

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00459 vom 24. März 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-03-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2007.00459](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2007.00459)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00459 du 24 mars 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2007.00459 del 24 marzo 2008

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Der 1953 geborene A. \_\_\_ war als Biegereimitarbeiter bei der B. \_\_\_ AG, '\_\_\_', angestellt und in seiner Eigenschaft als Arbeitnehmer bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfall sowie Berufskrankheit obligatorisch versichert.

1.2. Nachdem der Versicherte bereits zwei Schulterluxationen links erlitten hatte (1985 und 1991/92) und bei ihm schon verschiedentlich generalisierte epileptische Anfälle aufgetreten waren (1985 und 1992), fiel er am 6. August 2002 bei der Arbeit (Maschinenbedienung: Beschicken einer automatischen Metallbiegemaschine mit Formteilen) im Rahmen eines Grand-mal-Anfalls (nach Schlafentzug) hin, wobei er sich die linke Schulter ausrenkte. Auf Unfallmeldung vom 28. August 2002 (Urk. 12/I/1) erbrachte ihm die SUVA die gesetzlichen Leistungen (Unfall Nr. '\_\_\_').

### E. 1.2

1.2.1. Die Beschwerdegegnerin erwog, die beim Beschwerdeführer festgestellte generalisierte Epilepsie sei vorbestehend und stehe folglich in keinem natürlichen Kausalzusammenhang zu den versicherten Ereignissen. Die zu gewöhnliche psychische Problematik stehe wiederum - soweit der natürliche Kausalzusammenhang denn zu bejahen wäre, was offen bleiben könne - in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zu den fraglichen Vorfällen. Damit sei nur für die als relevante Unfallfolgen zu betrachtenden linksseitigen Schulter- und Hüftbeschwerden aufzukommen. Durch die Schulter- und Hüftproblematik sei zwar die Arbeitsfähigkeit als Bauarbeiter wie auch allgemein im Bereich von Tätigkeiten mit repetitivem Heben schwerer Lasten oder vorwiegendem Gehen und ausschliesslichem Stehen eingeschränkt. Indessen sei die Verrichtung einer leichten, vor allem sitzenden und linksseitig schulterschonenden Ganztags-tätigkeit medizinisch-theoretisch zumutbar. Durch Verwertung des zumutbaren Restleistungsvermögens lasse sich ein anrechenbares Erwerbseinkommen von Fr. 44'168.-- erzielen (per 2005), was verglichen mit dem ohne Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommen von Fr. 52'832.-- zu einer Einkommenseinbusse von Fr. 8'664.-- und mithin zu einem Invaliditätsgrad von 16.4 % beziehungsweise rund 16 % führe. Die auf 20 % (Schulter: 15 %; Hüfte: 5 %) veranschlagte Integritätseinbusse orientiere sich an den konkreten medizinischen Befunden und den einschlägigen Skalen- und tabellarischen Referenzwerten (Urk. 2 = 11/176). Hieran hält die Beschwerdegegnerin weiterhin fest (Urk. 10).

1.2.2. Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, er sei in seiner angestammten Erwerbstätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die körperlichen und

psychischen Leidens stattfinden allesamt in einem rechtserheblichen, natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zu den versicherten Unfällen. Einerseits handle es sich bei den in Frage stehenden Vorfällen um mittelschwere Unfallereignisse. Andererseits lägen zum Einen körperliche Dauerschmerzen vor, welche erfahrungsgemäss geeignet seien, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen, und zum Andern habe die lange andauernde und weiter anhaltende ärztliche Behandlung bislang keinen Erfolg gebracht. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs dürfte nicht etwa allein wegen einer ausserhalb der üblichen Bandbreite liegenden psychischen Prädisposition verneint werden. In Anbetracht der funktionellen Einarmigkeit mit habitueller Schulterluxation, der Häftserschädigung und des psychischen Leidens sei die zu gewärtigende Integritätsseinbusse gesamthaft auf mindestens 50 % zu quantifizieren, zumal angesichts der zu erwartenden Beschwerdeprogredienz. Aufgrund der im Ganzen widersprüchlichen ärztlichen Meinungsäusserungen erscheine zumindest die Einholung eines Obergutachtens als angezeigt (Urk. 1; vgl. Urk. 12/I/140, 12/I/155 und 12/I/172).

2. Die Beschwerdegegnerin hat die Bestimmungen und Grundsätze über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG]), den Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung (Art. 18 Abs. 1 UVG), den für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod; BGE 129 V 181 Erw. 3.1, mit Hinweisen), die vorausgesetzte Adäquanz des Kausalzusammenhangs im Allgemeinen (BGE 129 V 181 Erw. 3.2, mit Hinweis) und bei psychischen Unfallfolgen (BGE 129 V 183 f. Erw. 4.1 f. und 115 V 133 ff.), die Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG; BGE 130 V 348 Erw. 3.4, mit Hinweisen) sowie den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung und deren Bemessung (Art. 24 Abs.1 UVG und Art. 25 UVG; vgl. auch Art. 36 Abs. 1 und 2 sowie Abs. 3 Satz 1 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV]; BGE 124 V 31 f. Erw. 1, 34 Erw. 3a und 35 Erw. 3c, mit Hinweisen; RKUV 2004 Nr. U 508 S. 267 Erw. 5.3.1 f. = Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 23. Dezember 2003 in Sachen F. [U 105/03]) zutreffend dargelegt. Gleiches gilt bezüglich der Rechtsprechung über die Ermittlung des ohne Invalidität erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen; BGE 129 V 224 Erw. 4.3.1, mit Hinweis) und die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch erzielbaren Einkommens (Invalideneinkommen; BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1 und 481 Erw. 4.2.3). Richtig wiedergegeben hat die Beschwerdegegnerin auch die Rechtsprechung zu dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 153 Erw. 2.1, mit Hinweisen), zur Aufgabe des Arztes im Rahmen der Invaliditätsbemessung (BGE 125 V 461 Erw. 4 und AHI 2002 S. 70 = Urteil des EVG vom 27. November 2001 in Sachen D. [I 82/01], je mit Hinweisen) sowie zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung und zum Beweiswert von ärztlichen Gutachten und Berichten (BGE 125 V 352 Erw. 3a; RKUV 2003 Nr. U 487 S. 345 Erw. 5.1 = Urteil vom 5. Juni 2003 in Sachen B. [U 38/01]). Darauf wird verwiesen (Urk. 2 = 12/I/176 Erw. 1, Erw. 2b/aa, Erw. 3 und Erw. 5).

3.

3.1 Der Beschwerdeführer leidet unter Schulter- (rezidivierende Luxationen links, bei Status nach Stabilisierung einer Hill-Sachs- und Blankart-Läsion), Häfts-

(Status nach Acetabulumfraktur links, mit/bei initialer Hüftarthrose und -osteopenie links) und Wirbelsäulenbeschwerden (zervikozephal und -brachiales bzw. -vertebrales Schmerzsyndrom links, bei beginnender Osteochondrose C4/5 und C5/6) sowie einer generalisierten Epilepsie (mit Grand-mal-Anfällen, medikamentös behandelt); ausserdem ist eine krankheitswertige psychische Störung zu verzeichnen (dysfunktionaler Umgang mit Schmerzen und Beschwerden im Sinne einer Symptomausweitung bzw. dissoziative Störung von Bewegung und Sinnesempfindung im Sinne einer Konversionsstörung oder differentialdiagnostisch anhaltender somatoformer Schmerzstörung, bei funktioneller sensomotorischer Hemisymptomatik links resp. aktiver funktioneller Einarmigkeit). Während sich diese Beschwerden und Störungen mehr oder weniger ausgeprägt auf die Arbeitsfähigkeit niederschlagen, bleiben weitere gesundheitliche Probleme wie Übergewicht (BMI 27 kg/m<sup>2</sup>), eine Leistenhernie links, eine anamnestische Hyperlipidämie, eine leichte Intelligenzminderung, sozio-kulturelle Schwierigkeiten sowie ein Status nach Varizenstripping links ohne Einfluss auf das Arbeitsvermögen (vgl. Austrittsbericht der Klinik G. vom 22. Juli 2005 [gezeichnet: Dres. med. I. und J.; Urk. 12/I/118] und insbes. H.-Gutachten vom 28. November 2006 [gezeichnet: Dres. med. K. und L.; Urk. 12/I/165]; vgl. auch [Austritts-]Berichte der Klinik E. vom 27. April 2004 [gezeichnet: Dres. med. M. und N.; Urk. 12/I/63] und 21. Juni 2004 [gezeichnet: Dres. med. M. und O.; Urk. 12/I/69]).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass die aus der seit Jahren bekannten Epilepsie-Erkrankung resultierenden Einschränkungen im Leistungsvermögen mangels eines natürlichen Ursache-Wirkungszusammenhangs nicht in den Deckungsbereich der Unfallversicherung fallen und damit ausserhalb ihrer Leistungspflicht liegen (Urk. 2 = 12/I/176 Erw. 2a). Dies trifft zu und bedarf keiner weiteren Erläuterungen, zumal der Beschwerdeführer diese Beurteilung nicht in Frage stellt (vgl. Urk. 1).

3.3 Weiter hat die Beschwerdegegnerin angenommen, dass die zu gewärtigende psychische Problematik zwar womöglich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zu den versicherten Ereignissen steht (indem die psychische Dekompensation zumindest teilweise auf diese Begebenheiten bzw. die daraus resultierenden Körpererschädigungen zurückzuführen sein dürfte), es diesbezüglich indessen jedenfalls an der für die Auslösung einer Leistungspflicht erforderlichen Rechtserheblichkeit der natürlichen Kausalität fehlt (Urk. 2 = 12/I/176 Erw. 2b/bb-cc).

Für die Adäquanzbeurteilung ist an das (objektiv erfassbare) Unfallereignis anzuknüpfen (BGE 117 V 359 Erw. 6a S. 366 f. und 115 V 133 Erw. 6 S. 139). Die Beschwerdegegnerin hat die fraglichen Vorkommnisse zutreffenderweise als leicht eingeordnet. Aufgrund des aktenkundigen Ablaufs, wie er in den medizinischen und weiteren Unterlagen dargestellt ist (vgl. insbes. Urk. 12/I/1, 12/I/3-4, 12/I/6-7, 12/I/13, 12/I/56, 12/I/63 und 12/I/69), handelt es sich um gewöhnliche Stürze oder gar nur beiläufige Ereignisse (Schulterausrenkung im Schlaf oder bei Selbstmobilisation) ohne qualifizierende Merkmale. Der Argumentation des Beschwerdeführers, wonach es sich um mittelschwere Ereignisse handle (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 2.2.1-2), kann nicht gefolgt werden. Von den weiteren, objektiv fassbaren und unmittelbar mit den jeweiligen Ereignissen in Zusammenhang stehenden oder als Folge davon erscheinenden Umständen, welche als massgebende Kriterien in die Gesamtwürdigung einzubeziehen sind (BGE 117 V 359

Erw. 6a S. 367 und 115 V 133 Erw. 6c/aa S. 140), müssten demnach für eine Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise hervorstechen oder aber mehrere in gehäuft oder auffälliger Weise gegeben sein (BGE 117 V 359 Erw. 6b S. 367 und 115 V 133 Erw. 6c/bb S. 140). Dem ist offenkundig nicht so. Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindringlichkeit der Geschehnisse liegen nicht vor. Weder die Schwere noch die Art der erlittenen Verletzungen sind besonders dazu angetan, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Die rund 3-jährige ärztliche Behandlung mit mehrmaligem Spital- und Rehabilitationsaufenthalt dauerte zwar recht lange, ist mit Blick auf den Umstand, dass die letzten Ereignisse erst vom März 2004 datieren, aber noch nicht als besonders langwierig zu bezeichnen, zumal bereits Mitte 2003 eine psychogene Stilllegung des linken Arms konstatiert (Urk. 12/I/24 und 12/I/25), Ende 2003 ein Verdacht auf eine Anpassungsstörung oder somatoforme Schmerzstörung bei schwerwiegender psychosozialer Belastungssituation postuliert (Urk. 12/I/35 und 12/I/49) und kurz nach den letzten Vorfällen auf die Inkonsistenz von Verhalten und angegebener Schmerzsymptomatik hingewiesen wurde (Urk. 12/I/63, 12/I/65 und 12/I/69)]; in der Folge wurde der Verdacht auf eine psychische Problematik nur mehr bestätigt (Urk. 12/I/82, 12/I/114, 12/I/117-118 und 12/I/165). Körperliche Dauerschmerzen liegen zwar bis zu einem gewissen Grade vorliegend, doch ist diesbezüglich zu beachten, dass probatorische intraartikuläre Steroidinfiltrationen subjektiv keinerlei Effekt bewirkten, was gegen eine eigentliche körperliche Schmerzursache spricht (vgl. Urk. 12/I/26-27, 12/I/30, 12/I/81, 12/I/89, 12/I/94 und 12/I/110). Eine die Unfallfolgen erheblich verschlimmernde ärztliche Fehlbehandlung ist nicht auszumachen, zumal der anfängliche Versuch einer rein konservativen Behandlung der Schulterproblematik nicht als solche zu qualifizieren ist. Der Heilungsverlauf gestaltete sich nur deswegen etwas mehr heftig und heikel, weil es im Nachgang zu den ersten Schulterluxationen (6. August und 8. September 2002) und der am 25. März 2003 erfolgten Stabilisationsoperation zu einer Acetabulumfraktur (16. März 2004) und erneuten Schulterluxation (20. März 2004) kam, wobei der Behandlungsfortgang der einzelnen Vorfälle im Ganzen jedoch weder als besonders schwierig noch kompliziert zu bezeichnen ist. Was den Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit betrifft, ist nach anfänglich problemlosem Verlauf schnell eine deutliche psychogene Überlagerung des Geschehens eingetreten; zwar richtete die Beschwerdegegnerin stets Taggeld aus (9. August 2002 bis 26. Januar 2003: 100 %; 27. Januar bis 23. März 2003: 50 %; 24. März 2003 bis 31. Juli 2005: 100 %; Urk. 12/I/130/1), doch sind die Zeiten rein körperlich bedingter Arbeitsunfähigkeit entsprechend zu relativieren. Mithin kommt weder einem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, noch liegen mehrere unfallbezogene Kriterien in verdichteter Weise vor. Demnach ist die adäquate Unfallkausalität der psychischen Symptomatik alles in allem klar zu verneinen.

Das Gleiche würde, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht annahm, im übrigen auch dann gelten, wenn - was nicht der Fall ist - von Begebenheiten im mittleren Bereich ausgegangen würde, die dann aber höchstens dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen wären (Urk. 2 = 12/I/176 Erw. 2b/bb). Selbst dann wären die zu berücksichtigenden Kriterien noch nicht in so gehäuft oder auffälliger Weise erfüllt, dass die Adäquanz bejaht werden könnte.

3.4.1.1 Dass die Beschwerdegegnerin bei ausschliesslicher Erfassung der unfallkausalen Gesundheitsschäden und im Lichte der alle diesbezüglichen gesundheitlichen Aspekte abdeckenden spezialärztlichen Ausführungen gemäss dem Austrittsbericht der Klinik G. \_\_\_ vom 22. Juli 2005 (Urk. 12/I/118) und insbesondere laut dem interdisziplinären H. \_\_\_-Gutachten vom 28. November 2006 (Urk. 12/I/165) von einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit hinsichtlich einer körperlich leichten, vorwiegend sitzend ausübenden Tätigkeit ausgegangen ist, erscheint in allen Teilen nachvollziehbar und plausibel. Die gänzlich unsubstantiierten Ausführungen des Allgemeinmediziners und Hausarztes Dr. med. P. \_\_\_, '\_\_\_', gemäss Attesten vom 13. März, 22. und 30. Juni, 7. August, 30. September und 12. Oktober 2006 (Urk. 12/I/157 und 12/I/162) vermögen gegen die alle gängigen Beweiswürdigungskriterien in den wesentlichen Zügen erfallenden interdisziplinären Expertisen nicht aufzukommen. Ebenso wenig sind die auf bloss einer Fachrichtung gründenden Stellungnahmen von Dr. med. Q. \_\_\_, Spital D. \_\_\_, Klinik für Orthopädische Chirurgie, vom 30. September 2004 (Urk. 12/I/81) und 18. Februar 2005 (Urk. 12/I/94) geeignet, die gutachterlichen Einschätzungen nachhaltig zu entkräften, zumal dieser Arzt keine Unterscheidung zwischen somatischer und psychischer Ebene getroffen hat und für eine grosszügige Opportunitätsbeurteilung plädiert. Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zur Patientin oder zum Patienten ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen, was für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren, gilt (Urteil des EVG vom 20. März 2006 in Sachen S. [I 655/05] Erw. 5.4, mit Hinweisen). Unter diesen Vorbehalt fallen auch die auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit schliessenden Stellungnahmen von Dr. R. \_\_\_ (zuletzt vom 23. September 2004 [Urk. 12/I/82]). Weitere Untersuchungen sind nicht erforderlich, ist der Beschwerdeführer in somatischer und psychischer Hinsicht doch in der Klinik G. \_\_\_ und im Zentrum H. \_\_\_ umfassend abgeklärt worden und lassen sich die geklagten Schmerzen seit Stabilisierung der erlittenen Schulterluxationen und Konsolidierung der Hüftgelenksfraktur unter anderem durch den psychischen und als solchen aber nicht unfallkausalen Gesundheitsschaden plausibel erklären. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten. Dem Antrag des Beschwerdeführers auf Einholung eines medizinischen Obergutachtens (Urk. 1 S. 2 Antr.-Ziff. 3) ist nicht stattzugeben, zumal die Fachleute der Klinik G. \_\_\_ und die H. \_\_\_-Sachverständigen in den wesentlichen Punkten übereinstimmen.

### E. 1.3

1.3.1.1 Bei der Erstversorgung im Spital C. \_\_\_ wurde nach Wiedereinrenkung der linken Schulter röntgenologisch eine deutliche Hill-Sachs-Läsion festgestellt. Therapeutisch wurde eine Ruhigstellung mittels Gilchrist-Verband verordnet und eine etwaige operative Stabilisierung empfohlen. Die im Spital C. \_\_\_ getätigten neurologischen Abklärungen (Labor, EKG, EEG) führten zur Diagnose einer Oligoepilepsie (Berichte vom 6. und 7. August 2002 [Urk. 12/I/2-3]). Im Spital D. \_\_\_, wohin der Versicherte nach medikamentöser Versorgung (Depakine ®, Analgesie) zwecks stationärer Weiterbehandlung und insbesondere kernspintomographischer Abklärung des Schädels verlegt wurde, wurde bei unauffälligem MRI-Befund und Verdacht auf Äthylabusus eine physiotherapeutische Schulter-Mobilisation eingeleitet. Am 12. August 2002 wurde

der weiterhin mit Gilchrist-Verband der linken Schulter und Medikamenten (Depakine ®, Tylenol ® in Schmerzreserve) versorgte Versicherte nach Hause entlassen (Bericht vom 23. August 2002 [Urk. 12/I/4]).

1.3.2.2 Während eines anschliessenden Ferienaufenthalts in Italien kam es am 8. September 2002 trotz Ruhigstellung (Gilchrist-Verband) im Schlaf zu einer erneuten Luxation der linksseitigen linken Schulter, welche vor Ort wieder eingelenkt und mit Desault-Verband fixiert wurde. Eine nachfolgende bildgebende (MRI) und klinische Abklärung im Spital D.\_\_\_\_ am 17. beziehungsweise 23. September 2002 führte nebst der bereits bekannten ausgeprägten Hill-Sachs-Läsion zum Befund einer kartilaginösen Bankart-Läsion. Im Hinblick auf die epileptische Problematik wurde für den 30. Oktober 2002 eine EEG-Kontrolle vorgesehen (Bericht vom 11. Oktober 2002 [Urk. 12/5/7]; vgl. auch ärztlicher Zwischenbericht vom 19. November 2002 [Urk. 12/5/10]). In der Folge wurde bei anhaltenden belastungs- und bewegungsabhängigen diffusen Schmerzen im Rahmen einer D.\_\_\_\_-Schulterprechstunde eine mittelschwere Frozen Shoulder links bei bekannter vorderer Schulterinstabilität festgestellt. Eine operative Stabilisierung wurde aufgrund der vorgefundenen Schultersteife als nicht indiziert erachtet und stattdessen ein Rehabilitationsprogramm verordnet (passive Mobilisation sowie Kräftigungs- und Stabilisationsübungen für die Rotatorenmanschette; Bericht vom 2. Dezember 2002 [Urk. 12/I/11]).

Im Zuge einer Mitte Januar 2003 erfolgten 50%igen Arbeitswiederaufnahme berichtete der Versicherte über eine permanente Angst vor einer Re-Luxation sowie über persistierende Schmerzen im ventralen und kranialen Schultergelenksbereich. Infolgedessen sowie aufgrund einer sich anlässlich einer klinischen Untersuchung im Spital D.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2003 zeigenden symptomatischen vorderen Schulterinstabilität (ICD-10 M75.8) bei weitgehend zurückgebildeter Frozen Shoulder wurde eine arthroskopische Stabilisationsoperation vorgesehen (Bericht vom 31. Januar 2003 [Urk. 12/I/14]). Der fragliche Eingriff wurde am 25. März 2003 im Rahmen einer vom 24. bis zum 29. März 2003 dauernden Hospitalisation im Spital D.\_\_\_\_ ausgeführt (arthroskopischer Bankart-Repair links; Kurzaustrittsbericht vom 31. März 2003 und Operationsbericht vom 4. April 2003 [Urk. 12/I/16]). Bei vorerst zufriedenstellendem postoperativem Verlauf wurde ärztlicherseits mit dem Wiedererreichen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auch hinsichtlich einer körperlich anstrengenden Tätigkeit gerechnet (ärztliche Zwischenberichte vom 16. Mai und 6. Juni 2003 [Urk. 12/I/17-19]).

1.3.3.2 Nach zunächst unproblematischem Verlauf und geplanter Arbeitswiederaufnahme zu 50 % per 1. August 2003 (Bericht vom 18. Juni 2003 [Urk. 12/I/23]) beklagte sich der Versicherte anlässlich einer Kontrolle im Spital D.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2003 über stark ziehende, von der Schulter bis zur lateralen Halspartie reichende, sich bei Kopffotation verstärkende Schmerzen. Bei verunmöglichter klinischer Untersuchung des vom Versicherten mittels Mitella-Schlinge immobilisierten linken Arms, unauffälligem kursorischem Neurostatus und altersentsprechenden konventionell-radiologischen Befunden wurde ein Verdacht auf eine pseudoradikuläre Symptomatik C3/4 links (bei Status nach arthroskopischem Bankart-Repair am 25. März 2003) geäussert und eine MRI-Abklärung der HWS vorgesehen (Bericht vom 15. Juli 2003 [Urk. 12/I/23]). Die am 16. Juli 2003 durchgeführte MRI-Untersuchung zeigte dann zwar gewisse osteochondrotische Veränderungen C4/5 und C5/6 mit massiger Einengung des Neuroforamens C4/5 links, doch liess sich bei ansonsten altersentsprechender

HWS keine spondylogene Ursache der Problematik nachweisen. Die darauffolgende Verlaufskontrolle vom 22. August 2003 ergab bei subjektiv unveränderter Beschwerdesituation mit praktisch vollständiger Bewegungsvermeidung der linken Schulter absolut blande radiologische Verhältnisse mit gut zentriertem Gelenk, wobei sich eine konsekutive klinische Beurteilung als unmöglich erwies. Zwecks Differenzierung der Ätiologie wurde eine intraartikuläre Infiltration ins Auge gefasst (Bericht vom 25. August 2003 [Urk. 12/I/26]). Die entsprechende Steroidapplikation blieb subjektiv ohne jede Wirkung. Stattdessen klagte der Versicherte am 18. September 2003 über massivste Schmerzen, wobei das Gelenkspiel allerdings aus orthopädisch-chirurgischer Sicht - soweit wegen permanenten Verspannens beurteilbar - als harmonisch und ohne wesentliche Schmerzprovokation qualifiziert wurde. Der Vollständigkeit halber wurde eine rheumatologische Beurteilung der geklagten Zervikobrachialgie angeregt (Bericht vom 19. September 2003 [Urk. 12/I/27] und Überweisungsschreiben vom 6. Oktober 2003 [Urk. 12/I/30]).

Die inzwischen erfolgte kreisärztliche Untersuchung vom 5. August 2003 erbrachte abgesehen von palpatorischen Schmerzangaben und einer geringfügigen Ausdünnung des Musculus deltoideus keine auffälligen klinischen Befunde. Indessen wurde eine scheinbar völlige Desintegration des in einer Mitella-Schlinge getragenen linken Armes aus dem Körperperschema konstatiert (Bericht vom 5. August 2003 [Urk. 12/I/24 und 12/I/25]).

Die von Seiten des Spitals D.\_\_\_\_ initiierte rheumatologische Abklärung führte zur Diagnose eines myofaszialen Schmerzsyndroms im Schulterbereich links (bei Status nach arthroskopischer plastischer Rekonstruktion bei rezidivierender Schulterluxation links [vordere Schulterinstabilität] am 25. März 2003). Aufgrund des diffusen klinischen Befunds und der offensichtlichen Müdigkeit des Versicherten wurde der Verdacht auf eine Anpassungsstörung oder somatoforme Schmerzstörung bei psychosozialer Belastungssituation des getrennt von seiner Familie allein in der Schweiz lebenden Versicherten geäußert (Bericht vom 4. November 2003 [Urk. 12/I/35]). Nachdem trotz intensiver Behandlung keine Besserung erzielt werden konnte, wurde der Versicherte zur stationären rheumatologischen Rehabilitation an die Klinik E.\_\_\_\_ überwiesen (Überweisungsschreiben vom 28. Januar 2004 [Urk. 12/I/43]).

Im Rahmen einer orthopädisch-chirurgischen Begutachtung zuhanden der Invalidenversicherung wurden ein Status nach mehrmaliger Schulterluxation links (mit zuletzt arthroskopischem Bankart-Repair im März 2003), eine Pseudoparalyse des linken Arms (bei verunglückter Nachbehandlung; evtl. im Sinne einer psychogenen Lähmung), eine beginnende Zervikarthrose, eine anamnestische Epilepsie (durch den jüngsten Verlauf bestätigt) sowie psychosoziale Probleme (vermutlich schwer) diagnostiziert. Mangels neurologischer Abklärung konnten gutachterlich keine abschliessenden Angaben gemacht werden (Gutachten vom 18. März 2004 [Urk. 12/I/49]).

1.3.4.4 Kurz nach seinem Eintritt in die Klinik E.\_\_\_\_ (11. März 2004) stürzte der Versicherte am 16. März 2004 im Zuge eines erneuten epileptischen Grand-mal-Anfalls, wobei er eine Acetabulumfraktur links erlitt. Im Rahmen des daraus resultierenden Aufenthalts im Spital F.\_\_\_\_ zog er sich sodann am 20. März 2004 bei der Selbstmobilisierung abermals eine Schulterluxation links zu (Berichte vom 23. März 2004 [Urk. 12/I/51] und vom 8. April 2004 [Urk. 12/I/56]; vgl. Bericht vom 5. April 2004 [Urk.

12/II/2]). Diese Vorfälle wurden von der SUVA unter der Unfall-Nr. '\_\_\_' registriert und zusammen mit dem bereits laufenden Verfahren Nr. '\_\_\_' abgewickelt (Urk. 12/II/1).

Es folgte ein bis 22. April 2004 verlängerter Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik E.\_\_\_\_, wo beim Austritt eine Acetabulumfraktur links (16. März 2004; konservativ behandelt, mit/bei Status nach Sturz bei generalisiertem epileptischem Grand-mal-Anfall), ein Status nach Schulterluxation links (20. März 2004; mit/bei Status nach rezidivierenden Schulterluxationen und Status nach vorderer Stabilisierung im März 2003 bei Hill-Sachs- und Bankart-Läsion) sowie ein zervikozephal und -brachiales Schmerzsyndrom links diagnostiziert wurden. Unter Hinweis darauf, dass ein Therapieeffekt physiotherapeutischer Massnahmen angesichts der Inkonsistenz von Verhalten und angegebener Schmerzsymptomatik fraglich erscheine, wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für weitere drei Monate attestiert und die nachfolgende Festlegung einer gutachterlichen Beurteilung anheim gestellt (Austrittsbericht vom 27. April 2004 [Urk. 12/I/63] und Ärztliches Zeugnis vom 14. Mai 2004 [Urk. 12/I/65]; vgl. auch Bericht zuhanden der Invalidenversicherung vom 21. Juni 2004 [Urk. 12/I/69]).

1.3.5. Im Rahmen der orthopädischen Weiterbetreuung im Spital D.\_\_\_\_ wurden eine posttraumatische Coxarthrose links (bei Status nach konservativ behandelter, wenig dislozierter Acetabulumfraktur) sowie eine Rezidiv-Instabilität der linken Schulter nach Re-Luxation konstatiert. Bezüglich der Coxarthrose wurde eine probatorische Hüftgelenksinfiltration vorgesehen und bei gutem Ansprechen eine endoprothetische Sanierung in Betracht gezogen; hinsichtlich der Schulterproblematik wurde darauf hingewiesen, dass sich das aktuelle Beschwerdebild mit der zu gewärtigenden Instabilität allein nicht erklären lasse (Bericht vom 30. September 2004 [Urk. 12/I/81]). Die am 12. Oktober 2004 durchgeführte Hüftgelenksinfiltration (Bericht vom 13. Oktober 2004 [Urk. 12/I/110]) blieb nicht nur ohne jeden positiven Effekt, sondern führte gegenteils zu einer Schmerzexazerbation. Angesichts dieses aus ärztlicher Sicht irritierenden Ergebnisses und im Lichte der sonstigen Inkohärenz von klinischen Befunden und Schmerz- beziehungsweise Schonungsverhalten wurde zwecks konklusiver Beurteilung und Prüfung der Rentenfrage eine spezialärztliche Begutachtung angeregt (Berichte vom 6. Januar 2005 [Urk. 12/I/89] und 18. Februar 2005 [Urk. 12/I/94]).

Die parallele rheumatologische Betreuung hatte zwischenzeitlich zum Verdacht auf eine psychische Problematik in Form einer wahrscheinlichen Schmerzverarbeitungsstörung geführt (Bericht vom 23. September 2004 [Urk. 12/I/82]).

1.3.6. Anlässlich des darauf folgenden Aufenthalts in der Klinik G.\_\_\_\_ (von 24. Mai bis 5. Juli 2005) wurde ein schwerwiegender dysfunktionaler Umgang mit Schmerzen und Beschwerden im Sinne einer Symptomausweitung ausgemacht und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer körperlich leichten, vor allem sitzenden, linksseitig schulterschonenden Ganztagsaktivität attestiert (Austrittsbericht vom 22. Juli 2005 [Urk. 12/I/118]; vgl. Psychosomatischer Konsiliarbericht vom 4. Juli 2005 [Urk. 12/I/117] und Kurzbericht vom 5. Juli 2005 [Urk. 12/I/114]).

Auf der Grundlage der in der Klinik G.\_\_\_\_ erhobenen Befunde wurde der aus den Ereignissen vom 6. August 2002 (und 8. September 2002), 16. und 20. März 2004 resultierende Integritätsschaden mit kreisärztlicher Beurteilung vom 24. August 2005 (Urk. 12/I/122) auf 20 % geschätzt (Schulter: 15 %; Hüfte: 5 %).

1.4. Mit Schreiben vom 1. September 2005 (Urk. 12/I/124]) teilte die SUVA dem Versicherten die rückwirkende Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen per 31. Juli 2005 mit, wobei sie die baldige Prüfung der Rentenfrage und Frage der Integritätsentschädigung in Aussicht stellte. Mit Verfügung vom 13. Oktober 2005 (Urk. 12/I/130 = 12/I/136) sprach die SUVA dem Versicherten schliesslich eine Invalidenrente nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von 16 % mit Wirkung ab 1. August 2005 sowie eine Integritätsentschädigung auf der Basis einer Einbusse von 20 % zu (vgl. auch rektifizierte Verfügung vom 21. September 2005 [Urk. 12/I/128]).

Die vom Versicherten dagegen am 14. November 2005 erhobene (Urk. 12/I/140) und am 27. Februar 2006 (Urk. 12/I/155) sowie am 20. März 2006 (Urk. 12/I/159; samt Beilage [Urk. 12/I/157]) ergänzte Einsprache wurde von der SUVA - nach Kenntnisnahme des von der Invalidenversicherung veranlassten MEDAS-Gutachtens des Zentrums H.\_\_\_\_, '\_\_\_\_', vom 28. November 2006 (Urk. 12/I/165) und pflichtgemässer Gewährung des rechtlichen Gehörs (Stellungnahme des Versicherten vom 25. Juni 2007 [Urk. 12/I/172]) - mit Entscheid vom 14. September 2007 (Urk. 2 = 12/I/176) abgewiesen.

## E. 2

2.1. Hiergegen liess der durch Rechtsanwalt Bernhard Zollinger, Zürich, vertretene Versicherte (Urk. 3) mit Eingabe vom 18. Oktober 2007 (Urk. 1) beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren und Anträgen (S. 2; Hervorhebung weggelassen):

"1. Es sei der angefochtene Einsprache-Entscheid aufzuheben.

2. Es sei dem Beschwerdeführer eine Rente von 70 % und eine Integritätsentschädigung von 40 % zuzusprechen.

3. Eventualiter sei der Fall zur weiteren medizinischen und beruflichen Abklärung zurückzuweisen und ein Obergutachten einzuholen.

4. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und der Unterzeichnete [Rechtsanwalt Zollinger] sei ihm als unentgeltlicher Rechtsbeistand beizugeben.

5. Kosten- und Entschädigungsfolgen seien zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu erkennen."

2.2. Mit Zuschrift vom 26. November 2007 (Urk. 6; samt Beilagen [Urk. 7 und 8]) liess der Beschwerdeführer sein Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung substantiieren.

Die SUVA beantragte mit Vernehmlassung vom 26. November 2007 (Urk. 10; samt Zustellnachweis [Urk. 11] und Aktenbeilage [Urk. 12/I/1-177 und 12/II/1-7]) die Abweisung der Beschwerde, worauf der Schriftenwechsel mit Gerichtsverfügung vom 29. November 2007 (Urk. 13) geschlossen wurde.

## E. 3

3.1. Im September 2003 hatte sich der Beschwerdeführer bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Invalidenversicherungsleistungen angemeldet. Nach durchgeführter Abklärung - worunter das bereits erwähnte MEDAS-Gutachten des Zentrums H.\_\_\_\_ vom 28. November 2006 (Urk. 12/I/165) - sprach ihm die IV-Stelle mit Verfügungen vom 24. Juli

2007 (Urk. 12/I/174) eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung nach Massgabe eines Invaliditätsgrads von 66 % mit Wirkung ab 1. März 2004 zu (samt Kinderrenten).

3.2 Die vom Beschwerdeführer gegen den Rentenentscheid der IV-Stelle beim hiesigen Gericht am 13. September 2007 eingelegte Beschwerde (mit dem Rechtsbegehren um Zusprechung einer ganzen Rente) wurde mit Urteil vom heutigen Tag abgewiesen (Proz.-Nr. IV.2007.01209).

#### E. 4

4.1 Das von der Beschwerdegegnerin angenommene Valideneinkommen - bezogen auf eine ganzjährige Erwerbstätigkeit - von Fr. 52'832.-- (= 13 x Fr. 3'980.-- + 12 x Fr. 91.--; Stand 2005) wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet (vgl. Urk. 1). Die entsprechende Annahme stützt sich denn auch auf den jüngsten Arbeitgeberbericht vom 1. März 2005 (Urk. 12/I/111).

4.2 Was die Berechnung des Invalideneinkommens betrifft, erhebt der rein medizinisch-theoretisch argumentierende Beschwerdeführer in beruflich-erwerblicher Hinsicht keinerlei Einwendungen (vgl. Urk. 1). Der von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Dokumentationen über Arbeitsplätze (DAP) Nrn. 659, 1097, 2329, 4767 und 5487 (Urk. 12/I/125) mit Fr. 44'168.-- bezifferte hypothetische Jahresverdienst erscheint denn auch als grosszügig bemessen. Einerseits ist die DAP-Auswahl repräsentativ und entspricht den von der Rechtsprechung aufgestellten Referenzkriterien (vgl. BGE 129 V 472). Andererseits holt die Festsetzung einer Plausibilitätskontrolle anhand der statistischen Angaben gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) für das Jahr 2004 unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung für das Jahr 2005 ohne weiteres stand (Fr. 4'588.-- : 40 h x 41.6 h x 12 + 1.0 % = Fr. 57'831.--; Die Volkswirtschaft 12-2007, S. 98 f. Tabellen B9.2, B10.1 und B10.2), wobei die Abzugsspanne bis hin zur Lohnannahme der Beschwerdegegnerin fast 24 % beträgt (100 % : Fr. 57'831.-- x Fr. 13'663.-- [= Fr. 57'831.-- - Fr. 44'168.--] = 23.6 %). Was die Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn angeht, kann im Übrigen auf die Erwägungen gemäss Urteil im invalidenversicherungsrechtlichen Parallelverfahren Proz.-Nr. IV.2007.01209 verwiesen werden, wobei die unfallfremden Aspekte (Epilepsie und Psyche) auszublenden sind. Die italienische Staatsangehörigkeit wird den mittlerweile über eine Aufenthaltsbewilligung B EG/EFTA verfügenden Beschwerdeführer bei der Stellensuche kaum behindern und sich auch auf den Lohn nicht massgeblich auswirken. Invaliditätsfremde Faktoren wie verminderte Intelligenz, mangelhafte Schul- und Berufsbildung, eingeschränkte Sprachkenntnisse sowie mangelnde Flexibilität, Durchsetzungsfähigkeit oder Sozialkompetenz und mithin ein in diesem Sinne unterdurchschnittliches Valideneinkommen erscheinen im Rahmen der Angemessenheitskontrolle hinreichend berücksichtigt.

4.3 Nach Massgabe eines Valideneinkommens von Fr. 52'832.-- und eines zumutbarerweise anrechenbaren Invalideneinkommens von Fr. 44'168.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 8'664.-- respektive der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von rund 16 %. Für die vom Beschwerdeführer beantragte Erhöhung des Invaliditätsgrads auf 70 % (vgl. Urk. 1 S. 2 Antr.-Ziff. 2) fehlt jede Grundlage.

#### E. 5

5.1. Die Quantifizierung der Integritätsseinbusse durch die Beschwerdegegnerin auf 20 % (Schulter: 15 %; Hüfte: 5 %) stützt sich auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. S., Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemein- und Unfallchirurgie, vom 24. August 2005 (Urk. 12/I/122), welche sich ihrerseits an den in der Klinik G. erhobenen Befunden orientiert (Urk. 12/I/114 und 12/I/117-118). Letztere decken sich im Wesentlichen mit den späteren Erhebungen der H.-Gutachter (Urk. 12/I/165).

Dr. S. führte im Einzelnen und nachvollziehbar aus, wieso er die Schulterproblematik gestützt auf Art. 36 Abs. 2 UVV in Verbindung mit Anhang 3 zur UVV sowie SUVA-Tabellen 1 und 6 eine 15%ige Einbusse angenommen hat. Das Schulterleiden des Beschwerdeführers ist rein körperlich keinem vollständigen Armverlust gleichzusetzen. Bei der zu verzeichnenden körperlichen Dysfunktion in Form einer Bewegungseinschränkung und Gelenkinstabilität (im Sinne einer habituellen Schulterluxation) erscheint die Bewertung der Einschränkung mit 15 % angemessen. Für die vom Beschwerdeführer postulierte Veranschlagung auf mindestens 40 % (vgl. Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 2.2.3) fehlt anhand der rein somatischen Befunde die Grundlage.

Der Hüftschaden wurde von Dr. S. in Anwendung von Art. 36 Abs. 2 UVV in Verbindung mit Anhang 3 zur UVV sowie SUVA-Tabelle 5 mit 5 % bewertet. Dies unter Hinweis darauf, dass die bloss leichte Coxarthrose nach durchgemachter Acetabulumfraktur an sich gar keine Entschädigung nach sich ziehen würde, im Gesamtzusammenhang aber mit 5 % zu entschädigen sei. Diese günstige Festlegung wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht beanstandet (vgl. Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 2.2.3).

Entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 2.2.3) sind die nicht unfallkausalen psychischen Implikationen bei der Festsetzung der Integritätsentschädigung gänzlich ausser Acht zu lassen.

5.2. Im Rahmen der vorzunehmenden Angemessenheitskontrolle, die überhaupt nur zurückhaltende Korrekturen zulässt, lässt sich die vom Beschwerdeführer beantragte Erhöhung der Integritätsentschädigung auf mindestens 40 % (vgl. Urk. 1 S. 2 Antr.-Ziff. 2 in Verbindung mit S. 6 Ziff. 2.2.3) keinesfalls rechtfertigen.

Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

## E. 6

6.1. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG in Verbindung mit Art. 1 UVG).

6.2. Ausgangsgemäss steht dem Beschwerdeführer keine Prozessentschädigung zu. Da die beschwerdeweisen Einwände die in gesamthaft sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Würdigung der Aktenlage ergangenen Entscheide der Beschwerdegegnerin nicht in Frage zu stellen vermögen (vgl. nebst dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 14. September 2007 [Urk. 2 = 12/I/176] auch die Leistungsverfügung vom 13. Oktober 2005 [Urk. 12/I/130 = 12/I/136]) und sich die Beschwerdevorbringen darüber hinaus in den wesentlichen Zügen auf die summarische Wiederholung der bereits in den früheren Eingaben vom 14. November 2005 (Urk. 12/I/140), 27. Februar 2006 (Urk. 12/I/155) sowie 20. März 2006 (Urk. 12/I/159) vorgebrachten und von der Beschwerdegegnerin hinlänglich entkräfteten Rügen beschränken, ohne den Standpunkt unterstützende stichhaltige Beweismittel

zu benennen, kann dem Ersuchen um unentgeltliche Rechtspflege (im Sinne der unentgeltlichen Verbeiständung) zufolge Aussichtslosigkeit der Rechtsvorkehr nicht entsprochen werden; die Kriterien der wirtschaftlichen Bedürftigkeit und sachlichen Gebotenheit brauchen demnach nicht gesondert geprüft zu werden (§ 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 61 lit. f ATSG; BGE 125 V 202 Erw. 4a und 372 Erw. 5b, je mit Hinweisen);

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtsvertretung wird abgewiesen.

Sodann erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Rechtsanwalt Bernhard Zollinger
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)

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 dem 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 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.