

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00400 vom 7. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00400](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00400)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00400 du 7 juin 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00400 del 7 giugno 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer aufgrund der bestehenden Unfallfolgen Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung hat. Strittig ist jedoch die Höhe der Rente, wobei vorab zu klären ist, welche Gesundheitsstörungen des Beschwerdeführers noch als Folgen des Unfalls vom 5. August 2004 anzusehen sind.

2.2. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrem angefochtenen Entscheid die zur Beurteilung der Streitsache massgeblichen rechtlichen Grundlagen zutreffend wiedergegeben. Es betrifft dies insbesondere die Bestimmungen und Rechtsprechung über den Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung im Allgemeinen (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG] in Verbindung mit Art. 4 ATSG), den nebst anderem vorausgesetzten natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen) sowie die im Weiteren erforderliche Adäquanz des Kausalzusammenhanges generell (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181 mit Hinweis) und im Besonderen bei psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133), den Rentenanspruch (Art. 18 Abs. 1 UVG), die Invalidität (Art. 8 ATSG), die Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16 ATSG) sowie die Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 36 Abs. 1 und Abs. 2 UVV). Darauf wird verwiesen.

2.3. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

### E. 3

3.1. Nach dem Unfallereignis vom 5. August 2004 präsentierte sich die medizinische Aktenlagen wie folgt:

#### E. 3.2

3.2.1. Die medizinische Erstversorgung erfolgte im Stadtspital Z.\_\_\_\_. Die Ärzte diagnostizierten einen Motorradunfall mit dislozierter lateraler Schenkelhalsfraktur rechts, fraglicher Instabilität im oberen Sprunggelenk (OSG) rechts, oberflächlichen Abschürfungen im Bereich des rechten OSG anterolateral, breitklaffender Rissquetschwunde (RQW) infrapatellar mit Zerreissung der Bursa rechts, Döcollement



kniende Arbeit. Dr. T.\_\_\_\_ hielt fest, er sei zuversichtlich, dass die Arbeitsfähigkeit bis ein Jahr nach dem Unfallereignis weiter gesteigert werden könne (Urk. 9/51/4-5).

3.2.4.4 Am 29. März 2007 teilte Dr. D.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin mit, der Beschwerdeführer stehe bei ihm in Behandlung wegen einer Meniskusläsion am linken Kniegelenk (siehe Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 8. März 2007, Urk. 9/85) sowie einer Abduktorschwäche der rechten Hüfte bei Status nach Versorgung einer Schenkelhalsfraktur mit einer DHS am 5. August 2004. Er werde in einer ersten Phase die Arthroskopie und Teilmeniscektomie links durchführen und in derselben Sitzung die DHS in der rechten Hüfte entfernen (Urk. 9/77). Am 16. April 2007 führte Dr. D.\_\_\_\_ einerseits die Arthroskopie und Teilmeniscektomie medial links durch und entfernte die DHS rechts (Urk. 9/83). Nachdem sich jedoch die Entfernung der DHS schwierig gestaltet hatte und eine Schraube mit abgebrochenem Kopf an Ort geblieben war, entfernte Dr. D.\_\_\_\_ diese Restschraube mit einem weiteren chirurgischen Eingriff am 19. April 2007 (Urk. 9/82).

3.2.5.5 Am 6. August 2007 suchte der Beschwerdeführer die Orthopäden Dres. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_, H.\_\_\_\_ Klinik, U.\_\_\_\_, auf. Diese diagnostizierten einen Hüftschmerz rechts bei Zustand nach dislozierter lateraler Schenkelhalsfraktur rechts und Versorgung mittels DHS rechts, einen Zustand nach Metallentfernung Hüfte rechts im April 2007 sowie Zustand nach medialer Teilmeniscektomie Knie links im April 2007 (Urk. 9/102/1). Sie überwiesen den Beschwerdeführer zur Beurteilung des (Hüft-)Gelenks und der Abduktoren für eine MRI in die Uniklinik O.\_\_\_\_. Nach dieser Untersuchung solle das weitere Prozedere festgelegt werden (Urk. 9/102/2).

Am 8. August 2007 Gemäss dem Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ der H.\_\_\_\_ Klinik ergab das MRI der Hüfte rechts vom 8. August 2007 den Befund einer postoperativ erklärbaren Veränderung des Femurs und eine verminderte Taillierung des proximalen Femurs rechts mit diskretem Labrumriss. Die Abduktoren waren intakt, und es ergab sich kein Hinweis auf eine Pseudarthrose. Hingegen äusserte Dr. I.\_\_\_\_ aufgrund seiner klinischen Untersuchung den Verdacht auf eine Tractus Dehiszenz mit Muskelhernie, weshalb er zur weiterführenden Diagnostik eine Ultraschalluntersuchung in der Uniklinik O.\_\_\_\_ vereinbarte (Urk. 9/105/1).

Dr. G.\_\_\_\_ berichtete am 16. Oktober 2007, dass der Ultraschall eine deutliche Alteration des proximalen Musculus vastus lateralis mit Ödematosen Veränderungen im Rahmen einer Traumatisierung gezeigt habe. Weiterhin seien kleine Faszienläsionen erkennbar. Der Beschwerdeführer sei im Bereich der rechten Hüfte und im distalen Bereich des ehemaligen Operationsgebietes infiltriert worden, und beide Infiltrationen hätten ein gutes Ansprechen auf das Lokalanästhetikum gezeigt (Urk. 9/132/4).

Auf Veranlassung von Dr. G.\_\_\_\_ (Urk. 9/132/4-5) wurde am 30. Oktober 2007 in der Klinik C.\_\_\_\_ noch eine 3-Phasen-Skelett-Szintigrafie erstellt (Urk. 9/132/3). Nach der Beurteilung von Dr. med. P.\_\_\_\_, welche die Untersuchung durchführte, bestanden eine kleine fokale Hyperämie und deutlich vermehrter Knochenumbau in der proximalen rechten Femurdiaphyse lateral und cortical gelegen. Der Befund sei dringend verdächtig auf eine beginnende corticale Fraktur. Im übrigen bestanden im rechten Femur Zeichen von nur leichten postoperativen Veränderungen. Degenerative Veränderungen fanden sich im Bereiche der Knie links mehr als rechts

und, soweit noch mitdargestellt, Zeichen von leichten degenerativen Veränderungen in den FÄssen und HÄnden (Urk. 9/132/3). Zur Verifizierung des Verdachts auf eine beginnende corticale Fraktur erstellte die Klinik C.\_\_\_\_ am 26. November 2007 eine Feinschicht-Computertomographie (Urk. 9/139). GemÄss Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ habe sich dadurch die Diagnose einer Fraktur/Pseudarthrose des ehemals distalsten Bohrloches der DHS bestÄtigt (Urk. 9/142).

3.2.6Ä Am Gutachten des J.\_\_\_\_ wirkten die Dres. med. Q.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin/Rheumatologie, und R.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie, sowie die Ergotherapeutin S.\_\_\_\_ mit (Urk. 9/125/7). GestÄtzt auf die Akten, die zur VerfÄgung stehenden RÄntgenbilder, die Angaben des BeschwerdefÄhrers und die bei der Untersuchung vom 23./24. August 2007 erhobenen Untersuchungsbefunde diagnostizierten die Experten neben den bereits bekannten Stati nach Verkehrsunfall vom 5. August 2004, nach Implantation einer DHS am 5. August 2004, nach Osteosynthesematerialentfernung rechter Oberschenkel im April 2007 sowie nach Teilmeniskektomie medial im April 2007 bei MeniskuslÄsion, ein persistierendes Schmerzsyndrom am rechten Bein mit eingeschrÄnkter HÄftbeweglichkeit, LabrumlÄsion und FlÄssigkeitsansammlung im distalen Narbenbereich, ÄTemperaturabhÄngigeÄ Kopfschmerzen im Bereich der Skalpnarbe, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Kopfprotraktion, langgezogener, kranial verstÄrker BWS-Kyphose und abgeflachter LWS-Lordose sowie verminderter Rumpfstabilisation, vor allem in Ästatischen PositionenÄ, und persistierende Knieschmerzen linksseitig (Urk. 9/125/5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Experten des J.\_\_\_\_ erhoben anlÄsslich der klinischen Untersuchungen eine konstant gehaltene Aussenrotationsstellung des rechten Beines mit eingeschrÄnktem Bewegungsausmass der rechten HÄfte Richtung Flexion, Aussen- und Innenrotation mit Endphasenschmerzen und begleitender pertrochanter lokalisierter Druckdolenz, im Bereich des rechten Knies unauffÄllige Befunde bei ansonst diverser und reizlos erscheinender Narben am rechten Unterschenkel. In Bezug auf das linksseitige Kniegelenk sei klinisch keine relevante intraartikulÄre FlÄssigkeitsansammlung bei normalem Bewegungsausmass mit Angabe von Endphasenschmerzen erkennbar. Bei leichtgradigem Beckentiefstand rechts finde sich eine im Lot stehende WirbelsÄule mit Kopfprotraktion, mit langgezogener und kranial verstÄrker BWS-Kyphose sowie mit einer abgeflachten LWS-Lordose, ferner Angabe von Endphasenschmerzen bei Flexion und Seitneigung beidseits im Bereich der LWS bei insgesamt normalem Bewegungsausmass. Zeichen einer radikulÄren Reiz- oder sensomotorischen Ausfallssymptomatik liessen sich nicht erkennen. Ausgehend von den vorliegenden Akten und telefonischen AuskÄnften seien im Bereich der rechten HÄfte eine LabrumlÄsion sowie eine FlÄssigkeitsansammlung im distalen Bereich der Operationsnarbe am rechten Oberschenkel festgestellt worden. Der BeschwerdefÄhrer habe wÄhrend den Belastungstests eine Tendenz zu einem Angst- und Vermeidungsverhalten gezeigt, ferner habe er verbal hÄufig Schmerzen geÄussert. In den Belastungstest sei jedoch jeweils weitgehend eine Ausbelastung bis zu den funktionellen Limiten mÄglich gewesen, und auch die anfÄnglich zu tiefe SelbsteinschÄtzung der eigenen LeistungsfÄhigkeit habe sich nach den Tests verbessert. Es bestÄnden eine verminderte Belastungstoleranz des rechten Beines, des linken Knies sowie eine SchwÄche der Rumpfmuskulatur bei statisch gehaltenen Positionen (Urk. 9/125/5).

zur Zumutbarkeit der angestammten beruflichen Tätigkeit als selbständiger Maler führten die Gutachter aus, die eruierte körperliche Belastbarkeit liege sowohl im Bereich der Gewichte als auch bei den Haltungen/Bewegungen deutlich unter den Anforderungen an die Arbeit. Daher sei ihm die reine Tätigkeit als Maler aus ergonomischer Sicht nicht zumutbar. Die administrativen Aufgaben im eigenen Betrieb seien ihm möglich (Urk. 9/125/6). Bezüglich einer anderen beruflichen Tätigkeit sei ihm eine leichte Arbeit in Wechselbelastung bis maximal 10 kg mit seltenen einbelastenden Bewegungen ganztags zumutbar, wobei längeres Stehen, Gehen, vorgeneigtes Stehen, Leitersteigen und wiederholte Kniebeugen nur manchmal, Kriechen, Knien und Hocke nur selten vorkommen und möglichst vermieden werden sollten (Urk. 9/125/6). Malerarbeiten seien dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Im Speziellen seien ihm administrative Arbeiten zumutbar (Urk. 9/125/7).

3.2.7. SUVA-Kreisarzt Dr. T. \_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 5. Mai 2008 ein weiteres Mal. Nach dieser Untersuchung konstatierte Dr. T. \_\_\_, dass eine Instabilität des rechten OSG nicht nachweisbar sei. Eine dislozierte Schenkelhalsfraktur rechts sei mit DHS versorgt worden. Bei anhaltenden Beschwerden sei eine Metallentfernung in zwei Schritten erfolgt. In der Folge seien weiterhin Beschwerden aufgetreten, wobei bildgebend die Vermutung einer Fissur im Bereich der distalen DHS-Plattenschraube ohne Dislokation geäussert worden sei. Die Schmerzsituation im Zeitpunkt der Untersuchung habe nicht für eine Oberschenkelfraktur im Bereich des Plattenendes, sondern für degenerative Veränderungen im Bereich des Femurkopfes und des Gelenkes gesprochen (Urk. 9/157/5).

Zur Frage der natürlichen Kausalität hielt er fest, die Regressionstendenz und depressive Entwicklung des Beschwerdeführers Jahre nach dem Unfallereignis könne er nachvollziehen. Es bestehe jedoch kein Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Allenfalls sei dies fachpsychiatrisch zu beurteilen. Zwischen den angegebenen unspezifischen Rückenschmerzen mit Verspannungen (nur zeitweise auftretend) bestehe kein Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Eine Meniskektomie des linken Kniegelenks sei mit dem Unfall nicht vereinbar, insbesondere da die Verletzung erst Jahre nach diesem aufgetreten sei. Die Belastungssituation über Jahre sei entlastend für den ganzen Körper gewesen, weil der Beschwerdeführer keine Tätigkeit ausgeübt habe und nur reduziert mobil gewesen sei, so dass von einer Mehrbelastung des linken Beins keine Rede sein könne (Urk. 9/157/6).

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führte Dr. T. \_\_\_ aus, dieser nehme als Selbständigerwerbender wohl Aufträge als Maler an, führe sie aber nicht selber aus, sondern stelle für gewisse Tätigkeiten Temporärmitarbeiter an. Diese Tätigkeit führe er in einem 20%-Pensum aus. Allerdings ergebe sich aufgrund der medizinischen Anamnese nicht, ob dieses reduzierte Pensum bestehe, weil der Beschwerdeführer nur über vereinzelte Aufträge verfüge, oder ob es aus wirtschaftlichen Gründen oder wegen der Belastungseinschränkung resultiere. Grundsätzlich sei diese Vermittlungstätigkeit aufgrund der medizinischen Befunde in vollem Umfang möglich. Bereits die - von der Beschwerdegegnerin in diesem Zeitraum erbrachte - 50%ige Taggeldleistung sei eher grosszügig einzuschätzen. Insgesamt sei der Beschwerdeführer einsetzbar gemäss Zumutbarkeitsprofil. Dieses sei ausgetestet worden am 23./24. August 2007 im J. \_\_\_. Im Bericht werde ausführlich Stellung genommen. Auch wenn die weiteren Untersuchungen am Oberschenkel rechts und die

Pseudarthrose/Haarrissituation noch erwähnt seien, müsste die Belastungsfähigkeit gleich einzuschätzen sein wie zum Zeitpunkt der Austestung der EFL, so dass diese Beurteilung auch heute Gültigkeit habe (Urk. 9/157/6).

Die Erheblichkeitsgrenze für einen Integritätsschaden ist gemäss Dr. T. \_\_\_ nicht erreicht. Die Begleitverletzungen des Unfalls (OSG, Weichteile Wade, Kopfschwartenriss) seien abgeheilt. Die Zahnverletzung müsste nochmals fachzahnärztlich evaluiert werden (Urk. 9/157/6).

3.2.8 Nachdem bei X. \_\_\_ die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt worden war, begab er sich ab dem 17. Dezember 2008 in ein tagesklinisches 8-Wochen-Rehabilitationsprogramm in das Medizinische Zentrum L. \_\_\_ (Urk. 9/169, Urk. 3/11). Dem Bericht des Medizinischen Zentrums L. \_\_\_ vom 12. März 2009 an Dr. M. \_\_\_ sind die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) zu entnehmen. Dessen Ärzte erhoben beim Beschwerdeführer den folgenden psychopathologischen Befund: 41-jähriger Patient, äusserlich gepflegt, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert; in der emotionellen Kontaktaufnahme abwartend, distanziert, sachlich aktiv im Spontanverhalten, Stimmung deutlich depressiv-resigniert, affektiv adäquat kontrolliert; im Gesprächsverlauf verbal mitteilungsaktiv, schildert sein Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit dem Unfall. Kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt. Denken formal beweglich, inhaltlich defizitorientiert. Keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen). Anamnestisch vage/distantere Suizidgedanken/-wünsche, Suizidversuch, keine konkreten Ausführungspläne, aktuell keine akute Suizidalität (Urk. 3/11 S. 2).

3.2.9 Der Beschwerdeführer beruft sich im vorliegenden Verfahren auch auf den Bericht von Dr. M. \_\_\_ vom 13. Mai 2009 (Urk. 3/10). Diesem Bericht zufolge leidet der Beschwerdeführer an einem Polytrauma bei Status nach Motorradunfall mit Comotio cerebri, einer dislozierten lateralen Schenkelhalsfraktur rechts, oberflächliche Abschürfungen rechtes OSG antero-lateral, einer RQW infrapatellär mit Eröffnung der Bursa rechts, Decollement und breit klaffender RQW Wade rechts medio-dorsal (medialer Gastrocnemius), RQW am Skalp parieto-occipital rechts, Zahnschaden 41er, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer mittelgradig depressiven Episode sowie an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Aufgrund der typischen klinischen Zeichen sei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden (Urk. 3/10 S. 1). Bei der Abklärung des Beschwerdeführers sei aufgefallen, dass dieser (nach dem Unfall) bewusstlos gewesen sei und dass er eine retrograde Amnesie (d. h. eine Gedächtnislücke) für die Ereignisse nach dem Unfall aufgewiesen habe. Der Beschwerdeführer habe mit Sicherheit eine Hirnerschütterung (commotio cerebri) durchgemacht, da bei ihm in der Untersuchung auch sogenannte postcommotionale Beschwerden (Konzentrationschwäche, Vergesslichkeit, verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit) festgestellt worden seien. In den ihm (Dr. M. \_\_\_) zur Verfügung stehenden Akten der Beschwerdegegnerin werde allerdings eine Hirnerschütterung (commotio cerebri) nicht erwähnt (Urk. 3/10 S. 2).

4.



nach dem Unfall nicht zu erinnern vermögen (Urk. 12 S. 6). Davon steht allerdings in den zahlreichen Berichten von Kliniken und Ärzten, die den Beschwerdeführer seit seinem Unfall vom 5. August 2004 behandelt und untersucht haben, kein Wort (siehe E. 3.2). Eine retrograde Amnesie, d.h. eine Gedächtnislücke für die Ereignisse nach dem Unfall, erwähnte einzig Dr. M. \_\_\_\_, und seine diesbezügliche Aussage entbehrt - wie erwähnt - einer medizinisch nachvollziehbaren Grundlage.

4.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine commotio oder gar eine contusio cerebri nicht erwiesen ist und der Beschwerdeführer gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. T. \_\_\_\_, wegen der körperlichen Folgen des Unfalles vom 5. August 2004 in seiner angestammten Tätigkeit als Maler nur reduziert, hingegen in einer seiner Behinderung angepassten Tätigkeit vollumfänglich einsatzfähig ist. Der Beschwerdeführer übersieht bei seiner Kritik an der Beurteilung von Dr. T. \_\_\_\_, dass dieser die von den Ärzten der H. \_\_\_\_ Klinik erwähnte Pseudarthrose/Harrissituation berücksichtigt und sich auch auf das Zumutbarkeitsprofil der J. \_\_\_\_, bzw. auf die Resultate der am 23./24. August 2007 in diesem Zentrum durchgeführten Untersuchungen mit zusätzlicher EFL gestützt hat (siehe Urk. 9/157/8: "Arbeitsunfähigkeit"). Die Ärzte des J. \_\_\_\_ haben bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aber sämtliche Beschwerden - also auch jene am linken Knie und die lumbalen Rückenschmerzen (siehe Urk. 9/125/3 Ziff. 2) - miteinbezogen und diese in ihren Schlussfolgerungen bei der Beschreibung des arbeitsbezogen relevanten Problems (Urk. 9/125/6 Ziff. 4.1.1) ebenfalls berücksichtigt. Es trifft somit nicht zu, dass die Beschwerdegegnerin davon ausgeht - wie vom Beschwerdeführer gerügt (Urk. 1 S. 7 oben) -, es lägen beim Beschwerdeführer keine körperlichen Unfallfolgen mit Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit mehr vor.

## E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer macht darüber hinaus auch eine unfallkausale psychische Gesundheitsstörung geltend (Urk. 1 S. 7 ff.).

5.2 Für den SUVA-Kreisarzt Dr. T. \_\_\_\_ stehen die Regressionstendenz und die depressive Entwicklung des Beschwerdeführers nicht in einem natürlichen kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis (Erw. 3.2.7). Ob die psychischen Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem am 5. August 2004 erlittenen Unfall stehen oder nicht, kann jedoch offen gelassen werden, da die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs allein noch nicht genügt. Vielmehr ist zu prüfen, ob zwischen der psychischen Problematik des Beschwerdeführers und dem Ereignis vom 5. Oktober 2004 ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, der nach jenen Kriterien zu beurteilen ist, welche die Rechtsprechung für psychische Unfallschäden entwickelt hat (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c/aa S. 140).

### 5.3

5.3.1 Die Beschwerdegegnerin qualifizierte das Unfallereignis vom 5. August 2004 als mittelschweren Unfall. Der Beschwerdeführer ist der Auffassung, dass das besagte Ereignis als ein schwerer Unfall, allenfalls als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzustufen sei.

Das Bundesgericht qualifizierte etwa folgende Unfälle als mittelschwer, jedoch nicht im Grenzbereich zu den schweren liegend: Unfall, bei welchem das Fahrzeug ins Schleudern geriet, von der Strasse abkam, sich über eine

GrasbÄ¶schung seitlich Ä¼berschlug und auf dem Dach zum Stillstand kam. Unfallereignis, bei welchem der Verunfallte einen Lastwagen beim Ä¼berholen touchierte und sich Ä¼berschlug. Unfall, bei dem sich das Unfallfahrzeug bei einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h auf einer Autobahn Ä¼ber eine Mittelleitplanke hinweg Ä¼berschlug - wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde - und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam (Urteil des Bundesgerichts vom 14. MÄrz 2011, 8C\_996/2010, E. 7.2 mit Hinweisen).

5.3.2Ä Ä Auch vor diesem Hintergrund ist das Unfallereignis vom 5. August 2004 damit nicht als schwerer Unfall oder als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren UnfÄ¶llen, sondern hÄ¶chstens als mittelschwerer Unfall zu qualifizieren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die AdÄ¶quanz des natÄ¶rlichen Kausalzusammenhanges wÄ¶re somit dann zu bejahen, wenn eines der massgeblichen AdÄ¶quanzkriterien in besonders ausgeprÄ¶gter oder mehrere dieser Kriterien in gehÄ¶rufter Weise erfÄ¶llt wÄ¶ren.

5.4Ä Ä Ä Ä

5.4.1Ä Ä Der BeschwerdefÄ¶hrer bringt zu Recht nicht vor, dass die AdÄ¶quanzkriterien Ä¶Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemÄ¶sse Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulÄ¶senÄ¶, Ä¶ungewÄ¶hnlich lange Dauer der Ä¶rztlichen BehandlungÄ¶ und Ä¶Ä¶rztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmertÄ¶ gegeben seien (vgl. hierzu auch BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa). Jedoch behauptet er, die Ä¼brigen AdÄ¶quanzkriterien seien gegeben:

5.4.2Ä Ä Der BeschwerdefÄ¶hrer bringt sinngemÄ¶ss vor, der Unfall vom 5. August 2004 sei besonders dramatisch und besonders eindrÄ¶cklich gewesen und verweist auf den Austrittsbericht des Stadtsitals Z.\_\_\_\_ vom 18. August 2004, den Untersuchungsbericht des SUVA-Kreisarztes Dr. T.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2008 und den Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2009. Ob besonders dramatische BegleitumstÄ¶nde oder besondere EindrÄ¶cklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich - gemÄ¶ss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung - objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. des AngstgefÄ¶hls der versicherten Person. Zudem gilt nach der Rechtsprechung, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse EindrÄ¶cklichkeit eigen ist, die somit noch nicht fÄ¶r die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Die erlittene Verletzung und der nachfolgende Heilungsprozess sind nicht relevant. Das Bundesgericht bejahte dieses AdÄ¶quanzkriterium etwa bei einem Zusammenprall zwischen einem Sattelschlepper und einem Personenwagen, wobei der Fahrer des Sattelschleppers die Kollision zunÄ¶chst nicht bemerkte und den Personenwagen der versicherten Person noch auf eine lÄ¶ngere Distanz vor sich herschob, und die Insassen des Personenwagens verzweifelt versuchten, den Unfallverursacher auf sich aufmerksam zu machen (Urteil des Bundesgerichts vom 14. MÄrz 2011, 8C\_996/2010, E. 8.1, mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2008, 8C\_508/2008, E. 5.3). Nach dieser Praxis des Bundesgerichts ist die besondere EindrÄ¶cklichkeit des Unfallgeschehens vorliegend zu verneinen.

5.4.3Ä Ä FÄ¶r den BeschwerdefÄ¶hrer ist weiter auch das Kriterium der unfallbedingten kÄ¶rperlichen Dauerschmerzen gegeben. Massgebend ist hierbei, ob bis zum Fallabschluss kÄ¶rperliche Dauerschmerzen im Sinne von Ä¼ber den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden vorlagen. Psychogene BeeintrÄ¶chtigungen sind dabei nicht zu berÄ¶cksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 14. MÄrz 2011, 8C\_996/2010, E. 9.2),

und die als körperlich imponierenden, organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden sind bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2009, 8C\_825/2008, E. 4.6). Schon bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 15. Juni 2005, anlässlich welcher der Beschwerdeführer über vorwiegend Schmerzen im Knie bei längerer Belastung und bei knieenden Tätigkeiten sowie über eine Gefühlsstörung unterhalb des Knies und in der rechten Wadeninnenseite geklagt und erwähnt hatte, bei längerem Wegstrecken hinke er immer noch (Urk. 9/51/2), hielt Dr. T. \_\_\_ fest, ein effektiver Grund für die angegebenen beträchtlichen Schmerzen könne mit den zur Verfügung stehenden Untersuchungen nicht erklärt werden (Urk. 9/51/4). Die Ärzte des Medizinischen Zentrums L. \_\_\_ diagnostizierten beim Beschwerdeführer eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, d.h. organisch nicht nachweisbare Schmerzzustände und eine mittelgradige depressive Episode (Urk. 9/169/1). Auch die Gutachter des J. \_\_\_ diagnostizierten ein persistierendes Schmerzsyndrom am rechten Bein (E. 3.2.6). Die im J. \_\_\_ durchgeführte EFL zeigte, dass die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers zwar im Wesentlichen zuverlässig war, er sich in allen Tests bis an seine ergonomische Limite belasten liess und bereit war, ein gewisses Mass an unvermeidbaren Beschwerden zu tolerieren. Es bestand jedoch eine Tendenz zu einem Angst-Vermeidungsverhalten, und der Beschwerdeführer unterschätzte seine körperlichen Fähigkeiten im Vergleich zur effektiv gezeigten Leistung (Urk. 9/125/5 und 9/125/8-9). Die vornehmlich belastungsabhängigen rechtsseitig lokalisierten Schmerzen, d.h. in jener Körperregion, die beim Unfall vom 5. Oktober 2004 betroffen war, konnte der Beschwerdeführer gemäss seinen Aussagen durch die Einnahme von Medikamenten mindern, den gleichen Effekt erziele er in Ruhe (Urk. 9/125/3). Gegenüber den Ärzten der Rehaklinik A. \_\_\_, wo er sich vom 19. Oktober bis 30. November 2004 aufhielt, hatte der Beschwerdeführer allerdings noch eine langsame Verbesserung des Zustandes seit dem Unfall erwähnt. Er habe aber nach wie vor Schmerzen im Bereich der Operationsnarbe im Oberschenkel rechts sowie in beiden Knien (Urk. 9/34/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die als körperlich imponierenden, organisch jedoch offensichtlich nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden - die sich denn auch während der Rehabilitationsbehandlung im Medizinischen Zentrum L. \_\_\_ u.a. mit psycho- und soziotherapeutischen Methoden leicht bessern liessen (Urk. 3/11) - eine Bejahung des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen im Sinne der Rechtsprechung nicht rechtfertigen.

5.4.4 Ä Ä Der Beschwerdeführer macht ferner auch geltend, das Kriterium Äschwieriger Heilungsverlauf und erhebliche KomplikationenÄ sei erfüllt. Dies, weil zwischen dem Unfall vom 5. August 2004 und der Einstellung der Heilungskosten über vier Jahre vergangen seien (Urk. 1 S. 8). Rechtsprechungsgemäss bedarf es hinsichtlich des besagten Kriteriums besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2009, 8C\_1020/2008, E. 5.7 mit Hinweisen), und solche Gründe sind im Falle des Beschwerdeführers nicht erkennbar. Die Einnahme von Medikamenten und die Durchführung verschiedener Therapien etwa gegebenenfalls ebenso wenig zur Bejahung dieses Kriteriums wie der Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnte (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2010, 8C\_321/2010, E. 5.2.3 mit Hinweisen).

5.4.5. Schliesslich macht der Beschwerdeführer auch geltend, es liege ein hoher Grad bzw. eine lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 1 S. 8). Bei Austritt aus der Rehaklinik A. \_\_\_ bestand noch bis Ende 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, welche dann für ungefähr weitere zwei Monate mit 50 % beurteilt wurde. Ab 1. April 2005 hätte aus medizinischer Sicht wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden sollen (siehe E. 3.2.2). Dr. T. \_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer im Juni 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und erwartete ebenfalls eine Steigerung der Leistungsfähigkeit (siehe E. 3.2.3). Nach der Begutachtung am J. \_\_\_ im August 2007 zeigte sich, dass der Beschwerdeführer zwar in seiner angestammten Tätigkeit keine volle Leistung mehr erbringen konnte - wobei diese Beurteilung, wie erwähnt, auch unfallfremde Einschränkungen berücksichtigte (siehe E. 4.3) -, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit jedoch voll leistungsfähig war (siehe E. 4.2.6). Der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit waren somit nicht derart ausgeprägt, dass dieses Kriterium bejaht werden konnte.

5.5. Da keines der massgeblichen Adäquanzkriterien erfüllt ist, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 5. Oktober 2004 und den über den 31. Juli 2008 hinaus anhaltend geklagten, körperlich nicht hinreichenden erklärbaren Beschwerden zu Recht verneint worden.

## E. 6.1

6.1.1. Damit ist zu prüfen, wie sich die unfallbedingt eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

6.1.2. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen konnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen konnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (so genannter Prozentvergleich; BGE 128 V 30 Erw. 1, 114 V 313 Erw. 3a mit Hinweisen; AHI 2000 S. 309 E. 1a mit Hinweisen).

6.1.3. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu korzieren. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass

versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nunmehr beschränkt einsetzbar sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Der gesamthaft vorzunehmende Abzug stellt eine Schätzung dar. Bei deren Überprüfung darf die kontrollierende richterliche Behörde ihr Ermessen nicht an die Stelle der Vorinstanz setzen (BGE 126 V 81 Erw. 6).

6.2 Die Beschwerdeführerin ermittelte ein Invalideneinkommen von Fr. 65'598.-- für das Jahr 2008 (Urk. 9/199/2), was vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet wurde. Der Beschwerdeführer macht bezüglich des Invalideneinkommens lediglich geltend, dass ein leidensbedingter Abzug von 12,5 % ungenügend sei, weil er den Gesundheitsschaden nicht vollumfänglich berücksichtige und die psychischen Einschränkungen völlig ausser Acht lasse (Urk. 12 S. 9). Die Beschwerdeführerin stellte für die Zumutbarkeitsbeurteilung auf die Einschätzung des J.-Zentrums vom 9. November 2007 und ihres Kreisarztes Dr. T. ab. Sie weist unter anderem darauf hin, dass gemäss dem Bericht der kreisärztlichen Untersuchung vom 6. Mai 2008 (Urk. 9/157) die angestammte Tätigkeit als Maler zwar nicht mehr, eine leichte wechselbelastende Arbeit aber ganztags zumutbar sei (Urk. 9/200/3, Urk. 9/199/3). Aufgrund dieser körperlichen Einschränkung rechtfertige sich ein leidensbedingter Abzug von 10-15 % (Urk. 9/200/3). Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin diesen Abzug auf 12,5 % festgesetzt hat. Was der Beschwerdeführer dagegen einwendet, vermag keinen Zweifel an der angemessenen und den tatsächlichen Verhältnissen Rechnung tragenden Einschätzung der Beschwerdeführerin zu begründen. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hat die Beschwerdeführerin zu Recht seinen psychischen Einschränkungen keine Rechnung getragen, da diese zum Unfall vom 5. Oktober 2004 nicht adäquat kausal sind (siehe E. 5). Bei einem leidensbedingten Abzug von 12,5 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 53'626.32 (Urk. 9/199/2). Der Einkommensvergleich führt zu einer Erwerbseinbusse von Fr. 11'971.68 (Fr. 65'598.-- abzüglich Fr. 53'626.32) und damit zu einem Invaliditätsgrad von 18,25 %. Die von der Beschwerdeführerin vorgenommene Berechnung des Invaliditätsgrades ist damit nicht zu beanstanden.

## 7. Die Beschwerde

7.1 Zu prüfen bleibt schliesslich, ob dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung zusteht.

## 7.2.1.1.1

7.2.1 Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität erleidet. Die Bemessung des Integritätsschadens (Art. 36 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV] in Verbindung mit Anhang 3 zur UVV) hängt nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalles ab; auch geht es bei ihr nicht um die Schätzung erlittener Unbill, sondern um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 Erw. 1).

7.2.2 Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Art. 36 Abs. 3 Satz 1 der Verordnung über die Unfallversicherung, UVV). Dabei werden die einzelnen Prozentzahlen zusammengezählt, selbst wenn keine Schädigung den Grenzwert von 5 Prozent erreicht. Die Entschädigung ist geschuldet, sobald die Summe der addierten Prozentzahlen den Wert von 5 Prozent oder mehr ergibt (RKUV 1989 Nr. U 78 S. 361).

7.2.3 Die Beurteilung der Integritätsentschädigung ist in erster Linie Aufgabe des Mediziners. Er hat insbesondere den Befund zu erheben sowie dessen Dauerhaftigkeit und Schwere zu beurteilen. Dabei hat er auch den Quervergleich mit anderen in UVV Anhang 3 oder den SUVA-Tabellen aufgeführten Integritätsschäden vorzunehmen. Daneben obliegt es ebenfalls dem Mediziner, vorbestehende oder andere, nicht unfallbedingte Schäden, beziehungsweise Anteile am Gesamtschaden festzusetzen und zu bewerten (Urteil des Bundesgerichts vom 11. September 2002, U 344/01, E. 6 mit Hinweisen).

7.3.1.1.1.1 Kreisarzt Dr. T. \_\_\_\_ äussert sich in seinem Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 5. Mai 2008 zur Frage der Integritätsentschädigung (Erw. 3.2.7). Zu einem späteren Zeitpunkt sei, so Dr. T. \_\_\_\_, allenfalls auch zum Integritätsschaden an der linken (richtig wohl: rechten) Hüfte Stellung zu nehmen (Urk. 9/157/6). Dr. T. \_\_\_\_ hat mit dieser Einschätzung den konkreten gesundheitlichen Verhältnissen vollumfänglich Rechnung getragen. Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, für die Höhe der Integritätsentschädigung seien die im J. \_\_\_\_-Gutachten vom 9. November 2007 (Erw. 3.2.6) und die im Bericht von Dr. M. \_\_\_\_ (Urk. 3/10) aufgeführten Diagnosen sowie die Schulterbeschwerden rechts zu berücksichtigen. Ihm sei eine Integritätsentschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 65 % zuzusprechen. Nach seiner Meinung sind die Integritätsschäden für die Schädigung des rechten Hüftgelenks von 30 % und für das persistierende Schmerzsyndrom am rechten Bein von 15 % und das leichte psychoorganische Syndrom von 20 % zu addieren (Urk. 1 S. 13). Diese Auffassung ist unzutreffend und widerspricht offensichtlich den tatsächlichen Verhältnissen und den medizinischen Akten. Wie dargelegt (siehe E. 4.3), hat das J. \_\_\_\_ bei seiner Beurteilung der medizinischen Situation auch unfallfremde Befunde berücksichtigt. Dr. M. \_\_\_\_ hat einerseits Diagnosen gestellt, die nicht zu seinem Fachgebiet gehören (anhaltende somatoforme Schmerzstörung, mittelgradig depressive Episode und posttraumatische Belastungsstörung, Urk. 3/10 S. 1), und andererseits lediglich gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers eine beim Unfall vom 5. Oktober 2004 erlittene commotio cerebri diagnostiziert (Urk. 3/10 S. 2), obwohl diese Feststellung klar den zeitlichen

Ärztlichen Berichten (siehe E. 3.2.1) widerspricht. Die vom Medizinischen Zentrum L.\_\_\_\_ diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die mittelgradige depressive Episode sind, wie erwähnt (siehe E. 5), zum erlittenen Unfall nicht adäquat kausal. Die Beschwerdegegnerin hat damit einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung zu Recht verneint.

8. Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden kann.

Das Gericht erkennt:

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

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Holger Hägel
- Rechtsanwalt Reto Bachmann
- Bundesamt für Gesundheit

4. 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.