

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00004 vom 28. Mai 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00004

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00004 du 28 mai 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00004 del 28 maggio 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Dagegen liess X., vertreten durch Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler, am 6. Januar 2009 Beschwerde erheben und beantragen, der angefochtene Entscheid sei aufzuheben und es sei die Angelegenheit zwecks zusätzlicher medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zudem sei ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben, um die endgültige Höhe der Invalidenrente und Integritätsentschädigung festlegen zu können. Anschliessend sei neu zu verfahren. Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen - also Heilungskosten und Taggelder - auch nach dem 1. April 2008 bis zur Neuverfugung auszurichten. In prozessualer Hinsicht stellte der Beschwerdeführer Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch Rechtsanwältin Dr. Wyler (Urk. 1 S. 2).

2.2. Am 9. März 2009 (Urk. 10) liess der Beschwerdeführer das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 11) sowie entsprechende Unterlagen (Urk. 12/1-15) auflegen. Die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwältin Barbara Klett, ersuchte am 4. Mai 2009 um Abweisung der Beschwerde (Beschwerdeantwort, Urk. 14 unter Auflage ihrer Akten, Urk. 15/1-128). Mit Verfugung vom 14. Mai 2009 wies das Gericht das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung ab (Urk. 16).

2.3. Nachdem der Beschwerdeführer am 28. Oktober 2009 das zu Händen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, erstellte Gutachten des G. vom 4. Juni 2009 (Urk. 20/5) hatte auflegen und sein Gesuch um Bestellung von Rechtsanwältin Dr. Wyler als unentgeltliche Rechtsvertreterin aufgrund veränderter tatsächlicher Verhältnisse hatte erneuern lassen (Urk. 19), bestellte das Gericht mit Verfugung vom 3. November 2009 Rechtsanwältin Dr. Wyler zur unentgeltlichen Rechtsvertreterin für das laufende Verfahren ab Gesuchsstellung vom 28. Oktober 2009 (Urk. 21).

2.4. Am 30. November 2009 legte die Beschwerdegegnerin ihre Stellungnahme zum Gutachten des G. ins Recht (Urk. 23).

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Die Beschwerdegegnerin hielt dafür, am 31. März 2008 seien sämtliche relevanten Behandlungsmassnahmen ausgeschöpft und keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mehr zu erwarten gewesen, weshalb der Fallabschluss zu Recht erfolgt sei (Urk. 2 S. 4). Gestützt auf das durch die Rehaklinik A.____ erstellte Zumutbarkeitsprofil sei dem Beschwerdeführer eine wechselbelastende Tätigkeit vollumfänglich zumutbar (Urk. 2 S. 10). Ein Abzug von dem mittels dokumentierter Arbeitsplatzbeurteilung (DAP) ermittelten hypothetischen Invalideneinkommen sei nicht vorgesehen. Damit führe der Vergleich des Invalideneinkommens von Fr. 54'752.-- mit dem Valideneinkommen von Fr. 69'485.-- zu einem Invaliditätsgrad von 21 % (Urk. 2 S. 12). Im Weiteren sei betreffend die Integritätsentschädigung auf die Einschätzung von Kreisarzt Dr. B.____ abzustellen. In Bezug auf den Rücken, das Becken sowie das linke Bein sei ein erheblicher und dauernder Schaden nicht ausgewiesen, womit es bei der Integritätsentschädigung von 7,5 % sein Bewenden habe (Urk. 2 S. 14). Mit der Beschwerdeantwort liess die Beschwerdegegnerin ergänzend vorbringen, der Beschwerdeführer sei mehrfach umfassend abgeklärt worden, wobei auch seine Schmerzangaben berücksichtigt worden seien (Urk. 14 S. 9). Was schliesslich das Gutachten des G.____ betreffe, so ständen gemäss Ausführungen der Experten unfallunabhängige degenerative und fehlstatische Schäden der LWS im Vordergrund, während wesentliche Folgen des Unfallereignisses vom 18. Mai 2006 rein orthopädisch aktuell nicht mehr auszumachen seien. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers sei nicht der Berufsunfall das einschneidende Ereignis, sondern die degenerativen Schäden der LWS. Mithin habe die Beschwerdegegnerin auf ein korrektes Zumutbarkeitsprofil abgestellt (Urk. 23 S. 2-3).

1.2. Demgegenüber liess der Beschwerdeführer insbesondere vorbringen, die Beschwerdegegnerin habe einzig die Beschwerden am linken Ellbogen als unfallbedingt anerkannt, währenddessen sämtlichen übrigen körperlichen Beschwerden die Unfallkausalität abgesprochen worden sei (Urk. 1 S. 3). Gestützt auf die Einschätzung des Hausarztes Dr. med. H.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an typischen neuropathischen Schmerzen leide, welche eine Arbeitsfähigkeit von derzeit höchstens 30 % erlaubten. Deren Behandlung sei zwar schwierig, nicht aber aussichtslos (Urk. 1 S. 4). Mithin bestehe ein klarer Widerspruch zwischen der Auffassung des Hausarztes des Beschwerdeführers und der Beschwerdegegnerin, betrachte diese den Beschwerdeführer doch als 100 % leistungsfähig, soweit nicht die Problematik des Ellbogens betroffen sei. Weitere medizinische Abklärungen seien damit unerlässlich. Schliesslich sei von weiteren Behandlungen eine namhafte Besserung zu erwarten (Urk. 1 S. 6), und es seien noch nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft (Urk. 1 S. 7). Was die Festsetzung des Invaliditätsgrades betreffe, so erschienen die vorgeschlagenen DAP nicht als geeignet, setzten diese doch alle Sitzen als länger dauernde Haltung voraus, was dem Beschwerdeführer gerade nicht möglich sei. Zudem sei es ihm auch nicht wie gefordert möglich, beide Arme und Hände voll einzusetzen (Urk. 1 S. 9). Selbst wenn eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit zumutbar wäre, so würden sich die verschiedenen Handicaps - neben der Reduktion der Arbeitszeit von 100 % auf geschätzte 50 % - mindestens im Umfang von 25 % lohnmindernd auswirken, was insgesamt zu einem Invaliditätsgrad von 70.4 % führe (Urk. 1 S. 10). Endlich sei auch die Errechnung der Integritätsentschädigung nicht korrekt erfolgt, sei dabei doch einzig das Ellbogenleiden berücksichtigt worden. Ergänzend liess der Beschwerdeführer zuletzt vorbringen,

das Gutachten des G.____ zeige, dass zumindest eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 30 % bestehe (Urk. 19 S. 1-2).

2.1.1.1.1.1

2.1.1.1.1.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2.1.1.1.1 Die Verwaltung als verfassende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.).

E. 3

3.1.1.1.1.1 Beim Sturz aus sechs bis sieben Metern Höhe erlitt der Beschwerdeführer eine (1) Beckenkompressionsfraktur links mit Azetabulumfraktur vorderer Pfeiler links und Massa lateralis-Fraktur links, nicht disloziert, eine (2) erstgradig offene Ellbogenfraktur links mit Olekranonfraktur links und Radiusköpfchenfraktur links sowie eine (3) Nierenkontusion pars intermedia rechts mit Makrohämaturie (Bericht des Spitals Z.____ vom 30. Mai 2006, Urk. 15/4/1). Eine Amnesie bestand nicht, der GCS-Wert betrug 15. Noch am Unfalltag, dem 18. Mai 2006, erfolgte eine Plattenosteosynthese des Olekranons (Urk. 15/4/3); am 23. Mai 2006 wurde eine offene Reposition vorgenommen.

3.2.1.1.1.1 Vom 30. Mai 2006 bis zum 12. Juli 2006 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Rehaklinik A.____ (Bericht vom 4. September 2006, Urk. 15/9). Deren Ärzte nannten über die bereits bekannten Diagnosen hinaus eine Subluxation des AC-Gelenkes links, wahrscheinlich Tossy II, und erklärten, die Beckenkompressionsfraktur sei konservativ behandelt worden. Zusammenfassend notierten sie, beim motivierten Beschwerdeführer habe ein gutes Therapieresultat erzielt werden können, wobei er noch Kreuzschmerzen im Sitzen und Gehen angegeben habe (Urk. 15/9/2). Dennoch sei in zwei bis drei Wochen stockfreies Gehen zu erwarten (Urk. 15/9/1).

3.3.1.1.1.1 Der Befund am 6. Juli 2006 (Bericht des Spitals Z.____ vom 10. Juli 2006, Urk. 15/12/4) zeigte reizlose Narbenverhältnisse. Weder bestand ein Hämatom, noch wurden eine Schwellung oder Schmerzen erhoben. Parasakral bestand eine leichte Druckdolenz. Die Bildgebung des linken Ellbogens zeigte regelrechte Stellungsverhältnisse, und in der Beckenübersicht war verglichen mit der Voruntersuchung vom 21. Mai 2006 eine

fortgeschrittene Konsolidation ohne Dislokation bei Azetabulumfraktur zu erfassen. Die Ärzte attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres.

3.4 Am 16. August 2006 (Urk. 15/12/2) nannten die Ärzte des Spitals Z.____, Klinik für Unfallchirurgie, denselben Befund wie in der Voruntersuchung, wobei keine Druckdolenz mehr festgestellt werden konnten. Physiotherapie sei weiterhin angezeigt, und bis zum 16. September 2006 bestehe unverändert eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

3.5 Mit Bericht vom 17. November 2006 (Urk. 15/17) erhoben die Ärzte des Spitals Z.____ eine Druckdolenz im Bereich des Olekranons, des oberen Sacrums mit Ausstrahlung in die LWS und gärtelförmig in die Leiste sowie im Bereich der Patella des linken Knies. Die radiologische Nachkontrolle des Ellbogens zeigte keine Lockerungszeichen, die Beckenübersicht ergab eine unveränderte Stellung der leicht dislozierten Azetabulumfraktur des vorderen Pfeilers links sowie eine regelrechte Stellung der Massa lateralis des Os sacrum. Zur Verbesserung der aktiven Gelenkbeweglichkeit sowie zur Linderung der Kniebeschwerden und der Dolenz im Sacrumbereich sei die Physiotherapie weiterzuführen. Ab dem 1. November 2006 sei der Beschwerdeführer zu 75 % arbeitsunfähig.

3.6 Gemäss Auskunft des Arbeitgebers vom 23. November 2006 (Urk. 15/16) wurde der Beschwerdeführer seit Anfang November 2006 mit leichten Arbeiten, die er selber ausführen konnte, beschäftigt, wobei er sich oft während sechs Stunden im Betrieb aufhielt.

3.7 Vom 1. März bis zum 5. April 2007 (Bericht vom 27. April 2007, Urk. 15/44) hielt sich der Beschwerdeführer zwecks Beurteilung der Belastbarkeit und Zumutbarkeit erneut in der Rehaklinik A.____ auf. An aktuellen Problemen schilderte er Schmerzen im Bereich des Sacrums rechtsbetont sowie belastungsabhängig im Bereich des Olekranons links, unspezifische Knieschmerzen links, belastungsabhängige Schmerzen in der linken Schulter sowie Kopfschmerzen (Urk. 15/44/1). Die Ärzte erklärten, infolge Tendenz zu Selbstlimitierung hätten die Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht ganz erreicht werden können. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären. Der Beschwerdeführer habe immer noch über Schmerzen lumbal, im Beckenring belastungsabhängig sowie über Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung über dem linken Olekranon geklagt. Die radiologische Kontrolle des linken Knies habe keine posttraumatischen oder degenerativen Veränderungen visualisiert (Urk. 15/44/2). Eine Psychopathologie von Krankheitswert sei nicht diagnostiziert worden (Urk. 15/44/3). Gestützt auf medizinisch-theoretische Überlegungen sei die Tätigkeit als Dachdecker nicht mehr zumutbar. Demgegenüber sei dem Beschwerdeführer eine leichte Arbeit ganztags möglich, wobei ihm zusätzliche Pausen von insgesamt zwei Stunden (wegen der im Tagesverlauf kumulierenden Schmerzen) einzuräumen seien (Urk. 15/44/2). Bei der leidensangepassten Tätigkeit müsse es sich um eine wechselbelastende (kreuz- und höftbedingt) Arbeit ohne länger dauernde vorgeneigte (kreuzbedingt) Tätigkeiten sowie ohne wiederholten Krafteinsatz des linken Armes (schulter- und armbedingt) handeln (Urk. 15/44/2). Der Beschwerdeführer selber sehe sich aber nicht in der Lage, überhaupt einer Arbeit nachzugehen (Urk. 15/44/3).

3.8 Anlässlich der Besprechung vom 9. Mai 2007 (Urk. 15/41) mit dem Arbeitgeber des Beschwerdeführers, welcher seit dem 16. April 2007 nunmehr ganztags im Betrieb anwesend war, erklärte dieser, er sei sich bewusst, dass er aus medizinischer Sicht in einer anderen, leichten Tätigkeit voll einsatzfähig sei. Er sei daran interessiert, möglichst bald eine angepasste Beschäftigung zu finden und akzeptiere einen Wechsel.

3.9 Am 10. Mai 2007 (Urk. 15/46) erklärten die Dres. med. I. ____, Oberarzt, und J. ____, Assistenzarzt, beide Spital Z. ____, Klinik für Unfallchirurgie, der Beschwerdeführer habe über eine Besserung berichtet. Dennoch habe er Beschwerden am Ellbogen beim Heben und Tragen schwerer Lasten sowie einen Nachtschmerz beklagt. Besonders gestört fühle er sich durch die persistierenden und im Verlaufe tendenziell stärker werdenden Lumboischialgie-Schmerzen beidseits, links stärker als rechts. Im Bereich der LWS erhoben die Ärzte einen paravertebralen Hartspann, im Bereich des lumbosakralen Überganges eine Druckdolenz. Die Radiologie des Beckens zeigte gute Stellungsverhältnisse mit durchgebauter Fraktur und symmetrischer Symphyse ohne Hinweise auf eine Asymmetrie. Auch am Ellbogen zeigte sich ein guter Durchbau der Fraktur mit intaktem OSM in regelrechter Stellung. Es wurde weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % attestiert und die Entfernung der Platte im Bereich des Olekranons vereinbart.

Diese erfolgte am 23. Mai 2007 (Operationsbericht, Urk. 15/50/3), wobei sich der peri- und postoperative Verlauf komplikationslos erwies (Zusammenfassung der Krankengeschichte, 29. Mai 2007, Urk. 15/50) und eine (erneute) Arbeitsunfähigkeit von 100 % zur Folge hatte.

3.10 Kreisarzt Dr. B. ____, setzte am 12. Juni 2007 (Urk. 15/54) gestützt auf die Berichte der Rehaklinik A. ____, vom 27. April 2007 und des Spitals Z. ____, vom 29. Mai 2007 die Integritätsschädigung am linken Ellbogen auf 7,5 % fest. Dabei berücksichtigte er die leichte Bewegungseinschränkung, mässige Belastungsintoleranz und Kraftminderung, die konsolidierte Fraktur des Olekranons und Radiusköpfchens, die leichten bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen sowie die leichte Arthrose im linken Ellbogen. Stelle sich die Situation bei konsolidierten Frakturen und kongruenten Gelenkverhältnissen jedoch günstiger als gemäss Liste dar (mässige Ellbogenarthrose: 5-10 %, eingeschränkte Ellbogenbeweglichkeit: 10 %), so erweise sich ein Wert von 7,5 % als grosszügig und gerechtfertigt, wobei eine spätere Verschlimmerung bereits Berücksichtigung gefunden habe.

3.11 Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 4. Juli 2007 am Spital Z. ____, (Urk. 15/57) berichtete der Beschwerdeführer über eine postoperative Verschlechterung der Beschwerden. Nach wie vor persistierten Schmerzen am Ellbogen. Das Heben von über 2kg schweren Gegenständen sei nicht mehr möglich. Zudem leide er an Anlauf- und belastungsabhängigen Schmerzen in der Hüfte und über dem rechten ISG (Iliosakralgelenk). Klinisch zeigte sich eine Druckdolenz über dem Radiusköpfchen, im Bereich der Hüfte eine eingeschränkte Innen- und Aussenrotation sowie eine Schwellung unklarer Genese über dem rechten ISG mit Druckdolenz. Bildgebend waren eine intraartikuläre Stufe und prominente Schraubenköpfe im Bereich des Radiusköpfchens sowie Verkalkungen im Bereich des Ligamentums collaterale mediale festzustellen. Die Beckenübersicht blieb ohne Hinweise auf wesentliche Pathologien. Die Ärzte notierten, die OSME habe nicht zu einer

wesentlichen Verbesserung am Ellbogen gefÃ¼hrt, im Bereich des Beckens bestehe eine unklare Situation. Zum Ausschluss einer Coxarthrose sowie einer ISG-InstabilitÃ¤t und entzÃ¼ndlichen Genese am ISG sei ein CT durchzufÃ¼hren.

3.12Ã¤ Das am 12. Juli 2007 durchgefÃ¼hrte CT des Beckens (Urk. 15/59) visualisierte keine auffÃ¤lligen Pathologien. PD Dr. C.____, Spital Z.____, notierte, in der klinischen Untersuchung stÃ¼nden die Ellbogenbeschwerden eher im Hintergrund der durch Schmerzen am Ellbogen und tieflumbale Schmerzen gekennzeichneten Beschwerdesymptomatik. Der BeschwerdefÃ¼hrer habe erklÃ¤rt, aufgrund der RÃ¼ckenschmerzen auch keine sitzende TÃ¤tigkeit verrichten zu kÃ¶nnen. Der Arzt erachtete die AbklÃ¤rung durch die WirbelsÃ¤ulenspezialisten der Klinik E.____ als sinnvoll und hielt abschliessend die Dachdecker-TÃ¤tigkeit als nicht mehr zumutbar. Eine wechselbelastende BeschÃ¤ftigung mit einem 100%-Pensum sei jedoch vorstellbar.

3.13Ã¤ Am 14. August 2007 (Urk. 15/67) berichtete der Arbeitgeber des BeschwerdefÃ¼hrers, dieser habe sich ohne Abmeldung seit lÃ¤ngerer Zeit nicht mehr blicken lassen. Dennoch wÃ¤re der Arbeitgeber bereit, dem BeschwerdefÃ¼hrer leichte Arbeit zuzuweisen und ihm damit eine Tagesstruktur zu bieten.

3.14Ã¤ Weil der BeschwerdefÃ¼hrer offenbar auf seine Schmerzen fixiert sich nicht in der Lage fÃ¼hlte, eine Arbeit zu verrichten, erwies sich die von der Beschwerdegegnerin initiierte Stellensuche als zwecklos (vgl. Urk. 15/73-75).

3.15Ã¤ Die Dres. med. K.____, Oberarzt, und L.____, Assistenzarzt, beide Klinik E.____, erhoben mittels MRI der LWS vom 25. September 2007 (Bericht vom 2. Oktober 2007, Urk. 15/85) diverse degenerative VerÃ¤nderungen mit Spondylarthrose maximum bei L3/4 und L4/5, jedoch nur mÃ¤ssigen Ausmasses. Eine relevante Spinalkanalstenose bestehe nicht. Ebenso fehlten neurale Kompressionen. Versuchsweise werde eine Facettengelenksinfiltration bei L3/4 und L4/5 durchgefÃ¼hrt. Eine Operation sei sicherlich nicht indiziert.

3.16Ã¤Ã¤Ã¤Ã¤Ã¤Ã¤ AnlÃ¤sslich der EFL durch die Rehaklinik A.____ am 3./4. Oktober 2007 (Urk. 15/88) klagte der BeschwerdefÃ¼hrer insbesondere Ã¼ber bewegungs- und belastungsverstÃ¤rkte Dauerschmerzen mittig Ã¼ber dem Kreuzbein mit Ausstrahlung in die Leistenregion beidseits (Urk. 15/88/2). Die Ã¤rzte erhoben eine Fehlstatik des Achsenskelettes im Sinne eines HohlrundrÃ¼ckens, eine starke Schmerzangabe bei Druck auf die obere HÃ¤lfte Sacrummitte, eine Druckdolenz der Muskulatur am Beckenkamm und der GesÃ¤ssmuskulatur sowie Ã¼ber dem Trochanter majus rechts. HÃ¼ftbeuger und Hamstrings zeigten MuskelverkÃ¼rzungen. Die Beurteilung der arbeitsbezogenen Belastbarkeit ergab, dass der BeschwerdefÃ¼hrer infolge Schmerzangabe nicht an seine funktionellen Leistungsgrenzen gefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen. Er habe hÃ¤ufig eine Schmerzmimik und hÃ¤ufiges StÃ¶hnen gezeigt, bei der Handkraft habe sich eine Diskrepanz an der rechten Hand (Urk. 15/88/7) und zwischen Gehtempo im Gangtest und beim spontanen Gehen ergeben. Die Experten hielten dafÃ¼r, es bestehe eine erhebliche Symptomausweitung (Urk. 15/88/8) mit Selbstlimitierung, weshalb von einer hÃ¶heren Belastbarkeit als gezeigt auszugehen sei (Urk. 15/8/4-5). Der medizinischen Beurteilung und den Empfehlungen des Spitals Z.____ vom 12. Juli 2007 (vgl. oben Erw. 3.12) sei zu folgen (Urk. 15/88/3). Die bisherige TÃ¤tigkeit als Dachdecker sei dem BeschwerdefÃ¼hrer nicht mehr zumutbar. Hingegen bestehe fÃ¼r wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne hÃ¤ufig wiederholten Krafteinsatz des linken

Armes eine ganztägige Arbeitsfähigkeit, wobei zusätzliche Pausen von insgesamt zwei Stunden (Beschwerdekumulation ausgehend vom Beckengürtel) zu berücksichtigen seien. Der Beschwerdeführer sei mit dieser Beurteilung nicht einverstanden und habe angegeben, mit den Schmerzen nur knapp den Alltag bewältigen zu können. Einer Arbeit nachzugehen, sei nicht vorstellbar (Urk. 15/88/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 15/101) erklärte Dr. F. ___ am 7. Juli 2008 (Urk. 15/114), aufgrund der deutlichen Symptomausweitung seien die Beschwerdeangaben nicht ohne Weiteres objektiv zu werten, weshalb sich die Beurteilung nur auf medizinisch-theoretische Fakten abstützen könne. Aus dieser Sicht ergäben sich für zusätzliche Pausen von zwei Stunden täglich keine klaren Gründe.

3.17 Ä Ä Dr. H. ___ hielt zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers am 23. September 2008 (Urk. 3/3) dafür, Ellbogenfraktur und AC-Subluxation links seien mit leichtem Defizit vor allem bezüglich Ellbogenbeweglichkeit und allgemeiner Belastbarkeit des linken Armes abgeheilt. Demgegenüber klagte der Beschwerdeführer weiterhin über bewegungs- und belastungsabhängige Kreuz- bis Oberschenkelschmerzen sowie über Schmerzen nach langem Sitzen (weniger nach Liegen). Seiner Meinung nach handle es sich dabei um typische neuropathische Schmerzen, die häufig nach Beckenverletzungen auftreten würden und schwer therapierbar seien. Physiotherapie, klassische Analgetika und Antidepressiva hätten kaum geholfen. Einzig mit Lyrica sei eine leichte Besserung eingetreten. Damit sei die von den Reha-Ärzten postulierte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nicht realisierbar - derzeit sei von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von maximal 30 % auszugehen.

3.18 Ä Ä

3.18.1 Am 4. Juni 2009 erstattete das G. ___ zu Händen der IV-Stelle sein bidisziplinäres (orthopädisch, psychiatrisch) Gutachten (Urk. 20/5), wozu sich die Experten auf die von der IV-Stelle zur Verfügung gestellten Akten, die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 5. Mai 2009 gemachten Angaben und erhobenen Befunde sowie auf das psychiatrische Teilgutachten vom 7. Mai 2009 stützten.

3.18.2 Ein am 13. Februar 2009 angefertigtes MRI der LWS zeigte eine leichte zentrale Spinalstenose bei L4/5, weniger auch bei L3/4, mit allenfalls foraminaler Beeinträchtigung der Wurzel L4 rechts. Bei L4/5 war eine schwere Facettengelenkarthrose zu sehen, leichter bei L5/S1. Das CT des Beckens visualisierte vollständig konsolidierte Frakturen ohne Pseudoarthrose und ohne Fehlstellung (Urk. 20/5 S. 11).

3.18.3 Die Gutachter hielten fest, im Bereich der linken oberen Extremität seien keine gravierenden Unfallfolgen verblieben. Die Ober- und Unterarmmuskulatur sei beidseits mittelkräftig ohne messbare Seitendifferenz und ohne trophische Störungen (Urk. 20/5 S. 11). Sowohl die Schulter als auch das Ellbogengelenk links seien entsprechend der rechten Gegenseite so gut wie uneingeschränkt beweglich. Aktuell liessen sich auch keine funktionsrelevanten Residuen der durch das Unfallereignis vom 18. Mai 2006 zugezogenen Beckenkompressionsfraktur finden. Die Hüftgelenkbeweglichkeit sei rechts wie links uneingeschränkt. Gemäss neuestem CT sei die Fraktur vollständig konsolidiert. Demgegenüber ständen unfallunabhängige degenerative und fehlstatische Schäden

der LWS bei einer klinisch auffallend tieflumbalen Hyperlordose und bei verkürzter Iliopsoasmuskulatur im Vordergrund. Zusammenfassend resultiere damit im Wesentlichen eine Minderung der Belastbarkeit seitens der fehlstatischen und degenerativen LWS-Befunde, einhergehend mit einer zumindest zeitweise rechts ausstrahlenden L4-Symptomatik. Die vom Beschwerdeführer mitgeteilte Minderbelastbarkeit des linken Beines könne differentialdiagnostisch in der Folge einer reaktiven muskulären Dysbalance bei stattgehabter linksseitiger Azetabulumfraktur und Massa lateralis-Fraktur verstanden werden. Darüber hinausgehend seien wesentliche Folgen des Ereignisses vom 18. Mai 2006 rein orthopädisch nicht mehr auszumachen. Weder die Beckenfraktur, noch die Schultergelenksprengung Tossy II links, noch der Status nach osteosynthetisch versorgter Ellbogenfraktur verursachten wesentliche gravierende funktionelle Einbussen. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen seien bei den beschriebenen klinischen und bildgebenden Befunden nachvollziehbar und korrelierten mit überwiegend anlagebedingt erlittenen degenerativen Aufbrauchbefunden der LWS und zu einem geringen Teil mit Folgen der stattgehabten Beckenkompressionsfraktur (Urk. 20/5 S. 12). Dementsprechend sei dem Beschwerdeführer eine angepasste, wechselbelastende Tätigkeit im Rahmen eines Vollzeitpensums möglich, wobei das Schmerzsyndrom im Bereich der Wirbelsäule ein reduziertes Arbeitstempo und somit eine Minderung der Leistungsfähigkeit von 30 % begründe (Urk. 20/5 S. 13).

3.18.4 Aus psychiatrischer Sicht sei keine die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussende Erkrankung diagnostiziert worden.

E. 4

4.1 Aus den ärztlichen Berichten erhellt und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Dachdecker unfallbedingt nicht mehr ausüben kann. Strittig ist indes, wie weit ihm eine leidensangepasste Tätigkeit zumutbar ist.

4.2 Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Festsetzung des Rentenanspruchs und damit auch der Integritätsentschädigung zu Recht vorgenommen hat. Der Fallabschluss und damit verbunden die Prüfung des Rentenanspruchs hat in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Weiterführung der medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist, was sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Besserung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit - soweit unfallbedingt beeinträchtigt - bestimmt (BGE 134 V 109 Erw. 4). Dass eine namhafte Besserung nach dem 1. April 2008 noch zu erwarten gewesen wäre, ergibt sich entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Erw. 1.2) nicht aus den Akten. Im Gegenteil ist augenfällig, dass der Beschwerdeführer sich trotz attestierter Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (Erw. 3.7) und weiterer Besserung der Beschwerden (Erw. 3.9) nicht in der Lage sah, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen (Erw. 3.7, 3.12, 3.14, 3.18), wenngleich ihm die Notwendigkeit eines Arbeitsplatzwechsels einleuchtete (Erw. 3.8). Hatte die Entfernung des OSME nicht zu einer wesentlichen Verbesserung am Ellbogen geführt (Erw. 3.11), bezeichneten die Dres. K. ___ und L. ___ eine Operation als nicht indiziert (Erw. 3.15) und erachtete schliesslich PD Dr. C. ___ im Juli 2007 eine Vollzeitbeschäftigung als vorstellbar (Erw. 3.12), so vermag die Einwendung des Beschwerdeführers, von weiteren Massnahmen wäre eine namhafte Besserung zu erwarten gewesen (Erw. 1.2), auch mit Blick auf die erhebliche Symptomausweitung (Erw. 3.16) nicht durchzudringen. Im übrigen musste auch

Kreisarzt Dr. B.____ den Endzustand als erreicht betrachtet haben, ansonsten er keine Beurteilung der Integritätsschädigung vorgenommen hätte (Erw. 3.10). Dass die Beschwerdegegnerin den Fall zu früh abgeschlossen hätte, ergibt sich entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch nicht aus dem Bericht von Dr. H.____, vermochte doch auch die Therapie mit Lyrica die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht zu steigern (Erw. 3.17). Allerdings müsste mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Erw. 2.2) dargetan sein, dass mittels empfohlener Therapien eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erreicht werden könnte. Solche Angaben sind vorliegend nicht aktenkundig. Sind endlich die tieflumbalen Beschwerden als unfallfremd zu werten (nachfolgend Erw. 4.3) und damit deren allfällige Behandlung vorliegend nicht entscheidungsrelevant, so ist der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin erst Recht nicht zu beanstanden.

4.3.1 Was das Zumutbarkeitsprofil einer angepassten Tätigkeit betrifft, so weisen die medizinischen Berichte einzig am Ellbogengelenk und an der Schulter objektivierbare Restbeschwerden aus (Erw. 3.10, 3.17, 3.18.3). Demgegenüber fehlten am linken Knie Hinweise für posttraumatische oder degenerative Veränderungen (Erw. 3.7). Das Becken zeigte gute Stellungsverhältnisse mit durchgebauter Fraktur und symmetrischer Symphyse (Erw. 3.9); Anhaltspunkte für wesentliche Pathologien waren auch hier nicht auszumachen (Erw. 3.11, 3.18.2-3). Das Vorliegen einer Psychopathologie mit Krankheitswert wurde verneint (Erw. 3.7, 3.18.4). Wurden schliesslich die von den Dres. K.____ und L.____ erhobenen degenerativen Veränderungen an der LWS (Erw. 3.15) durch das Gutachten des G.____ bestätigt und deren Unfallkausalität weitgehend verneint (Erw. 3.18.3), verbleibt kein Raum, die Beurteilung der Beschwerdegegnerin in Frage zu stellen. Mithin ist darauf abzustellen, dass dem Beschwerdeführer eine wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne häufig wiederholten Krafteinsatz des linken Armes ganztags zumutbar ist (Erw. 3.16). Steht fest, dass die Rückenbeschwerden weitgehend unfallfremd sind und funktionsrelevante Residuen der Beckenkompressionsfraktur fehlen (Erw. 3.18.3), so ist mit Dr. F.____ (Erw. 3.16 in fine) die Notwendigkeit zusätzlicher Pausen zu verneinen. Davon, dass ein vollzeitiger Einsatz vorstellbar sei, ging im Übrigen bereits PD Dr. C.____ im Juli 2007 aus (Erw. 3.12). Auch die Einschätzung von Dr. H.____, der Beschwerdeführer sei höchstens im Umfang von 30 % arbeitsfähig (Erw. 3.17), vermag nichts daran zu ändern, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar ist. Die Beurteilung des Hausarztes steht nicht nur in Widerspruch mit der um das Gutachten des G.____ erweiterten Aktenlage, sondern es fehlt ihr auch an einer schlüssigen Begründung für die weitgehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers.

4.3.2 Selbst wenn man davon ausgehen wollte, das Unfallereignis vom 18. Mai 2006 hätte zu einer traumatischen Verschlimmerung eines klinisch stummen Vorzustandes an der Wirbelsäule geführt, so wäre diese nach dem derzeitigen medizinischen Wissenstand in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2008 i.S. B., 8C_684/2007, Erw. 4.4). Eine Berücksichtigung der diesbezüglichen Beschwerden rechtfertigte sich auch nicht aus dieser Sicht.

4.4.1 Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

Höchst- und Tiefstlohn sowie den Durchschnittslohn der dem Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe an. Damit sind vorliegend sämtliche Voraussetzungen, die das Eidgenössische Versicherungsgericht an einen Einkommensvergleich gestützt auf die DAP-Tabellen stellte (vgl. BGE 129 V 472, E. 4.2.2), erfüllt. Das Valideneinkommen für das Jahr 2008 bezifferte die Beschwerdegegnerin aufgrund der Angaben der Y. ___ AG mit Fr. 69'485.-- (Fr. 5'345.-- x 13, vgl. Urk. 15/96). Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf DAP-Profile, die - wie dargelegt - den spezifischen unfallkausalen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers angemessen Rechnung tragen, bleibt kein Raum für einen leidensbedingten Abzug (vgl. BGE 129 V 472 Erw. 4.2.3).

4.4.4.4. Aus dem Vergleich von Validen- und Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin eine Erwerbseinbusse von 21 % (vgl. Urk. 15/117/2), was nicht zu beanstanden ist.

4.4.5. Schliesslich ist auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, die von der Beschwerdegegnerin einzuräumende Übergangsfrist von drei bis fünf Monaten zur Suche einer Verweisungstätigkeit sei nicht eingehalten worden (Urk. 1 S. 10), nicht zu halten. Bereits im Mai 2007 erklärte der Beschwerdeführer ausdrücklich, die Notwendigkeit eines Berufswechsel sei ihm klar und er sei bereit, einen Wechsel zu vollziehen (Erw. 3.8). Daran, dass der Beschwerdeführer nicht mehr in seine angestammte Tätigkeit als Dachdecker werde zurückkehren können, änderte sich in der Folge nichts. Im Juli 2007 betrachtete PD Dr. C. ___ eine angepasste Tätigkeit als vorstellbar (Erw. 3.12). Im Oktober 2007 kamen auch die Sachverständigen der Rehaklinik A. ___ unter Formulierung des Zumutbarkeitsprofils zum Schluss, eine leidensangepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer ganztags möglich (Erw. 3.16). Mithin stand bereits im Oktober 2007 fest, dass der Beschwerdeführer mit Blick auf seine Schadenminderungspflicht einen Berufswechsel vorzunehmen habe. Richtete ihm die Beschwerdegegnerin noch bis Ende März 2008 das Taggeld aus, so ist seine Rüge nicht nachvollziehbar und unbehelflich.

5. Zu prägen bleibt schliesslich die Höhe der Integritätsschädigung.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Bestimmung des Integritätsschadens auf den Bericht des Kreisarztes Dr. B. ___, welcher diesen auf insgesamt 7,5 % bezifferte (Erw. 3.10). Angesichts der medizinischen Aktenlage, welche keine Pathologien im Beckenbereich zu Tage förderte (Erw. 3.11, 3.18.2-3), sondern vielmehr unfallunabhängige degenerative und fehlstatische Schäden der LWS visualisierte (Erw. 3.15, 3.18.3), ist die Einschätzung des Kreisarztes nicht in Frage zu stellen.

6. Zusammenfassend erweist sich der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 19. November 2008 in allen Teilen als rechtens, weshalb die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen ist.

7. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dr. Wyler, hat trotz gerichtlicher Aufforderung vom 28. April 2010 (Urk. 25) keine Honorarnote eingereicht, weshalb die Entschädigung vom Gericht festzusetzen ist. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das

Sozialversicherungsgericht). Angesichts des Umstandes, dass das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege erst ab dem 28. Oktober 2009 bewilligt wurde (Urk. 21), erweist sich eine Prozessentschädigung von Fr. 1'300.-- (inkl. MWSt und Barauslagen) als angemessen. Rechtsanwältin Dr. Wyler ist in diesem Umfang aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler, Frauenfeld, wird mit Fr. 1'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler

- Rechtsanwältin Barbara Klett

- Bundesamt für Gesundheit

sowie an:

- Gerichtskasse

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

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

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

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