

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00329**

## **vom 11. Dezember 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2011.00329](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2011.00329)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00329 du 11 décembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2011.00329 del 11 dicembre 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 1.1**

Für die Umschreibung des Prozessthemas ist nach den Regeln über den Anfechtungs- und Streitgegenstand zu verfahren. Streitgegenstand im System der nachträglichen Verwaltungsrechtspflege ist das Rechtsverhältnis, welches im Rahmen des durch die Verfügung beziehungsweise Einspracheentscheid bestimmten Anfechtungsgegenstandes den aufgrund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bildet. Anfechtungsgegenstand und Streitgegenstand sind identisch, wenn die Verfügung insgesamt angefochten wird. Bezieht sich demgegenüber die Beschwerde nur auf einzelne der durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisse, gehören die nicht beanstandeten Rechtsverhältnisse zwar wohl zum Anfechtungs-, nicht aber zum Streitgegenstand.

#### **E. 1.2**

Gegen Einspracheentscheide oder Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Beschwerde ist innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides oder der Verfügung, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, einzureichen (Art. 60 Abs. 1 ATSG).

#### **E. 1.3**

Mit Beschwerde vom 6. Dezember 2011 beantragte der Beschwerdeführer die Aufhebung des Einspracheentscheides vom 8. November 2011 (Urk. 2), soweit er die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und die unfallbedingt notwendige Heilbehandlung verweigert (Urk. 1 Ziff. 1 des Rechtsbegehrens). In der Beschwerde ausdrücklich nicht angefochten wurde die Integritätsentschädigung von 25 % (Urk. 1 Ziff. 21 der Begründung). Erst mit Replik vom 3. Mai 2012 beantragte der Beschwerdeführer auch aus neurologischer Sicht eine zusätzliche Integritätsentschädigung (Urk. 13 Ziff. 3 des Rechtsbegehrens).

Innerhalb der 30-tägigen Frist angefochten wurde demnach nur die Einstellung der Taggelder und Heilbehandlung, nicht aber die Integritätsentschädigung. In soweit der Beschwerdeführer mit Replik vom 3. Mai 2012 auch die Erhöhung Integritätsentschädigung beantragt, ist auf die Beschwerde wegen Verspätung nicht einzutreten. 2.

#### **E. 1.4**

In der Zwischenzeit wurde von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, am 12. November 2009 eine Weichteil-Sonografie inguinal links durchgeführt (Bericht vom 14. November 2009, Urk. 9/M16), welche einen sonografischen Befund vereinbar mit einer Inguinalhernie links mit einer Bruchlücke von ca. 1 cm und vals alvaabhängigem gleitendem Inhalt ergab. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, spez.

Viszeralchirurgie, teilte am 4. Dezember 2009 mit (Urk. 9/M18), es sei eine laparoskopische präperitoneale Leistenrevision links vorgesehen. Der beratende Arzt der AXA, Dr. med. J.\_\_\_\_, erachtete die Leistenhernie links in seiner Stellungnahme vom 8. Dezember 2009 als nicht unfallkausal (Urk. 9/M19).

### **E. 1.5**

Mit Brief vom 1. Juli 2010 teilte die AXA X.\_\_\_\_ mit, dass sie vorsehe, die Leistungen per 31. Mai 2010 einzustellen (Urk. 9/50), wogegen der Versicherte am 6. Juli 2010 Einwände erhob (Urk. 9/52). Dennoch stellte die AXA die Leistungen mit Verfügung vom 1. September 2010 per 31. Mai 2010 ein (Urk. 9/58). Hiergegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 7. September 2010 Einsprache erheben (Urk. 9/61; Einspracheergänzung vom 30. September 2010, Urk. 9/63). Der Einsprache legte er die Stellungnahme von Dr. med. K.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 29. September 2010 (Urk. 9/M22) zum Gutachten der Institution G.\_\_\_\_ bei. Diese liess sich hierzu am 14. Juni 2011 vernehmen (Urk. 9/M23), wozu sich der Versicherte unter Beilage diverser Arztberichte mit Eingabe 14. September 2011 vernehmen liess (Urk. 9/94). Nach Einholen der Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2011 (Urk. 9/M28) und 12. Oktober 2011 (Urk. 9/M29) und Rücksprache mit dem beratenden Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH Chirurgie (Stellungnahme vom 1. November 2011, Urk. 9/M30), hiess die AXA die Einsprache mit Entscheid vom 8. November 2011 teilweise gut und sprach dem Versicherten eine Integritätsentschädigung von 25 % zu. Im Übrigen wies sie die Einsprache sinngemäss ab (Urk. 2).

### **E. 2**

Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG, insbesondere Heilungskosten und Taggelder zu gewähren.

#### **E. 2.1**

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ( Art.

#### **E. 2.2**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 406 E. 4.3.1, 123 V 45 E. 2b, 119 V 335 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen

Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

### **E. 2.3**

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

### **E. 2.4**

Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsträger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

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). 3.

Den wesentlichen medizinischen Akten zum Heilverlauf ist Folgendes zu entnehmen:

### **E. 3**

Es sind noch medizinische Abklärungen im Gange. Deshalb beantragen wir Ihnen, es sei uns die Gelegenheit zur Replik einzuräumen.

#### **E. 3.1**

Laut Austrittsbericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 11. September 2008 (Urk. 9/M2) erlitt der Beschwerdeführer beim Sturz mit dem Motorrad eine nichtdislozierte Acetabulumfraktur links, eine Kontusion des rechten Mittelfingers und eine Kontusion des linken Knies. Im konventionellen Röntgen hätten ossäre Läsionen am linken Knie und am rechten Mittelfinger ausgeschlossen werden können, und im Computertomogramm (CT) Thorax seien unauffällige Befunde ersichtlich gewesen. Im konventionellen Röntgen und im CT sei der Nachweis einer nicht-dislozierten Acetabulumfraktur links erbracht worden. Es sei eine konservative Therapie eingeleitet worden. Der Verlauf habe sich problemlos gestaltet und mit Unterstützung der Physiotherapie habe eine gute Mobilisation erzielt werden können. Der Beschwerdeführer sei am 4. August 2008, an Gehstöcken selbständig treppemobil, nach Hause entlassen worden. Die Ärzte attestierten eine vollständige

Arbeitsunfähigkeit vom 27. Juli bis 9. September 2008.

### **E. 3.2**

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 12. Oktober 2008 über folgende Diagnose/Resultat (Urk. 9/M3): „  
1. Bei Zustand nach Acetabulumfraktur links am 27.7.2008, konservativ behandelt, anhaltende Schwellung des linken Unterschenkels; hat Marcoumar, man habe eine Dreietagenthrombose im S pital Z.\_\_\_\_ festgestellt. Trägt hohen Schenkelkompressionsstrumpf der Klasse II links. 2. Thrombose der Begleitvenen der A. tibialis posterior links, teilrekanalisiert, prompter Abfluss über Kollateralen, sowie Verschluss der Vena poplitea links mit nicht mehr frischem Gerinnselmateriale; kompensatorisch mehr Fluss in der linken Vena saphena magna im Vergleich zu rechts. 3. Ansonsten durchgängiges oberflächliches und tiefes Venensystem mit funktionstüchtigen Klappen. 4. Intaktes arterielles System mit altersentsprechender Arterienwandverdickung und Verkalkung.“

### **E. 3.3**

Dr. C.\_\_\_\_ äusserte am 3. Dezember 2008 (Urk. 9/M5) den Verdacht auf eine leichte sensible Beinplexusirritation links nach der Beckenfraktur vor drei Monaten. Auch ohne elektrische Nervenprüfung könne er klinisch den Verdacht auf eine sensible Nervenaffektion des linken Beines aussprechen. Zu lokalisieren sei diese allenfalls angesichts der Acetabulumfraktur im Bereich des linken Foramen infrapiriforme mit Kompression des Nervus ischiadicus. Eine weitere Möglichkeit sei eine Irritation des Nervus fibularis an der Kniekehle infolge des Stützstrumpfes. Aufgrund des Fehlens des linken Patellarsehnenreflexes (PSR) mit doch deutlich multisegmentärer Sensibilitätsstörung sei aber in erster Linie eine sensible Plexusaffektion, umfassend die Wurzeln L4 bis S1, zu vermuten, ohne dass spezielle motorische Ausfälle bestünden.

### **E. 3.4**

Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 27. März 2009 (Urk. 9/M7) (1) ein postthrombotisches Syndrom der linken unteren Extremität bei Status nach 2-Etagenthrombose am 6. September 2008 und aktuell teilrekanalisierter Femoro-popliteo-kruraler venöser Strombahn und (2) Adipositas. Es fanden sich ein halbes Jahr nach oraler Antikoagulation bei posttraumatisch aufgetretener Oberschenkel- und Unterschenkelvenenthrombose links noch deutliche Restthromben v.a. im poplitealen Bereich, während das Leitvenensystem am Unterschenkel recht gut rekanalisiert und kollateralisiert sei. Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden könnten nicht mit dem typischen postthrombotischen Symptom einer Claudicatio venosa vereinbart werden. Eher sei die bekannte Sacralplexusläsion bzw. Beinplexusirritation die Ursache für die Beschwerden.

### **E. 3.5**

Im Arztbericht vom 5. Juni 2009 (Urk. 9/M10a) nannte

Dr. E.\_\_\_\_ eine Irritation/Läsion der sensiblen Endäste des Nervus tibialis links unklarer Lokalisation, eine Meralgia parästhetica links und ein postthrombotisches Syndrom mit 2-Etagenthrombose am 6. September 2008 aktuell teilrekanalisiert. Anamnestisch beklagte der Beschwerdeführer seit dem Motorradsturz mit Acetabulumfraktur links Gefühlsstörungen am ganzen linken Fuss und lateralen Fussrücken, was dem sensiblen Endversorgungsgebiet des Nervus tibialis inklusive Nervus suralis entspreche. Von

letzterem sei links bei rechts normalem Befund kein sensibles Nervenaktionspotential evozierbar. Bei im Übrigen normalem klinisch motorischem Befund könne der Ort der Läsion bald ein Jahr nach dem Unfall nicht mehr sicher lokalisiert werden. Bei rein sensibler und tendenziell eher rückläufiger Ausfallssymptomatik bestünden diesbezüglich keine sinnvollen weiteren Massnahmen.

Daneben bestehe eine Meralgia parästhetica, d.h. Irritation/Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis an seinem empfindlichsten Ort am Durchtritt im Bereich des Leistenkanals. Diesbezüglich sei eine ergänzende Untersuchung zum Ausschluss einer Hernie oder einer anderen kausal behandelbaren Pathologie zu empfehlen.

### **E. 3.6**

Dr. F.\_\_\_\_ beurteilte den medizinischen Sachverhalt in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2009 (Urk. 9/M12) dahingehend, als der Verlauf der nicht dislozierten Acetabulumfraktur links (Becken) kompliziert gewesen sei durch eine Beinvenenthrombose, obwohl der Beschwerdeführer antikoaguliert gewesen sei. Bezüglich Thrombose empfahl er aus unfallfremden Gründen gelegentlich die Abklärung der Gerinnung.

Im Vordergrund stünden heute die Schmerzen am Oberschenkel links lateral, welche einer Meralgia parästhetica bei unfallfremder Abknickung des Nervus cutaneus femoris lateralis im Bereich des Leistenbandes entsprächen. Hier sei dringend eine Gewichtsabnahme zu fordern, damit der Nerv durch das Bauchfett weniger stark an seiner Durchtrittsstelle durch das Leistenband komprimiert werde. Eine Läsion des Nervus tibialis links distal sei möglich, auch eine Läsion des sensiblen Nervus suralis. Beides wäre jedoch nicht durch eine ohne genügende klinische Grundlage angenommene Plexus sacralis-Zerrung zu erklären, auch nicht durch eine Nervus-ischiadicus-Kompression. Die allein distalen Symptome sprächen eher für eine distale Beinkontusion links. Eine Arbeitsunfähigkeit sei durch diese beiden distalen Nervenläsionen nicht zu rechtfertigen. Die Diagnose einer Plexus-sacralis-Zerrung dürfte als abenteuerlich bezeichnet werden, es fände sich dafür keine Klinik. Eine ursprünglich erwogene Läsion des Hauptstammes des Nervus ischiadicus wäre angesichts der Klinik längst abgeheilt.

Unfallbedingt bestehe ab sofort wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei alleine durch die Meralgia parästhetica links bedingt, welche unfallfremd sei (Adipositas per magna).

### **E. 3.7**

Laut Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 14. November 2009 (Urk. 9/M16) über die Weichteil - Sonografie inguinal links vom 12. November 2009 hätten im Canalis inguinalis unter repetitivem Valsalva-Manöver bei einer Breite von ca. 1 cm atemverschiebliche und valsalvaverschiebliche echoarme Gleitstrukturen nach gewiesen werden können. Über diesen Strukturen sei auch eine maximale Druckdolenz loco regionär beobachtet worden. Diese Befunde seien vereinbar mit einer Inguinalhernie links mit einer Bruchlücke von ca. 1 cm und valsalvaabhängigem gleitendem Inhalt.

### **E. 3.8**

Dr. I.\_\_\_\_ beschrieb im Bericht vom 4. Dezember 2009 (Urk. 9/M18) post traumatische Veränderungen im Bereich des linken Musculus psoas (Nervus genitofemoralis, Nervus femoralis, Nervus gluteus lateralis femoris). Es bestünden Vernarbungen der retroperitonealen Fettschicht unterhalb des Leistenbandes (nach Acetabulumfraktur sehr

woh l denkbar). Es bestehe ein einklemmender Inguinalkanal als Parallele einer Leistenhernie. Die letztere Verdachtsdiagnose werde durch den sonografischen Befund untermauert. Das Übergewicht sei bei coxogenen Schmerzen sicherlich nicht von Vorteil, aber diese Frage sei eine bloss e Ausrede.

### **E. 3.9**

In der Stellungnahme vom 8. Dezember 2009 (Urk. 9/M19) hielt Dr. J.\_\_\_\_ da für, dass in der Sonografie vom 12. November 2009 eine ganz normale Leistenhernie links beschrieben werde, welche sicher nicht durch den Unfall verursacht worden sei. Die ganze Umgebung des Leistenkanals, insbesondere die muskuläre n Weichteilstrukturen, sei sonografisch normal und ohne Verletzung oder Vernarbung. Eine nicht dislozierte Acetabulum-Fraktur führe nicht zu einer Inguinalhernie, dazwischen lägen noch viele andere Weichteilstrukturen, die hier ebenfalls nicht verletzt worden seien. Es sei sehr wohl möglich, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen inguinal links mit der Unmöglichkeit lange zu sitzen durch die Inguinalhernie bedingt und damit unfallfremd seien.

### **E. 3.10**

Die Gutachter der Institution G.\_\_\_\_ gaben in der Expertise vom 14. Mai 2010 (Urk. 9/M21) folgende Beurteilung ab:

Anlässlich der Untersuchung durch den orthopädischen und rheumatologischen Experten hätten sich klinisch Zeichen höchstens einer diskreten, beginnenden, posttraumatischen Coxarthrose mit geringfügiger Bewegungseinschränkung, vor allem der Rotationen verbunden mit geringen Rotationsschmerzen im Bereich der Leiste gefunden. Dieser Befund stehe im Einklang mit dem Magnet resonanztomogramm vom 19. August 2009 (vgl. Urk. 9/M14): Sie weise keinen Hüftgelenkserguss als Indiz einer klinisch wesentlichen Störung im Ge lenk nach, jedoch ein scharf umschriebenes Ödem im Knochenmark des Pfannenerkers im Labrumbereich, lateral beginnend bis zentral in den Bereich der ehemaligen Fissurlinie. Der Befund sei so zu interpretieren, dass im Acetabulumbereich lateral der Fissurlinie, welcher der wichtigste, tragende Be reich des Acetabulums sei, posttraumatisch eine Knorpelschädigung im Gange sei, radiologisch erkennbar am Knochenmarksödem. Die Schädigung sei nach wie vor sehr begrenzt und greife weder auf die zentralen Acetabulum-Anteile noch gegenüberliegend auf den Femurkopf über.

Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung ergebe eine Hyposensibilität für Berührungen ventrolateral am Oberschenkel links im Innervatonsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis. Medial der Spina iliaca anterior superior links könne wohl ein Schmerz ausgelöst werden, der aber lokal begrenzt sei und nicht nach kaudal im Sinne eines Tinnel-Phänomens ausstrahle. Weiter sei eine alterierte Sensibilität im Sinne ein e s Kuhnagels an der Planta pedis links zu konstatieren. Die Muskeleigenreflexe seien an den Beinen aktuell symmetrisch mittellebhaft gut und eindeutig reproduzierbar auslösbar. Die durchgeführte Neurographie des Nervus suralis links zeige normale Befunde; die Untersuchung sei bei einer suffizienten Hauttemperatur und mittels Nadelelektroden durchge führt worden, und die Stromapplikation sei für den Beschwerdeführer ersicht lich unangenehm gewesen. Diese neurographischen Befunde stünden in Dis krepanz zur Voruntersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ im September 2009, als die Suralis-Neurographie links nicht sicher reproduzierbar gewesen sei.

Zusammenfassend könne neurologisch unter anderem mit der aktuell durchgeführten und normal ausgefallenen Suralis-Neurographie links eine relevante Schädigung der sensiblen Fasern im Innervationsgebiet des Nervus suralis ausgeschlossen werden. Die Angabe von Gefühlsstörungen am Oberschenkel, die erst mehr als acht Monate nach dem Unfall klinisch erfasst worden seien, sei gut mit einer Meralgia parästhetica links vereinbar, einer Kompressionsneuropathie des Nervus cutaneus femoris lateralis. Die Kraftentwicklung des linken Beines imponiere heute völlig normal, was zusammen mit den normalen Muskeleigenreflexen links gewichtig gegen eine proximale Nervenschädigung, beispielsweise im Bereich des Nervenplexus spreche. Die alterierte Sensibilität an der Planta pedis habe gemäss Auskunft des Beschwerdeführers mittlerweile bereits um mindestens 50 % gebessert und sei anato misch dem Innervationsgebiet des Nervus tibialis zuzuordnen. Dazu könne aktuell weder klinisch noch vor Monaten durch Dr. E.\_\_\_\_ elektrophysiologisch ein Tarsaltunnel-Syndrom nachgewiesen werden. Infolge dessen bleibe diese Hyposensibilität unklar, ein Kausalzusammenhang mit der Acetabulum-Fraktur könne praktisch ausgeschlossen werden.

Für den Beschwerdeführer stehe der lokal begrenzte Schmerz inguinal links, verstärkt während länger dauerndem Sitzen und lokal auf Druck, hinsichtlich seines Befindens und erlebten Beeinträchtigungen im Vordergrund. Diese un mittelbare Schmerzprovokation durch lokal applizierten Druck im Bereich über der linken Inguina deute gewichtig auf eine diese Schmerzen verursachende Pathologie extraabdominal/-pelvin im Bereich der Strukturen der Inguina hin. Dabei ständen eine Kompressionsneuropathie des Nervus cutaneus femoris lateralis (Meralgia parästhetica) oder die bekannte Inguinalhernie zur Diskussion. Beide Pathologien stünden überwiegend wahrscheinlich nicht in kausalem Zusammenhang mit den Verletzungsfolgen anlässlich des Unfalls am 27. Juli 2008. Weder seien entsprechende Befunde von den behandelnden Ärzten anlässlich der 8-tägigen Hospitalisation beobachtet, mittels Computertomographie am Unfalltag Weichteilverletzungen im Bereich der Leiste links nachgewiesen, noch vom Beschwerdeführer in den ersten acht Monaten nach dem Unfall darauf hinweisende Beschwerden beklagt worden.

### **E. 3.11**

In der Stellungnahme vom 29. September 2010 (Urk. 9/M22) an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wies Dr. K.\_\_\_\_ darauf hin, dass sich im Arthro-MRI-Befund vom 2. September 2010 (vgl. Urk. 9/M22/1) zystische Veränderungen im Acetabulum bei Status nach Acetabulumfraktur fänden, die bei Status nach Acetabulumfraktur als Residuen zu werten seien. Es zeige sich eine beginnende Coxarthrose links vor allem acetabulär mit deutlich degeneriertem Labrum sowie mehreren fissuralen, tiefen Knorpelschäden im gewichtstragenden Anteil acetabulär und femoral (vermutlich vorwiegend) posttraumatisch bedingt und ein posterior-superior Labrumriss. Der Beschwerdeführer beschreibe eine Zunahme der Beschwerden im Verlaufe des Tages sowie beim Sitzen. Diese korrelierten eindeutig mit den Befunden

bzw. den Schäden, die im Arthro-MRI vom 2. September 2010 (vgl. Urk. 9/M22/1) festgestellt worden seien. Der Befund des Ultraschalls vom 2. September 2010 (vgl. Urk. 9/M22/2) ergebe eine blande Sonografie der Leistenregion links ohne Femoralhernie oder Inguinalhernie links, d.h. diese Inguinalhernie gebe es nicht. Es sei ein Status nach Motorradunfall am 27. Juli 2008 mit nicht dislozierter Acetabulumfraktur links, Kontusion des rechten Mittelfingers und des linken Knies, Läsion des Plexus lumbosacralis links und

einer beginnenden Coxarthrose links mit tiefen Knorpelschäden im gewichtstragenden Anteil und einem deutlich degenerierten Labrum zu stellen.

### **E. 3.12**

Dr. F.\_\_\_\_ fand in seiner Stellungnahme vom 5. Oktober 2011 (Urk. 9/M28), es stehe die Meinung der Gutachter gegen die Meinung der behandelnden Ärzte, wobei die Meinung der Gutachter durch die klinischen Befunde zu unterstützen sei. Für die von den behandelnden Ärzten geäußerte Läsion vom Plexus lumbosacralis fänden sich zu wenig klinische Symptome. Aufgrund der Akten sei die Symptomatik des Beschwerdeführers aus neurologischer Sicht vollumfänglich durch eine Meralgia parästhetica zu erklären, welche eben keinen Kausalzusammenhang zum Unfall habe.

### **E. 3.13**

Im neurologischen Gutachten vom 5. April 2012 (Urk. 14/1) postulierte Dr. M.\_\_\_\_, die Ausdehnung der Sensibilitätsstörungen am linken Oberschenkel ventral bis direkt zum Knie und die Sensibilitätsstörungen ohne Schmerzcharakter am linken Unterschenkel und Fuss deckten sich mit der Innervation durch grössere Anteile der Nervus-Ischiadicus-Äste und liessen sich definitiv nicht durch eine Meralgia parästhetica allein erklären. Auch die weitere neurologische Kontrolluntersuchung belege eindeutige leichte neurologische Ausfälle, die sich durch den fehlenden Patellarsehnenreflex und den reduzierten Adduktorenreflex links manifestierten. Beide Reflexe gehörten zum Innervationsgebiet des Nervus Ischiadicus. Ausfälle dieser Reflexe belegten Läsionen oder Funktionsstörungen der entsprechenden Nerven oder des proximal davon gelegenen Plexus. Zusätzlich bestehe möglicherweise auch heute noch eine Meralgia parästhetica, welche allerdings die Reflexausfälle nicht erklären könnte.

In der Zwischenzeit seien durch eine laparoskopische Exploration des Beckenbereichs einerseits Verwachsungen (allgemein, insbesondere auch um den Nervus Femoralis links), andererseits auch eine sichtbare pathologische Veränderung dieses Nervs festgestellt worden. Diese Befunde (Verwachsungen im Beckenbereich, Veränderung des Femoralisnervs, fehlender Cremasterreflex links) und andere klare Befunde (reduzierte Eigenreflexe linkes Bein, Sensibilitätsstörungen und schmerzhaftes Missempfindungen in grösseren Gebieten des linken Beins) belegten zweifelsfrei durchgemachte organische Läsionen, die überwiegend wahr scheinlich im Zusammenhang mit der schweren Beckenkontusion zu sehen seien.

### **E. 3.14**

Im Gutachten vom 21. Dezember 2010 (Urk. 30) kamen Dres. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ zum Schluss, dass eine partielle Plexusläsion links mit neuropathischen Schmerzen hauptsächlich im Bereich des Innervationsgebietes des Nervus Femoralis sowie eine zusätzlich elektrophysiologisch nachgewiesene Beteiligung des Nervus cutaneus femoris lateralis, des Nervus tibialis sowie des Nervus suralis links bei Zustand nach Motorradunfall mit Acetabulumfraktur links und posttraumatischer Coxarthrose vorliege. Differentialdiagnostisch sei eine zusätzliche leichte Meralgia paraesthetica links möglich. Das sowohl klinisch-neurologisch als auch vorgängig durch Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 9/M22/3) elektrophysiologisch feststellbare Verteilungsmuster mit Beteiligung mehrerer Nerveninnervationsgebiete sei ausschliesslich mit einer Läsion im Bereich des Plexus lumbosacralis links erklärbar. Die Annahme einer erheblichen Beschwerdeintensität, wie sie vom Beschwerdeführer geltend gemacht werde, sei insgesamt glaubhaft. Es sei von

neuropathischen Schmerzen auszugehen.

Aus orthopädischer Sicht bestehe eine beginnende, sekundäre Coxarthrose links bei Status nach Acetabulumfraktur sowie eine beginnende Gonarthrose links mit Vorderhornläsion des lateralen Meniskus.

Seit Abschluss der Akutphase nach dem Unfallereignis, also seit ca. Januar 2009, sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 40 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 30 % arbeitsunfähig. 4.

#### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2012 schloss die AXA auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). In der Replik vom 3. Mai 2012 ergänzte der Beschwerdeführer sein Rechtsbegehren dahingehend, als ihm auch aus neurologischer Sicht eine zusätzliche Integritätsentschädigung geschuldet sei, welche erst bei Fallabschluss quantifiziert werden könne (Urk. 13). Der Replik legte er das neurologische Gutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_, Neurologie FMH, Physikal. Med. + Rehabilitation FMH, vom 5. April 2012 (Urk. 14/1) bei. Die AXA verzichtete mit Eingabe vom 4. Juli 2012 auf Duplik (Urk. 18).

Mit Eingabe vom 12. Juli 2012 teilte der Beschwerdeführer mit, im Auftrag der Eidgenössischen Invalidenversicherung finde eine Begutachtung statt, und er suche, diese sei abzuwarten und den Gutachtern Ergänzungsfragen zu stellen (Urk. 20). Nachdem sich die Beschwerdegegnerin damit am 4. September 2012 einverstanden erklärt hatte (Urk. 24), wurde den von der Invalidenversicherung beauftragten Gutachtern mit Gerichtsverfügung vom 10. September 2012 Zusatzfragen unterbreitet (Urk. 25). Am 21. Dezember 2012 erstatteten Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Neurologie, und Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Handchirurgie und Orthopädie FMH, ihr neurologisch-orthopädisches Gutachten (Urk. 30), zu welchem die Beschwerdegegnerin am 18. Januar 2013 auf Stellungnahme verzichtete (Urk. 34) und der Beschwerdeführer am 23. Januar 2013 Stellungnahm (Urk. 35).

Mit Gerichtsverfügung vom 4. März 2013 wurde der Beschwerdeführer aufgefordert, die im Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ aufgeführten, sich aber nicht in den Akten befindenden Arztberichte nachzureichen (Urk. 37), welcher Aufforderung er am 11. März 2013 nachkam (Urk. 39). Am 12. Juni 2013 nahm die Institution G.\_\_\_\_ auf entsprechende Anordnung des Gerichts hin (vgl. Urk. 42) zum Gutachten des Dr. M.\_\_\_\_ sowie desjenigen der Dres. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ Stellung (Urk. 45). Während die Beschwerdegegnerin sich dazu nicht vernehmen liess (vgl. Urk. 50), reichte der Beschwerdeführer am 24. September 2013 seine Stellungnahme dazu ein (Urk. 52) und legte dieser unter anderem die Stellungnahme von Dr. M.\_\_\_\_ vom 14. September 2013 (Urk. 53/1) bei. Davon wurde der Beschwerdegegnerin am 27. September 2013 Kenntnis gegeben (Urk. 54). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Leistenschmerzen links und die Gefühlsstörungen im Innervationsgebiet des Nervus tibialis links in natürlichem Kausalzusammenhang zum

Unfallereignis vom 27. Juli 2008 stehen. Die Beschwerdegegnerin stützt sich dabei auf das Gutachten der Institution G.\_\_\_\_ (E. 3.10), wo nach die Beschwerden des Beschwerdeführers auf eine Meralgia parästhetica zurückzuführen und damit nicht unfallkausal seien. Der Beschwerdeführer stellt sich dagegen auf den Standpunkt, es lägen nebst der Acetabulumfraktur mit Coxarthrose eine partielle Plexusläsion mit stark schmerzhaften Missempfindungen vorwiegend im Oberschenkelbereich bei inspektorisch nachgewiesenen Veränderungen des Nervus femoralis links und elektrophysiologisch nachgewiesenen leichten Funktionsstörungen als Unfallfolgen vor.

#### **E. 4.2**

Was die vom Beschwerdeführer geklagten belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich des linken Hüftgelenks betrifft, führen die Gutachter diese auf unterschiedliche Ursachen zurück:

##### **E. 4.2.1**

Das im Auftrag der IV-Stelle erstellte interdisziplinäre Gutachten der Dres. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ (E. 3.14) entspricht in jeder Hinsicht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. Es basiert auf den notwendigen neurologischen und orthopädischen Untersuchungen des Beschwerdeführers. Den Gutachtern standen die relevanten medizinischen Berichte zur Verfügung, wobei namentlich das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten der Institution G.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2010 (E. 3.10) sowie das vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebene Gutachten des Dr. M.\_\_\_\_ vom 5. April 2012 (E.

2.13) zu erwähnen sind. Die Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann.

##### **E. 4.2.2**

Insofern die Einschätzungen der Experten der Institution G.\_\_\_\_ (E. 3.10) von denjenigen der Dres. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ (E. 3.14) abweichen und die Experten von G.\_\_\_\_ eine relevante Schädigung der sensiblen Fasern im Innervationsgebiet des Nervus suralis ausschlossen und die Gefühlsstörungen am Oberschenkel als mit einer unfallfremden meralgia parästhetica oder der bekannten Inguinalhernie links vereinbar erachteten, ist dem entgegenzuhalten, dass erstmals Dr. E.\_\_\_\_ (E. 2.5) über eine Meralgia parästhetica, d.h. Irritation/Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis an seinem empfindlichsten Ort am Durchtritt im Bereich des Leistenkanals berichtete. Daneben stellte sie eine Irritation/Läsion der sensiblen Endäste des Nervus tibialis links fest. Vom Nervus suralis konnte sie kein sensibles Nervenaktionspotential evozieren. Zum Ausschluss einer Hernie oder einer anderen kausal behandelbaren Pathologie empfahl sie eine ergänzende Untersuchung. Ohne die von Dr. E.\_\_\_\_ empfohlene ergänzende Untersuchung abzuwarten, übernahm der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. F.\_\_\_\_ (E. 3.6) die von Dr. E.\_\_\_\_ gestellte Meralgia parästhetica als Grund der Beschwerden und nannte als Ursache derselben eine unfallfremde Abknickung des Nervus cutaneus femoris lateralis im Bereich des Leistenbandes. Allerdings erachtete er eine Läsion des Nervus tibialis links distal und eine Läsion des

Nervus suralis als möglich.

#### **E. 4.2.3**

Dr. H.\_\_\_\_ (E. 3.7) fand bei der Weichteilsonographie vom 12. November 2009 inguinal Befunde, die vereinbar sind mit einer Inguinalhernie mit einer Bruchlücke von ca. 1 cm und vals alvaabhängigem gleitendem Inhalt. Dr. I.\_\_\_\_ be schrieb im Bericht vom 4. Dezember 2009 (Urk. 9/M18) Vernarbungen der retroperitonealen Fettschicht unterhalb des Leistenbandes, welche nach Acetabulum fraktur sehr wohl denkbar seien. Überdies äusserte auch Dr. I.\_\_\_\_ den Verdacht auf einen eingeklemmten Inguinalkanal als Parallele einer Leistenhernie, die durch den sonografischen Befund untermauert werde. Zur Leistenhernie führte Vertrauensarzt Dr. J.\_\_\_\_ (E. 3.9) aus, es sei in der Sono grafie vom 12. November 2009 eine ganz normale Leistenhernie links beschrie ben worden, welche sicher nicht durch den Unfall verursacht worden sei. Die ganze Umgebung des Leistenkanals und insbesondere die muskulären Weichteilstrukturen zeigten sich sonografisch normal und ohne Verletzung oder Vernarbung. Zu den von Dr. I.\_\_\_\_ festgestellten Vernarbungen der retroperitonealen Fettschicht unterhalb des Leistenbandes äussert er sich nicht.

Auch die Gutachter der Institution G.\_\_\_\_ (E. 3.10) erwähnten die von Dr. I.\_\_\_\_ festgestellten Vernarbungen nicht. Anlässlich ihrer Untersuchung habe die Kraftentwicklung des linken Beines völlig normal imponiert, was für sie zu sammen mit den normalen Muskeleigenreflexen links - welche indessen in der Unter suchung durch Dr. E.\_\_\_\_ (E. 3 .5) allgemein nur sehr schwach auslösbar und später von Dr. M.\_\_\_\_ (E . 3 .13) an den unteren Extremitäten (PSR) links auch unter Vorspannung und anderen zusätzlichen Aktivierungen in mehreren Positionen nicht auslösbar war en - gegen eine proximale Nervenschädigung sprach. Die unmittelbare Schmerzprovokation durch lokal appli zierten Druck im Bereich der linken Inguina führten sie auf eine diese Schmerzen verursachende Pathologie extraabdominal/-pelvin im Bereich der Strukturen der Inguina zurück. Da anlässlich der 8-tägigen Hospitalisation keine entsprechenden Befunde beobachtet worden seien und mittels Computertomo grafie am Unfalltag keine Weichteilverletzungen im Bereich der linken Leiste hätten nachgewiesen werden können, seien sie nicht unfallkausal.

Auch Dr. K.\_\_\_\_ erwähnte die Vernarbungen der retroperitonealen Fett schicht unterhalb des Leistenbandes nicht, führte aber ins Feld, dass eine neuer liche Sonografie der Leistenregion links keine Femoralhernie oder Inguinalhernie zeige, weshalb er das Vorliegen einer Inguinalhernie verneinte. Gestützt auf die Ergebnisse der Untersuchungen durch Dr. A.\_\_\_\_ , FMH Neu rologie (vgl. Urk. 9/M22/3) stellte er sich auf den Standpunkt, dass eine Läsion des Nervus femoralis, des Nervus cutaneus femoris lateralis und des Nervus tibialis sowie des Nervus suralis links vorliegt, deren gemeinsame Ursache nur durch eine Verletzung des Plexus lumbosacralis erklärbar sei. Dies wiederum deckt sich mit der Ansicht des Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.3).

#### **E. 4.2.4**

Dr. M.\_\_\_\_ schloss in seinem Gutachten vom 5. April 2010 (E. 3.13) auf das Vorliegen einer partiellen Plexusläsion. Dies erklärte er damit, dass sich die Ausdehnung der Sensibilitätsstörungen am linken Oberschenkel ventral bis di rekt zum Knie und die Sensibilitätsstörungen ohne Schmerzcharakter am linken Unterschenkel und Fuss mit der Innervation durch grössere Anteile der Nervus-Ischiadicus-Äste deckten und sich nicht durch eine Meralgia parästhetica allein erklären lassen. Nachdem die von der Beckenkontusion hinterlassenen Spuren im Innern des Beckens (Verwachsungen) nun auch

inspektorisch verifiziert worden seien (vgl. Bericht von Prof. Hc. Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_, Leiter Zentrum für spezielle Operative Gynäkologie und Neuropelviologie der Klinik Q.\_\_\_\_, vom 4. April 2012, Urk. 40/1.43), könne die diskutierte Inguinalis- oder Femoralishernie als Ursache der Beschwerden eindeutig ausgeschlossen werden. Zu diesen Verwachsungen nahmen die Experten der Institution G.\_\_\_\_ in ihrer Eingabe vom 12. Juni 2013 (Urk. 45) keine Stellung, sondern qualifizierten lediglich den Bericht von Dr. P.\_\_\_\_ als widersprüchlich, weil er die Auslösbarkeit des Kremasterreflexes links einerseits als vorhanden und andererseits als fehlend beschrieben habe (S. 21). Insoweit die Gutachter der Institution G.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 12. Juni 2013 (Urk. 45) monierten, dass die psychosozialen Faktoren bei der medizinischen Beurteilung ausser Acht gelassen worden seien, ist ihnen entgegenzuhalten, dass auch sie anlässlich der Begutachtung im Januar 2010 eine psychiatrische Abklärung nicht vornahmen oder eine solche zumindest empfohlen. 5.

Zusammenfassend vermag das Gutachten der Institution G.\_\_\_\_ das Gutachten der Dres. N.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_

nicht zu entkräften, weshalb mit ihnen davon auszugehen ist, dass die Leistenbeschwerden links und die Gefühlsstörungen im Innervationsgebiet des Nervus tibialis links des Beschwerdeführers über den 31. Mai 2010 hinaus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 27. Juli 2008 zurückzuführen sind. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen, soweit darauf eingetreten wird. 6.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer) und auf Fr. 4'000.-- (inkl. MWSt und Barauslagen) festgesetzt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspruchentscheid vom 8. November 2011, soweit die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit und die unfallbedingt notwendige Heilbehandlung über den 31. Mai 2010 verneint wird, aufgehoben wird. Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube - AXA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstTiefenbacher

**E. 6**

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG ein Taggeld zu. Wird sie in folge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ( Art.

**E. 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).

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