

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00326 vom 29. Februar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-02-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2010.00326

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00326 du 29 février 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2010.00326 del 29 febbraio 2012

Erwägungen

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer eine volle Invalidenrente und Integritätsentschädigung ab 1. August 2010 zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Sachverhaltsergänzung und Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 3

Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche rechtliche Vertretung durch den unterzeichnenden Rechtsanwalt zu gewähren. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. ■

Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 29. November 2010 (Urk. 8) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 14. Dezember 2010 (Urk. 12) wurde dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Thomas Schmid als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1

1.1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung erarbeiteten Grundsätze zu dem für einen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Art. 6 Abs. 1 UVG) erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden, insbesondere bei psychischen Unfallschäden (BGE 115 V 133), sowie zur Zusprache einer Invalidenrente und einer Integritätsentschädigung sind im angefochtenen Einspracheentscheid vom 22. September 2010 (Urk. 2 Ziff. 1, 3 und 5 a-d) zutreffend wiedergegeben. Darauf kann verwiesen werden.

1.1.2 Ergänzend ist anzufügen, dass die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die dabei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (vgl. etwa Urteil des

Bundesgerichts 8C_984/2010 vom 10. März 2011 E. 2.1). Sind die geklagten Beschwerden nicht in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, ist eine besondere Adäquanzprüfung vorzunehmen (BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen).

1.2 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

2. Die Beschwerdegegnerin ging im Einspracheentscheid vom 22. September 2010 (Urk. 2) davon aus, allfällige psychische Unfallfolgen ständen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 11. August 2007. Dagegen sprach sie dem Beschwerdeführer für die verbliebenen somatischen Folgen des Unfallereignisses vom 11. August 2007 ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit eine Invalidenrente nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von 37 % mit Wirkung ab 1. August 2010 zu und gewährte ihm eine Integritätsschädigung auf der Basis eines Integritätsschadens von 30 %.

Dagegen stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, dass auch die psychische Beeinträchtigung eine natürliche und adäquate Folge des Unfallereignisses vom 11. August 2007 darstelle (Urk. 1 S. 5 ff.). Das von der Beschwerdegegnerin für die Invaliditätsbemessung herangezogene Zumutbarkeitsprofil gehe an seiner Leistungsfähigkeit vorbei und stimme in keiner Weise mit den anderen ärztlichen Wertungen überein, weshalb diesbezüglich ein gerichtliches, von unabhängigen Experten zu erstellendes Gutachten anzuordnen sei (Urk. 1 S. 14). Auf Grund seiner physischen und psychischen Beschwerden könne er, wenn überhaupt, lediglich teilzeitlich eine Hilfstätigkeit ohne Verantwortung und Stresskomponenten ausüben, und habe einen 100%igen Integritätsschaden zu gewärtigen (Urk. 1 S. 15).

3. Hinsichtlich

3.1 Gemäss Austrittsbericht des Spitals Z.____ vom 15. August 2007 (Urk. 9/11) erlitt der Beschwerdeführer am 11. August 2007 anlässlich eines Sturzes beim Tanzen eine geschlossene mediale Schenkelhalsfraktur links vom Typ 31-B2.2, welche gleichentags durch Implantation einer Duokopf-Prothese versorgt wurde (vgl. Operationsbericht vom 13. August 2007, Urk. 9/10). Der postoperative Verlauf gestaltete

sich problemlos. Die radiologische Kontrolle zeigte regelrechte Stellungsverhältnisse und der Beschwerdeführer konnte in der Physiotherapie unter Vollbelastung gut mobilisiert werden, so dass er am 15. August 2007 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden konnte.

3.2 Am 5. November 2007 berichtete der Hausarzt Dr. med. B. von einem anhaltenden postoperativen Schmerz und einem geplanten orthopädischen Konsilium bei einer weiterhin unfallbedingten 100%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/21).

Nach der notfallmässigen Selbstzuweisung in das Spital Z. vom 5. Dezember 2007 wurde das auf den Folgetag anberaumte orthopädische Konsilium sistiert und der Beschwerdeführer an Dr. med. C., Facharzt für Chirurgie, Leitender Arzt Schmerz- und Komplementärmedizin Spital Z., überwiesen (Urk. 9/22-23).

Dr. C. diagnostizierte in seinem Bericht vom 21. Januar 2008 (Urk. 9/29) ein chronisches Schmerzsyndrom am Oberschenkel links bei Status nach Endoprothese Hüfte links und einen Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung. Der Beschwerdeführer klagt über massive Schmerzen im linken Oberschenkel und zeige ein Schonhinken, wobei jedoch das Szintigramm unauffällig (vgl. Befundbericht des Dr. med. D., Facharzt für Nuklearmedizin, Spital E. vom 17. Dezember 2007 betreffend Dreiphasen-Skelettszintigraphie vom 14. Dezember 2007 [Urk. 9/40] und Bericht des Dr. D. an die Beschwerdegegnerin vom 29. Januar 2008 [Urk. 9/34]) und die Sympathikusblockade ohne Reaktion geblieben sei. Dr. C. postulierte, von invasiven Massnahmen Abstand zu nehmen, befürwortete eine Schmerztherapie und empfahl nach Rücksprache mit der behandelnden Psychologin eine stationäre Rehabilitation vorzugsweise in F. (vgl. auch Urk. 9/28).

3.3 Die Ärzte der Klinik A., welche den Beschwerdeführer am 14. Januar 2008 zwecks Einholung einer Zweitmeinung in ihrer Hüftsprechstunde untersucht hatten, nannten in ihrem Bericht vom 22. Januar 2008 (Urk. 9/31) als Diagnose erhebliche Restbeschwerden in der Hüfte links bei Zustand nach medio-zervikaler Schenkelhalsfraktur, welche mit Duokopfprothese zementiert am 11. August 2007 versorgt worden sei. Anamnestisch vermerkten sie nebst einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit geklagte Beschwerden selbst ohne Belastung respektive in Ruhe trotz regelmässiger Medikation. Sie befundeten einen sehr schwerfälligen Gang und reizlose Narben. Die klinische Untersuchung der linken Hüfte zeige eine starke Schmerzhaftigkeit bei Flexion/Innenrotation, wobei der Schmerz im lateralen Leistenbereich mit Ausstrahlung in den Oberschenkel beschrieben werde, und in Seitenlage bestehe eine starke Schmerzhaftigkeit am Ansatz des Gluteus medius. Der Iliopsoastest sei negativ. Die Ärzte, welche bei der Befundung der Röntgenaufnahmen keine Auffälligkeiten feststellten, schlossen in ihrer Beurteilung auf multifunktionelle Beschwerden und sahen den Umstand, dass eine Duokopfprothese eingesetzt worden war, als mögliche Mitursache. Sie befanden, dass die Beschwerdesituation möglicherweise mit einer Konversion zur Hüft-Totalprothese verbessert werden könne, wobei vor einem solchen Eingriff die äusserst schmerzhaften Hüftabduktoren sowie die Lendenwirbelsäule (LWS) mittels Magnetresonanz (MR)-Tomographie abzuklären und zusätzlich eine Hüftgelenkspunktion durchzuführen seien.

Am 12. Februar 2008 führten die Ärzte der Klinik A. ergänzend aus (Urk. 9/39), die zwischenzeitlich erstellte MR-Bildgebung der LWS

vermögliche die Beschwerden nicht zu erklären und die durchgeführte MR-Untersuchung der Hüftabduktoren habe intakte Ansätze gezeigt; die Aussenrotatoren dorsal seien soweit beurteilbar verfettet. Auf Grund des stark protrahierten Heilungsverlaufs sei die Indikation für eine Konvention zu einer Hüft-Totalprothese (TP) gegeben.

Am 7. März 2008 wurde die Konversionsoperation in der Klinik A.____, wo der Beschwerdeführer vom 6. bis 13. März 2008 hospitalisiert war, durchgeführt (Operationsbericht vom 14. März 2008, Urk. 9/44). Gemäss Austrittsbericht vom 8. April 2008 (Urk. 9/46) gestaltete sich der perioperative und postoperative Verlauf komplikationslos und die nach der Operation erstellten Röntgenbilder zeigten eine gute Stellung der Prothese.

Vom 13. März bis 23. April 2008 hielt sich der Beschwerdeführer in der Klinik G.____ auf. Im Austrittsbericht vom 25. April 2008 nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 9/51/1):

- Unfall am 11. August 2007 mit
- Schenkelhalsfraktur links
- 11. August 2007 Duo-Kopfprothesen-Implantation links
-

E. 7

März 2008 Konversion der Kopfprothese in eine Hüft-TP links

- Leicht depressiver Zustand
- Zerviko-brachiales Syndrom

Die Ärzte beurteilten, es habe anlässlich des stationären Aufenthaltes eine gute Mobilität bei weiterhin teilweiser Benutzung von zwei Unterarmgehstützen erreicht werden können. Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung Psychosomatik, welcher den Beschwerdeführer auf Grund der bereits vor der Operation bestehenden erheblichen familiären und beruflichen Belastungen mitbetreut habe, habe einen leicht depressiven Zustand (ICD-10 F32.0) diagnostiziert und die Fortsetzung der psychotherapeutischen Gesprächstherapie sowie die Wiederaufnahme der medikamentösen Behandlung mit Remeron empfohlen (vgl. im Einzelnen das psychosomatische Konsilium vom 20. März 2008, Urk. 9/51/2). Alsdann sei der Beschwerdeführer auf Grund der schwierigen beruflichen Situation der Abteilung für Berufsberatung vorgestellt und bei der Invalidenversicherung angemeldet worden (vgl. auch die Berichte Sprechstunde Berufliche Eingliederung vom 24. Juni 2008 [Urk. 9/57] und Berufliche Neuorientung und 14. Oktober 2008 [Urk. 9/58]). Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit als Gipsler eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und notierten, nach Abschluss der medizinischen Phase werde zumindest für eine ganzzeitige, leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der linken Hüfte eine volle Arbeitsfähigkeit erwartet.

Nach der Dreimonatskontrolle vom 9. Juni 2008 berichteten die Ärzte der Klinik A.____ am 17. Juni 2006 (Urk. 9/56) von einem klinisch und radiologisch schönen Resultat. Sie führten die vom Beschwerdeführer angegebenen starken

belastungsabhängigen Schmerzen im vorderen Hüftgelenksbereich teilweise auf ein noch vorhandenes Rehabilitationsdefizit zurück und verordneten Physiotherapie mit Gehschulung und gezielten Kräftigungsübungen der Hüftabduktorenmuskulatur unter Hinweis, dass die Beschwerden anlässlich der Verlaufskontrolle in drei Monaten deutlich besser sein sollten. In Bezug auf das berufliche Leistungsvermögen hielten die Ärzte dafür, dass der Beschwerdeführer in der belastenden Tätigkeit als Gipser zu 100 % arbeitsunfähig sei, nunmehr aber für weniger belastende Tätigkeiten eine Teilarbeitsfähigkeit bestehe mit der Möglichkeit für Steigerungspotential.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Bericht der Klinik A. ___ vom 1. Oktober 2008 (Urk. 9/64) klagte der Beschwerdeführer anlässlich der Verlaufskontrolle vom 22. September 2008 über zunehmende Beschwerden. Bezugnehmend auf die Computertomographie (CT) vom 12. September 2008 vermerkten die Ärzte eine gute Lage sowohl der femoralen als auch der acetabulären Komponente, sahen jedoch einen möglichen Konflikt in Form einer etwas weit vorragenden kranial-medialen Schraube. Sie beurteilten, dass unklare Befunde vorherrschten und empfahlen zur Abklärung der Gangunsicherheiten eine neurologische Untersuchung sowie eine Infiltration der Psoassehne.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 17. Oktober 2008 (Urk. 9/66) notierten die Ärzte der Klinik A. ___ einen unveränderten Zustand, welcher für den Beschwerdeführer nicht akzeptabel sei. Er habe auf die Infiltration der Psoassehne vom 12. September 2008 gut angesprochen, während das neurologische Konsil vom 25. September 2008 (vgl. dazu im Einzelnen Urk. 9/70) keine Hinweise auf eine neurologische Ursache ergeben habe. Bei nochmaliger Analyse der Aufnahmen in Extension zeige sich eine etwas zu lange Schraube in diesem Bereich, weshalb eine weitere Revisionsoperation durchzuführen sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 26. November 2008 wurde in der Klinik A. ___ ein Hüft-Pfanneninlaywechsel mit Entfernung von zwei Schrauben und Iliopsoassehnenrelease links durchgeführt (vgl. Operationsbericht vom 1. Dezember 2008, Urk. 9/72). Bezugnehmend auf die Verlaufskontrolle vom 8. Januar 2009 berichteten die Ärzte am 19. Januar 2009 (Urk. 9/85) von einem zufriedenstellenden postoperativen Ergebnis. Die aktuellen Beschwerden seien auf die muskuläre Situation zurückzuführen und würden in der bereits laufenden Rehabilitation behandelt.

3.6 Ä Ä Ä Ä Vom 6. Januar bis 11. Februar 2009 hielt sich der Beschwerdeführerin ein zweites Mal in der Klinik G. ___ auf. Im Austrittsbericht vom 13. Februar 2009 (Urk. 9/91) wurden folgende Diagnosen genannt:

- Unfall vom 11. August 2007: Beim Tanzen in der Disco gestürzt
- Geschlossene mediale Schenkelhalsfraktur links (Typ 31-B2.2)
-

E. 11

August 2007 Einbau einer Endo-Duo-Prothese

- 7. März 2008 Konversion zu TP links
- 26. November 2008 Hüftpfannen-Inlaywechsel mit Entfernung von zwei Schrauben und Iliopsoassehnenrelease links.
- Chronischer Nikotinkonsum

Die Ärzte hielten dafür, dem Beschwerdeführer sei die Tätigkeit als Gipser gegenwärtig und auch in Zukunft nicht mehr zumutbar. Nach Abschluss der medizinischen Phase werde indes für eine ganztägige, leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen für die linke Hälfte eine volle Arbeitsfähigkeit erwartet.

3.7 Gemäss Bericht vom 12. März 2009 (Urk. 9/94) war am 24. Februar 2009 in der Klinik A.____ schmerzbedingt eine Infiltration des Iliopsoas durchgeführt worden, wobei sich im Anschluss daran keine Beschwerdelinderung, sondern eine Schmerzverstärkung einstellte. Die Ärzte nannten als Grund für die Konsultation vom 11. März 2009 eine Schmerzpersistenz und Exazerbation in den vergangenen Tagen bei noch relativ unklarem Krankheitsbild und befanden, die Beschwerden seien am ehesten muskular bedingt und durch eine Reizung des Iliopsoas verursacht. Sie empfahlen eine MR-Untersuchung der Hälfte sowie der LWS zum Ausschluss einer Infektion oder Kollektion beziehungsweise einer Wirbelsäulen-Pathologie und hielten eine erneute Infiltration der Iliopsoassehne in Reserve für den Fall, dass die Beschwerden trotz Physiotherapie persistierten. Alsdann attestierten sie dem Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Am 23. April 2009 berichteten die Ärzte der Klinik A.____ (Urk. 9/100), anlässlich der klinischen und bildgebenden Untersuchungen vom 9. April 2009 (vgl. Befundbericht betreffend MR-Untersuchung vom 16. April 2009, Urk. 9/98) seien weder eine Wirbelsäulenpathologie noch vermehrte Flüssigkeitskollektionen, welche für einen Infekt sprechen würden, gefunden worden. Es werde nun eine erneute Infiltration der Iliopsoassehne durchgeführt.

Nach der Infiltration der Psoassehne vom 23. April 2009 beurteilten die Ärzte der Klinik A.____ in ihrem Bericht vom 27. Mai 2009 (Urk. 9/107), dass im Bereich der linken Hälfte weiterhin unklare stärkste Schmerzen persistierten und weder die intraartikuläre Infiltration noch die Infiltrationen im Bereich der Psoassehne die Beschwerden gelindert hätten. Die MR-Bildgebung der LWS und der Hälfte vom 9. April 2009 habe keinen relevanten pathologischen Befund gezeigt und auch die konventionellen Röntgenbilder dokumentierten unauffällige Verhältnisse ohne Lockerungszeichen. Alsdann sei labormässig im März 2009 ein normales C-reaktives Protein (CRP) verzeichnet worden, so dass keine Hinweise für einen Low-Grade-Infekt beständen. Die Ärzte, welche differentialdiagnostisch auf eine Neuritis beziehungsweise einen Morbus Sudeck schlossen, veranlassten eine erneute neurologische Abklärung und eine Überweisung an die interdisziplinäre Schmerzprechstunde des Spitals I.____.

3.8 PD Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, Leitender Arzt Klinik A.____, berichtete am 25. Juni 2009 (Urk. 9/111) unter Bezugnahme auf die Voruntersuchung vom 25. September 2008 (vgl. Urk. 9/70) über die neurologische und neurophysiologische Untersuchung vom 18. Juni 2009. Er beurteilte, es lägen weiterhin keine Hinweise auf fokale neurologische klinische Defizite oder eine neurophysiologische Pathologie vor; eine neurogene Ursache der Schmerzen erscheine auf Grund des klinischen wie elektrophysiologischen Befundes nicht als gegeben und die klinische Symptomatik sei nicht typisch für ein komplexregionales Schmerzsyndrom.

3.9. Im Rahmen einer interdisziplinären Schmerzprechstunde vom 31. Juli 2009 nannten die beteiligten Ärzte des Spitals I. folgende Diagnosen (Urk. 9/113 S. 4):

- Chronisches myofasiales Schmerzsyndrom der linken Hüfte bei/mit
- Status nach Hüft-Pfannen-Inlaywechsel mit Entfernung von zwei Schrauben und Iliopsoassehnenrelease links am 26. November 2008
- Status nach Konversion zu Hüft-Totalprothese am 7. März 2008
- Status nach Implantation einer Hemiprothese bei Schenkelhalsfraktur am 12. August 2007
- Status nach Hernienoperation links am 12. September 2007
- Status nach Infiltrationen der Psoassehne Januar 2009 und 23. April 2009
- Appetit- und Gewichtsverlust unklarer Ätiologie, Differentialdiagnose: Depression, somatische Abklärung derzeit ausstehend
- Leichte bis mittelgradige depressive Stimmung mit somatischem Syndrom, am ehesten im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Stimmung (ICD-10 F.33.11)
- In den letzten Jahren zahlreiche Life-Events und Verlusterlebnisse, aktuell angespannte psychosoziale Situation.
- Status nach zervikozephallem Syndrom linksbetont 2006/2007
- Zwei stationäre Aufenthalte Stadtspital O. 2006/2007
- Degenerative Veränderungen der HWS mit erosiver Osteochondrose C3/4 (MRI und CT 12/2006)
- Haltunginsuffizienz, thorakale Hyperkyphose, Kopfprotraktion, Skoliose

In ihrer Beurteilung führten sie aus, der Beschwerdeführer leide an chronischen Schmerzen der linken Hüfte nach multiplen Hüftoperationen bei Oberschenkelhalsfraktur am 11. August 2007. In der klinisch-neurologischen Untersuchung zeige sich eine schmerzbedingte Kraftminderung in der Hüftabduktion/-flexion sowie eine subjektive diskrete Hypästhesie des gesamten linken Beines, was zusammen mit dem brennenden Schmerzcharakter auf zumindest eine neuropathische Teilkomponente hinweisen könnte. Klinisch-rheumatologisch finde sich eine freie Beweglichkeit im linken Hüftgelenk sowie eine starke Druckdolenz und linksbetonte Schwäche der Glutealmuskulatur. Es sei von einem vorwiegend myofaszial bedingten Schmerzsyndrom auszugehen. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht bestehe eine leichte bis mittelgradige depressive Stimmung mit somatischem Syndrom, am ehesten im Rahmen einer rezidivierenden Stimmung (ICD-10 F33.11), wobei die Erstdiagnose einer depressiven Episode im Zusammenhang mit der Scheidung gestellt worden sei. Alsdann bestehe ein Nikotinabhängigkeitssyndrom. Insgesamt wirke der Beschwerdeführer sehr leistungsbezogen mit angedeuteten regressiv anmutenden Verhaltensmustern. Psychosoziale Konfliktfelder (praktisch alleinerziehender Vater pubertierender Kinder, neue Lebensgefährtin nach schwieriger Scheidung, durch eine Bagatelle bedingte Aufgabe der guten beruflichen Position, ungewisse weitere berufliche Zukunft) würden derzeit eher bagatellisiert, was einen gewissen Ausdruck in der Psychometrie finde. Anästhesiologisch habe keine intravenöse Medikamentenaustestung durchgeführt werden können, da der Beschwerdeführer in

Ruhe kaum Schmerzen habe. Als Prozedere empfahlen die Ärzte eine medikamentöse und intensive physiotherapeutische Behandlung sowie eine Intensivierung der ambulanten Psychotherapie. Weiter hielten sie dafür, dass der Beschwerdeführer von einem interdisziplinären Therapiekonzept profitieren könnte.

3.10 Vom 20. Oktober bis 28. Dezember 2009 nahm der Beschwerdeführer am Schmerzprogramm der Rheumaklinik des Spitals I. teil. Im Abschlussbericht vom 14. Januar 2010 (Urk. 9/123) wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Chronisches myofasziales Schmerzsyndrom der linken Hüfte bei bekanntem Status
- Status nach zervikozephallem Schmerzsyndrom linksbetont
- Appetit- und Gewichtsverlust unklarer Ätiologie, Differentialdiagnose: Depression, somatische Abklärung ausstehend
- Leichte bis mittelgradige depressive Stimmung mit somatischem Syndrom, am ehesten im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Stimmung

3.11 Nach der Jahreskontrolle vom 25. Januar 2010 berichteten die Ärzte der Klinik A. am 5. Februar 2010 (Urk. 9/124) von einer weiterhin äusserst schwierigen Situation mit ausgeprägten Schmerzen, für welche trotz diverser somatischer Abklärungen kein chirurgisch noch zu verbesserndes Korrelat habe gefunden werden könnten. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht könne dem Beschwerdeführer gegenwärtig nichts angeboten werden, er sei für eine fünfjahreskontrolle vorzumerken und in der Schmerzprechstunde symptomatisch zu behandeln.

3.12 In seinem Bericht vom 16. März 2010 (Urk. 9/130) betreffend die gleichentags durchgeführte kreisärztliche Untersuchung führte Dr. med. K., Facharzt für Chirurgie, aus, der Beschwerdeführer sei in sämtlichen relevanten medizinischen Fachrichtungen abgeklärt worden, habe sich zweimal einer stationären Rehabilitation unterzogen und eine Abklärung in der Schmerzprechstunde des Spitals I. mit anschliessender Integration in das Schmerzprogramm der Rheumaklinik durchlaufen. Ein organisches Korrelat, welches das Beschwerdebild erklären könnte, sei nicht gefunden worden. Die Implantatlage sei korrekt, und es fänden sich keine Hinweise für Infekte oder Lockerungszeichen. Er habe dem Beschwerdeführer, der sich weiterhin in die Sprechstunde des Prof. Dr. med. L., Facharzt für Anästhesiologie, Schmerzambulatorium des Spitals I., begeben werde, erläutert, dass er sich das Beschwerdebild nach absolut korrekt implantierter Hüfte-Totalprothese einschliesslich Pfanneninlaywechsel nicht erklären und ihm auch keinen Therapieversuch mehr anbieten könne. Es sei nun von einem Endzustand auszugehen. Dem Beschwerdeführer sei mindestens eine wechselbelastende leichtere Tätigkeit mit maximal zu hebenden Lasten von 10 kg zumutbar, wobei die Dauer der stehenden respektive gehenden Position einen Drittel der Arbeitszeit nicht überschreiten und falls möglich auf den ganzen Tag verteilt sein sollte. Tätigkeiten in hockender Position seien für den Beschwerdeführer ungeeignet.

Bezüglich des Integritätsschadens führte Dr. K. aus (Urk. 9/131), anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 16. März 2010 sei infolge heftigster Beschwerden keine konklusive Funktionsprüfung der operativ versorgten basozervikalen Schenkelhalsfraktur mittels Implantat möglich gewesen, weshalb die Schätzung auf Grund medizinisch-theoretischer Überlegungen vorzunehmen sei.

Massgebend sei die Feinrastertabelle 5.2 Integritätsentschädigung gemäss UVG, wonach der Referenzwert für eine Endoprothese mit gutem Erfolg bei 20 % und derjenige für eine solche mit schlechtem Erfolg bei 40 % liege. Da die jüngsten Röntgenbilder vom 25. Januar 2010 eine regelrechte Implantatlage ohne Lockerungszeichen dokumentierten und keine Hinweise für Infekte vorlägen, sei es gerechtfertigt, vom Mittelwert der beiden Referenzwerte auszugehen und den Integritätsschaden mit 30 % zu taxieren. Ein Abzug infolge eines Vorzustandes sei nicht gerechtfertigt, da zum Zeitpunkt der Fraktur keine Arthrosezeichen vorgelegen hätten (Urk. 9/131).

3.13 In ihrem Bericht vom 30. März 2010 (Urk. 9/136) stellten lic. phil. M.____, Fachpsychologin Klinische Psychologie und Psychotherapie FSP, und Dr. med. N.____, Chefarzt Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation Spital O.____, folgende Diagnosen nach ICD-10:

- Rezidivierende depressive Störung, aktuell unter Remeron kompensiert (F33.4)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) bei Status nach Schenkelhalsfraktur links am 11. August 2007 mit drei Folgeoperationen
- Hinweise auf Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol (F10.1)
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1) mit Hinweisen auf strukturelle Defizite

Im Weiteren berichteten sie, den Beschwerdeführer vom 15. Dezember 2006 bis 5. März 2010 mit einigen Unterbrüchen ein- bis vierwöchentlich psychotherapeutisch behandelt zu haben, wobei anlässlich der Hospitalisationen vom 6. bis 21. Dezember 2006 und vom 10. bis 17. Januar 2007 ein immobilisierendes zervikospondylogenes Syndrom und eine reaktive Depression im Vordergrund gestanden seien. Seit der Schenkelhalsfraktur vom 11. August 2007 sei es zu einer zunehmenden Chronifizierung der Schmerzen gekommen, welche in der Psychotherapie zunehmend in dem Vordergrund gerückt seien. Es habe sich eine zunehmende dysfunktionale Schmerzverarbeitung mit Schmerzfixierung und Schonverhalten entwickelt, wobei sich im Rahmen der ambulanten Psychotherapie kognitiv verhaltenstherapeutische Interventionen jeweils nur kurzfristig umsetzen liessen und der Beschwerdeführer an seinen passiven Behandlungserwartungen festgehalten habe. Nach einer kurzfristigen Verbesserung der Copingstrategien im Rahmen des Schmerzprogramms habe sich der Beschwerdeführer bereits kurze Zeit nach dessen Abschluss wieder passiv-abwartend verhalten und über stärkste Schmerzen begleitet von nonverbalen Schmerzäusserungen geklagt. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Auf Grund des bisherigen Verlaufs und den therapeutischen Bemühungen sei die Prognose eher ungünstig; gleichwohl sei im Falle des seit annähernd drei Jahren nicht mehr im Arbeitsmarkt stehenden Beschwerdeführers ein ambulantes berufliches Rehabilitationstraining mit schrittweisem Belastungsaufbau empfehlenswert.

3.14 Dr. L.____ nannte in dem vom Beschwerdeführer im Rahmen der Gewährung des rechtlichen Gehörs (Urk. 9/140) zu den Akten gelegten, undatierten und nicht unterzeichneten Bericht an die IV-Stelle (Urk. 9/142) folgende Diagnosen:

- Chronisches myofasiales Schmerzsyndrom der linken Hüfte nach Sturz im August 2007 mit anschliessend vier Operationen

- Leichte bis mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom

- Status nach zervikozepalem Syndrom linksbetont 2006/2007

Als dann bezeichnete Dr. L. den Beschwerdeführer als gegenwärtig nicht arbeitsfähig und beurteilte, mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden. Befragt nach den zumutbaren Arbeiten hielt Dr. L. allerdings dafür, dies sei gutachterlich zu klären.

In seinem Bericht vom 1. September 2010 (Urk. 9/150a) an die Beschwerdegegnerin bestätigte Dr. L. seine Einschätzung einer gegenwärtig 100%igen Arbeitsunfähigkeit und befand, bei Weiterführung der aktuellen Schmerzmedikation könne dem Beschwerdeführer in einigen Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 30 % attestiert werden, wobei er sich bei verbesserter Schmerzproblematik eine weitere Erholung vorstellen könne.

4.

4.1 Aus der dargelegten medizinischen Aktenlage erhellt, dass sich im Falle des Beschwerdeführers trotz eingehender klinischer und bildgebender Abklärungen kein objektivierbares somatisches Korrelat für die geltend gemachten Schmerzen im Bereich der linken Hüfte finden liess und diese zur Hauptsache durch ein myofasziales Schmerzsyndrom geprägt sind, welches indes nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil U 339/06 vom 6. März 2007 E. 4.1) nicht als organisch hinreichend nachweisbare Unfallfolge zu betrachten ist. Somit ist die Adäquanz besonders zu prüfen (vgl. E. 1.1.2 hiervor). In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist die Adäquanzprüfung praxisgemäss (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts U 339/06 vom 6. März 2007 E. 5.1 und U 49/06 vom 22. November 2007 E. 3.3.2.1) unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 unter Ausschluss psychischer Aspekte vorzunehmen (BGE 134 V 109 E. 2.1 mit Hinweisen).

4.2 Im Hinblick auf die Adäquanzprüfung ist zunächst die Schwere des Unfallereignisses zu wärdigen. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfallige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 115 V 133 E. 6; Urteil U 2/07 vom 19. November 2007 E. 5.3.1 publiziert als SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26). Bezüglich des Unfallherganges ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer am 11. August 2007 beim Tanzen in einer Diskothek mit dem Fuss abgeknickt und gestürzt ist (Urk. 9/1, 9/4). Praxisgemäss werden gewöhnliche Stürze als leichte Unfälle eingestuft, deren adäquat kausaler Bezug zur psychischen Gesundheitsstörung in der Regel ohne Weiteres verneint werden kann (BGE 115 V 133 E. 6a). Die Beschwerdegegnerin ging allerdings von einem mittelschweren Unfallereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen aus, was seitens des Beschwerdeführers unbeanstandet geblieben ist. Bei dieser Unfallschwere müsste von den massgebenden Adäquanzkriterien (BGE 115 V 133 E. 6c/aa) entweder ein einzelnes in ausgeprägter Weise oder aber zumindest vier in einfacher Form erfüllt sein (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, Urteil 8C_897/2009 vom 29. Januar 2010 E. 4.5 mit Hinweisen, in: SVR 2010 UV Nr. 25 S. 100). Angesichts dessen, dass auch bei einem leichten Unfall die Adäquanz anhand der Kriterien aus dem mittleren Bereich zu prüfen ist, sofern - was vorliegend gegeben erscheint - die unmittelbaren Unfallfolgen die gesundheitliche Fehlentwicklung nicht als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen lassen (RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243;

Schlussfolgerungen. Es kann deshalb darauf abgestellt werden. Soweit der Beschwerdeführer allenfalls mit dem Begehren, bezüglich der zumutbaren Tätigkeiten sei ein Gutachten bei von der Beschwerdegegnerin unabhängigen Experten einzuholen, die Unparteilichkeit des Kreisarztes in Zweifel zu ziehen beabsichtigt, ist festzustellen, dass keine Hinweise aktenkundig sind, welche auf eine Voreingenommenheit oder Befangenheit des Dr. K.____ schliessen liessen. Solche Umstände werden denn auch vom Beschwerdeführer zu Recht nicht geltend gemacht.

5.2. Gemäss dem von Kreisarzt Dr. K.____ umschriebenen unfallbedingten somatischen Zumutbarkeitsprofil ist dem Beschwerdeführer mindestens eine wechselbelastende, leichtere Tätigkeit mit maximal zu hebenden Lasten von 10 kg zumutbar, wobei die Dauer der stehend beziehungsweise gehend zu verrichtenden Arbeiten einen Drittel der Arbeitszeit nicht überschreiten und falls möglich über den Tag verteilt sein sollte. Hockende Tätigkeiten bezeichnete Dr. K.____ als ungeeignet. Diese Einschätzung des beruflichen Leistungsvermögens wird gestützt durch die beiden Austrittsberichte der Klinik G.____ vom 25. April 2008 (vgl. E. 3.4 hiervor) und 13. Februar 2009 (vgl. E. 3.6 hiervor), worin die Ärzte jeweils eine körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen für die linke Hüfte als zumutbar erachteten. Zwar äusserte sich Kreisarzt Dr. K.____ nicht explizit zum Grad der Arbeitsfähigkeit. Im Lichte seiner Ausführungen wie auch der übrigen medizinischen Aktenlage darf jedoch zuverlässig angenommen werden, dass er - wie auch die Ärzte der Klinik G.____ (vgl. E. 3.4 und 3.6 hiervor) - von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausging.

5.3. Soweit der Beschwerdeführer bei der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils wie auch der Arbeitsfähigkeit die psychischen Beschwerden mitberücksichtigt haben will, ist festzuhalten, dass einem solchen Vorgehen die fehlende Adäquanz (vgl. E. 4 hiervor) entgegen steht. Alsdann folgt aus dem Gesagten, dass der Sachverhalt bezüglich der zumutbaren Tätigkeiten rechtsgemäss erstellt ist, weshalb entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers von ergänzenden medizinischen Abklärungen abzusehen ist.

6.

6.1. Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid von einem seitens des Beschwerdeführers unbestritten gebliebenen Valideneinkommen von Fr. 120'000.-- aus (Urk. 2 S. 7) und erklärte in ihrer Beschwerdeantwort, damit sei den konkreten Umständen sicher wohlwollend Rechnung getragen worden (Urk. 8 S. 6). Dem ist in Anbetracht dessen, dass mit aktenkundiger Verfügung des Bezirksgerichts P.____ vom 8. August 2007 (Urk. 9/2) über die Y.____ GmbH der Konkurs eröffnet und das Konkursverfahren am 2. Oktober 2007 mangels Aktiven eingestellt wurde (vgl. Internet-Auszug aus dem Handelsregister des Kantons Zürich, Urk. 14) und somit nach nur rund zweijähriger quasiselbständiger Erwerbstätigkeit (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto, Urk. 9/137) ein Arbeitsplatzwechsel auch im Gesundheitsfall nötig geworden wäre, sowie mit Blick darauf, dass nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden kann, der Beschwerdeführer hätte hernach ein jährliches Einkommen in der Höhe des von der Beschwerdegegnerin angenommenen Valideneinkommens erzielt, beigepflichtet werden.

Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) bemessen, wobei namentlich ein unnötiger Aufwand nicht ersetzt wird (Â§ 7 Abs. 1 GebV SVGer).

8.3. Der von Rechtsanwalt Thomas Schmid mit Eingabe vom 29. Februar 2012 (Urk. 15) geltend gemachte Aufwand von 23,03 Stunden und Barauslagen in der Höhe von Fr. 171.-- erweist sich im Hinblick auf die Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht als angemessen, insbesondere auf Grund der Tatsache, dass Rechtsanwalt Thomas Schmid den Beschwerdeführer schon im Verwaltungsverfahren vertrat und die Akten somit bekannt waren. Sodann entspricht die Beschwerdeschrift (Urk. 1) in weiten Teilen der Einsprache vom 20. Juli 2010 (Urk. 9/148).

Angesichts der zu studierenden Akten, der einzureichenden Beschwerdeschrift, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege sowie der in ähnlich gelagerten Fällen zugesprochenen Beträgen ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Thomas Schmid bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf insgesamt Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Thomas Schmid, Dübendorf, wird mit Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Â§ 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Schmid
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
- Bundesamt für Gesundheit
- CSS Versicherung, Tribtschenstrasse 21, 6005 Luzern

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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 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.