Monteur damals nicht zumutbar, da die Anforderungen zu hoch seien und der Beschwerdeführer sich noch in der medizinischen Phase befunden habe (Suva-act. 40). Es wurde eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert und weitere medizinische Massnahmen mit ambulanter psychiatrischer Behandlung empfohlen. Nach Stabilisierung der Situation könne gegebenenfalls eine erneute Zuweisung zur beruflichen Rehabilitation erfolgen. Dies deutet darauf hin, dass einer beruflichen Rehabilitation keine somatischen Beschwerden im Wege standen. In den Akten finden sich seit der Augenoperation vom 7. April 2011 (Suva-act. 76) keine Berichte über die Behandlung somatischer Beschwerden. Kreisarzt G.\_\_\_\_ stellte nach der Untersuchung vom 31. August 2011 fest, dass sich beim Beschwerdeführer aus somatischer Sicht keine fortbestehenden unfallbedingten Einschränkungen funktioneller Art, und somit auch keine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit finden liessen. Die Beschwerdegegnerin arrangierte ab 13. September 2011 einen zweimonatigen halbtätigen Arbeitseinsatz des Beschwerdeführers bei der Velowerkstatt St. Gallen, welcher aufgrund häufiger Absenzen per 28. Oktober 2011 vorzeitig beendet wurde (Suva-act. 108, 109, 110, 116, 124). Gemäss Bericht der Klinik Teufen vom 9. Januar 2012 konnte der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben ca. 3 Stunden ein leichtes Beschäftigungsprogramm durchhalten. Eine besondere Ausprägung dieses Kriteriums ist jedenfalls nicht bereits bei einer höchstens 14 Monate dauernden, offenbar auch auf psychischen Faktoren beruhenden Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Selbst wenn das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit erfüllt wäre, würden zwei gegebene Kriterien ohne besondere Ausprägung nicht ausreichen, um die Adäquanz zu bejahen.

6.10 Da somit höchstens zwei der zu berücksichtigenden Kriterien in nicht ausgeprägter Weise erfüllt sind, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers und dem Unfall vom 21. Juni 2010 praxismässig zu verneinen. Bei fehlendem bzw. mit Erreichen des medizinischen Endzustands weggefallenem adäquatem Unfallkausalzusammenhang ist auch ein Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung nicht weiter zu prüfen.

7.



Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind gemäss Art. 61 lit. a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) keine zu erheben.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben