

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00218

vom 6. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2014.00218

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00218 du 6 mai 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2014.00218 del 6 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1983 geborene X.____ war als Praktikant in einem 100 % Pensum bei der Y____ AG als Coiffeur angestellt und dadurch bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft

(Allianz) obligatorisch unfallversichert. Am 22. August 2008

stürzte er auf einer Treppe,

worauf er Schmerzen an Becken und Bein verspürte

(Unfallmeldung vom 8. Oktober

2008, Urk. 7/1 S.

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 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 Leistungs – anspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1992 Nr.

U 142 S.

75 E.

4b mit Hinweisen; nicht publiziertes Urteil des Bundesgerichts U

172/94 vom 26.

April 1995). Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (RKUV 2000 Nr.

U 363 S.

45; BGE

119 V 7 E. 3c/ aa). Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr.

U 206 S.

328

f. E.

3b, 1992 Nr.

U 142 S. 76). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art.

E. 2

). Die Allianz

er brachte in der Folge ihre Leistungen (Taggeld und Heilbehandlung) . Mit Schreiben vom 12. Februar 2010 teilte die Allianz mit, dass die weiterhin geklagten Beschwerden nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 22. August 2008 zurückgeführt werden können, weshalb sie keine weiteren Leistungen erbringe

(Urk. 7/37). Am 10. Juni 2011 wurde beim Ver sicher ten eine Hüftarthroskopie links durchgeführt (Urk. 7/78 S.

E. 2.1

Die Beschwerde gegnerin stellte sich im angefochtenen Einspracheentscheid auf den Stand punkt, gestützt auf die

Expertise der MEDAS Z____ vom 2. April 2014 habe der Unfall vom 22. August 2008 lediglich vorübergehend zu einer Beein trächtigung geführt und Mitte August 2011 sei der Status quo sine wieder erreicht worden. Aus psychiatrischer Sicht würden keine Anhaltspunkte für einen Zusammenhang zwischen dem Arbeitsunfall vom 22. August 2008 und dem Auftreten einer psychischen Erkrankung bestehen (Urk. 2 S. 9 f.). Die psychische Erkrankung könne auch nicht durch die unfallbedingte Behandlung – in casu den hüftarthroskopischen Eingriff in Narkose

- verursacht worden sein . Die Gutachter der MEDAS Z____

hätten folgerichtig die paranoide Schizophrenie nie als unfallfremde, interkurrente Erkrankung anerkannt. Selbst wenn von einem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Eingriff und der psychischen Erkrankung auszugehen wäre, müsste die Adäquanz verneint werden , da nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebens erfahrung eine dauerhafte psychische Erkrankung durch eine Narkose nicht als allgemein begünstigt erscheine (Urk. 6 S. 6

f. ; Urk. 15 S. 4 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, auf grund des orthopädischen Teilgutachten s

der MEDAS sei zwar von einem Status quo sine per Mitte August 2011 auszugehen. Indes sei aufgrund der orthopädischen Diagnosen die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Coiffeur nicht schlüssig nachvollziehbar . Durch die Beschwerdegegnerin wäre abzuklären gewesen, ob bei weiterhin bestehender eingeschränkter Restarbeitsfähigkeit als Coiffeur der Beschwerdeführer eine Erwerbseinbusse erlitten hätte, welche zu einem Rentenanspruch führen würde. Die Gutachter

hätten auch schlüssig und nachvollziehbar begründet, dass die beim Beschwerdeführer diagnostizierte kontinuierliche paranoide Schizophrenie nicht in einem unmittelbaren Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 22. August 2008 stehe . Aus dem Gutachten gehe aber hervor, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem operativen Eingriff vom 10. Juni 2011 bzw. der erfolgten Anästhesie im Rahmen des operativen Eingriffes an einer akuten polymorphen psychotischen Störung mit Angstsymptomen gelitten habe . Die sich daraus entwickelte paranoide Schizophrenie, die nun derart invalidisierend sei, dass der Beschwerdeführer sowohl in angestammter wie auch

in angestammter Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei, habe zur „vollen“

Berentung durch die Invalidenversicherung geführt. Die Operation vom 20. Juni 2011 sei eine notwendige Heilbehandlung gewesen und die psychische Erkrankung sei durch diesen

Eingriff ausgelöst worden, weshalb diese als mittelbare Unfallfolge im Sinne von Art. 6 Abs. 3 UVG zu qualifizieren sei (Urk. 1 S. 8 ff.). Letztlich gehe es auch um die Frage, ob die beim Beschwerdeführer durchgeführte Vollnarkose angesichts des psychischen Vorzustandes lege artis durchgeführt worden sei, wozu ein fachspezifisches medizinisches Gutachten einzuholen sei (Urk. 11 S. 10 oben). 3.

3.1

Dr. med. A___, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, berichtete im Auszug aus der Krankengeschichte vom 15. September 2008 über die Erstbehandlung des Beschwerdeführers am selben Tag. Er wies

auf einen Sturz vor 3 Wochen hin,

bei dem

der Beschwerdeführer

ausgerutscht und auf die linke Seite gestürzt sei. S either verzeichne er Schmerzen über dem Trochanter major, so dass er seine Arbeit nach einigen Stunden abbrechen müsse.

Objektiv vermerkte der Arzt Druckdolenzen über dem Trochant er major links. Die

Hüftbeweglichkeit

beschrieb er als bestens. Im Röntgenbefund wies er auf fehlende

ossäre Läsionen hin und vermerkte, es sei wohl nur eine heftige Kontusion gewesen.

Er attestierte dem Beschwerdeführer ab 15. September

2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %

und verordnete Analgesie NSAR

(Urk. 7/9 S. 4). 3.2

Im Bericht des B. ___ vom 26. September 2008 wurde n aufgrund des am gleichen Tag angefertigten MRI der linken Hüfte eine regelrechte Artikulation im Hüftgelenk beidseits, ohne Knochenmarksoedem, symmetrische Weichteile, kein

postkontusionelles

Weichteilödem, eine regelrechte Rundung des Femurkopfes und eine unauffällige

Darstellung des Labrums sowie eine vermehrte Flüssigkeit in der Bursa ilio-pectinea

rechts festgehalten. In der Beurteilung wurde auf eine unauffällige Darstellung der linken

Hüfte ohne Korrelat für die Beschwerden und auf eine leichte Bursitis ilio-pectinea rechts

hingewiesen (Urk. 7/11 S. 2). 3.3

Dr. med.

C. ___, FMH orthopädische Chirurgie, wies im Bericht vom 14. November 2008 auf einen Status nach Hüftkontusion links mit Trochanter-Irritation und Musculus

piriformis-Syndrom links nach Sturz am 22. August 2008 hin. Er hielt fest, der als

Coiffeur im elterlichen Geschäft arbeitende Beschwerdeführer sei vor dem Geschäft

ausgerutscht und direkt auf die Hüfte gestürzt. Aufgrund von starken Schmerzen, vermehrt

am Nachmittag und bei längerem Stehen, habe er zwischenzeitlich nicht mehr arbeiten

können. In seiner Beurteilung vermerkte der Arzt, seiner Meinung nach handle es sich um

eine traumatische Bursa über dem Trochanter mit zusätzlicher Myogelose und Verhärtung des Musculus

piriformis. Er verordnete Physiotherapie und Elektrotherapie und das Auflegen von Olfen-Patches und wies darauf hin, aus seiner Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/7 S. 2

f.). 3.4

Dr. med. D.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, wies im Bericht vom 11. März 2009 aufgrund einer Beckenübersichtsaufnahme und

einer Sonografie der Hüfte auf fehlende Hinweise für eine traumatische ossäre Läsion hin. Er vermerkte eine normale statische und dynamische Hüftgelenkskonfiguration, ohne intraartikulären Erguss und ohne Kapselaufreibung

beidseits und eine

unauffällige

pararticuläre Muskulatur. Im Bereich der Bursa trochanterica bestehe keine Flüssigkeitsansammlung mehr, wie dies noch

im MRI-Befund vom September 2008 angegeben worden sei. In seiner Beurteilung wies der Arzt auf eine grosse Diskrepanz zwischen dem ausgeprägten subjektiven Leidensdruck und den vollständig fehlenden Befunden hin und dass er sich das aktuelle Beschwerdebild nicht mehr mit dem durchgemachten Sturz im August 2008 erklären könne. Eine Arbeitsunfähigkeit als Coiffeur bestehe nicht, und er habe dem Beschwerdeführer ab 11. März

2009 eine volle Arbeitsfähigkeit bestätigt (Urk. 7/27 S. 2 f.). 3.5

Dr. med. E.____ von

der Insurance Medical Consulting hielt als beratende(r) Arzt der Beschwerdegegnerin im Bericht vom 10. Februar 2010 fest, es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Beim Unfall sei es zu keinen ossären Verletzungen gekommen. Weder im Röntgenbild noch im MRI hätten sich abnorme Befunde ergeben lassen, die die Beschwerden erklären könnten. Die Kontusion der Bursa trochanterica könne lange Beschwerde machen, aber auch bei grosszügigster Interpretation sei der Unfall nach einem Jahr dafür nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verantwortlich zu machen (Urk. 7/36 S. 2). 3.6

Im Zeugnis vom 23. März 2011 hielt der Allgemeinmediziner

Dr. A____ fest, der Beschwerdeführer sei seit dem Unfall im August 2008 als Coiffeur nur zu 50% arbeitsfähig. Für eine körperlich leichte Tätigkeit mit möglichst viel sitzender Position bestehe hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Da das Leiden keine Besserungstendenz zeige, befürworte er eine Umschulung (Urk. 7/38 S. 3). 3.7

Dr. med. F.____, leitende(r) Arzt am

G.____, wies im Bericht vom

3. Mai

2011

auf ein Arthro -MRI der Hüfte links vom 28. April 2011 hin . Er hielt fest, wie vermutet zeigt es sich ein ausgedehnter Labrumabriss mit Irregularitäten im randständigen Knorpel anterior superior, eine korrespondierende Off-set Störung und zusätzlich eine Rissbildung antero -superior an der Basis des Labrums. Er empfehle eine Hüftgelenksarthroskopie (Urk. 7/43 S. 3). 3.8

Im Protokoll des G.____

über den Spitaleintritt am 9. Juni 2011 wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei nun viel ruhiger ; er sei sehr nervös gewesen , und das so sehr, dass er zu seinem Hausarzt gegangen sei und Lexotanil verschrieben bekommen habe . Der Beschwerdeführer könne nicht sagen , wovon er Angst habe. Er befürchte , dass etwas schief gehen könnte (Urk. 7/126 S. 12). 3.9

Im Operationsbericht des G.____

vom 15. Juni

2011 wurde auf die am 10.

Juni 2011 durchgeführte Hüftarthroskopie links mit Labrum débridement und Pfannenrandtrimming

sowie Kopf-Schenkelhals Retaillierung

anterolateral durch den Operateur Dr. F.____

hingewiesen (Urk. 7/78 S. 4 f.). 3.10

Im Austrittsbericht des G.____ vom 12. Juni 2011 beschrieben die Ärzte einen komplikationslosen peri - und postoperativen Verlauf mit einer raschen Verbesserung der Beschwerdesymptomatik unter begleitender analgetischer Therapie (Urk. 7/78 S. 2 f.). 3.11

Dr. med. H.____ , Spezialarzt FMH für Allgemein- und Unfallchirurgie ,

nannte in seinem Aktengutachten vom 16. Juni 2011 zu Händen der Beschwerdegegnerin die Diagnosen eines post traumatischen Labrumrisses im Hüftgelenk links , eine Femoro-acetabuläre

Impingement -Konstellation am Hüftgelenk links, eine Reizdarm-Symptomatik mit vegetativer Dystonie sowie eine Tendenz zur Hyperlaxität und Dekonditionierung . Er wies darauf hin, die geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge des Unfalls vom 22. August

2008. Aufgrund der Akten bestehe kein symptomatischer Vorzustand. Unklar bleibe , weshalb das wenige Tage nach dem Unfallereignis angefertigte MRI die Labrumläsion nicht gezeigt habe . Diese Frage könne allenfalls geklärt werden , indem die Bilder einverlangt würden (Urk. 7/48) . 3.12

Die Ärzte der I.____ vermerkten im Kurzauszugsbericht vom 1. Juli 2011 über die Hospitalisation vom 27. Juni bis 1. Juli 2011 die Diagnosen einer akuten polymorphen psychischen Störung mit Angstsymptomen (ICD-10 F 23.1) mit akutem Beginn nach einer Hüftgelenksarthroskopie am 20. Juli 2011 (richtig

10.

Juni

2011) bei vor bestehenden ängstlich- vermeidenden Persönlichkeitszügen und Status nach traumatischem Erlebnis mit

ca. 18 Jahren (Opfer von Gewalt). In ihrer Beurteilung wiesen sie darauf hin, dass nach einem ersten ambulanten Gespräch am 25. Juni 2011 der Eintritt des Beschwerdeführers in Begleitung der Eltern erfolgt sei. Seit einer Operation vor einer Woche bestehe ein ängstlich-wahnhaftes Zustandsbild. Sie hielten fest, eine leichte Wahnstimmung sei beschrieben worden und unter anxiolytischer Therapie hätten sich die Schlafstörungen gebessert und die Ängste abgenommen (Urk. 7/52). 3.13

Dr. F.____ wies im Bericht vom 12. Juli 2011 auf die sechs Wochen zuvor am 10. Juni 2011 durchgeführte Hüftarthroskopie links mit Labrumdébridement,

Pfannenrandtrimming und Kopf-Schenkelhals Retailierung

antero lateral hin. Von Seiten der linken Hüfte hielt er einen sehr guten Verlauf fest und vermerkte, der Patient sei praktisch beschwerdefrei. Im Röntgenbefund des Beckens ap sowie der Hüfte axial links vom 11. Juli 2011 beschrieb er eine sehr schöne Korrektur und keine Offsetstörungen mehr. In seiner Beurteilung vermerkte er, der Beschwerdeführer werde bereits vom I.____ zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Aus rein hüftorthopädischer Sicht wäre eine nichtbelastende Büroarbeit wieder zu 100 % durchführbar, jedoch könne der Beschwerdeführer eine belastende Tätigkeit, wie eines Coiffeurs nicht ausüben (Urk. 7/56). 3.14

Der Unfallchirurg Dr. H.____ äusserte sich in seinem Bericht vom 11. August 2011 zum vorgenommenen direkten Vergleich der beiden MRI vom 26. September 2008 und vom 28. April 2011. Er wies darauf hin, dass die Labrumläsion bereits im MRI vom 26. September 2008 zur Darstellung gekommen sei und der natürliche Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejaht werden müsse (Urk. 7/62). 3.15

In der Krankengeschichte des I.____

vom 16. August 2011 wurde die Beurteilung von

Dr. med. J.____

aufgrund eines Holter - EKG vom 11. August 2011 festgehalten. Er wies auf fehlende Hinweise für eine kardiale Emboliequelle oder eine strukturelle Herzerkrankung, eine Trichterbrust

und echokardiographisch unauffällige Befunde hin (Urk. 7/71 S. 4 unten). 3.16

Die leitende Psychologin

lic. phil. K.____ und der mitunterzeichnende Chefarzt

Dr. med. L.____

von I.____ wiesen im neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 24. Oktober 2011 auf eine deutliche Beeinträchtigung der mnestischen Funktionen hin. Es liege eine Lern- und Merkfähigkeitsschwäche, eine schwere Abruf- und Wiedererkennungsstörung und eine Altgedächtnisschwäche vor. Die kognitive Flexibilität sei eingeschränkt und es zeige sich eine ausgeprägte Konzentrationseinbusse und eine allgemeine Verlangsamung. Die Befunde seien vereinbar mit einem posthypoxischen Syndrom (Hypoxie des Hippo

campus). Die vorbestehende Hirnreifeungsschwäche (POS) könne den Beschwerdeführer vulnerabel gemacht haben. Lediglich differentialdiagnostisch zogen sie in Betracht, dass die Narkose wegen einer vorbestehenden Vulnerabilität eine psychotische Störung ausgelöst habe (Urk. 7/69 S. 4 ff.). 3.17

Oberarzt

Dr. med. M.____ und Assistenzärztin

Dr. med. N.____

vom

I.____

vermerkten im Bericht vom 13. Dezember 2011, der Beschwerdeführer erscheine bislang regelmässig und zuverlässig in Begleitung seines Vaters zu den vereinbarten ein- bis zweiwöchentlichen Terminen. In der Anamnese wiesen die Ärzte auf ein hyperaktives/aggressives Verhalten und auf Konzentrationsstörungen (schnell abgelenkt) hin; deshalb erfolgten

„Termine im O.____.

Diagnose POS“. Ungefähr als Achtzehnjähriger sei er Opfer eines plötzlichen gewalttätigen Angriffs abends im Ausgang geworden, mit den Folgen einer aufgeplatzten Lippe und Zahnverlust, sodass eine Kieferoperation nötig wurde, wobei eine Zahnimplantation erst drei Jahre später möglich gewesen sei. Die Ärzte wiesen auf Hüftschmerzen links und Behinderungen beim Gehen seit dem Jahr 2008 hin, hielten eine Hüftoperation mit Vollnarkose im

Juni

2011 fest und vermerkten, vorher hätten Befürchtungen/Ängste bestanden. Zur Mutter habe er gesagt: „Hoffentlich sehen wir uns noch einmal“ (Urk. 7/72). 3.18

Der Operateur Dr. F.____ wies ein Jahr postoperativ im Bericht vom 20. Juni 2012 auf einen flüssigen hinkfreien Barfussgang, ein negatives Trendelenburg-Zeichen und eine Flexion/Extension von 90-0-0° und eine Aussen-/Innenrotation von 50-0-30° hin. Im Röntgenbefund hielt er eine sehr schöne Korrektur am Kopf/Schenkelhalsübergang, ohne

heterotope Ossifikationen fest und vermerkte, der Beschwerdeführer sei absolut beschwerdefrei und habe keine Schmerzen (Urk. 7/97 S. 3). 3.19

Dr. med. P.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 30. November 2012 eine organische wahnhaft/schizophreniforme Störung nach Operation und stellte die Verdachtsdiagnose ein

posthypoxisches Syndrom. Er vermerkte neben einer ausgeprägten Angstsymptomatik auch eine stark agoraphobische Vermeidung und ein episodisches Wahn mit Befürchtungen verfolgt und umgebracht zu werden. Aktuell sei keine Arbeitsfähigkeit, auch nicht in angepasster Funktion, denkbar. Die Prognose beurteilte der Arzt als ungünstig (Urk. 7/101). 3.20

Die Ärzte der MEDAS Z____

diagnostizierten im Gutachten vom 2. April 2014 (Urk. 7/141 S.

3 ff.) als Hauptdiagnosen mit Einschränkung

der zu mutbare n Arbeitsfähigkeit eine kontinuierliche paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.00), einen débridierten Labrumriss an der linken Hüfte (ICD-10 S73.1)

und ein femoroazetabuläres

Impingement mit Retailierung (ICD-10 M24.3 und Q 65.8 ; S.

62 des Gutachten) . Aus neurologischer Sicht hielten sie unter dem Hinweis auf fehlende Funktionsstörungen mit Auswirkung auf das berufliche Leistungsvermögen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit und ebenso eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht fest . Aus orthopädischer Sicht wiesen die Ärzte darauf hin, dass der Beschwerdeführer heute mit ziemlicher Sicherheit die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Coiffeur wieder ausüben könne . Vollständig ausführbare Tätigkeiten dürften kein häufiges Knien und kein wiederholtes Treppensteigen erfordern, da dabei die Knorpelbelastung der Kniescheibe zu Beschwerden führe. Übrige Tätigkeiten seien aus Sicht des Bewegungsapparates vollumfänglich durchführbar. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter wie auch in allfälliger körperadaptierter Tätigkeit aufgrund der psychotischen Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (S. 65 f.). Zur Frage der Kausalität antworteten die Gutachter, insgesamt sei es eher unwahrscheinlich, dass die paranoide Schizophrenie eine Folge des Unfalls vom 22. August 2008 sei (S. 68). 4.

E. 2.6

Abs. 2) und erscheint aufgrund des zeitlichen Ablaufs

nachvollziehbar ; die Diagnose einer akut gewordenen polymorphen psychotischen Störung mit Angstsymptomen wurde

rund drei Jahre später, erstmals im Bericht der

I. ___ vom 1. Juli 2011 ,

festgehalten (E. 3.12

hier vor).

In der I. ___ hatte sich der Beschwerdeführer vom 27. Juni bis 1. Juli 2011 aufgehalten (Urk. 7/52). Soweit der Beschwerdeführer auf einen Kausalzusammenhang

zwischen der in Vollnarkose durchgeführten Hüftarthroskopie (vom 10. Juni 2011) und der danach aufgetretenen psychischen Störung hinweist, ist aktenkundig, dass er bereits kurz vor der Hüftarthroskopie erhebliche

Angstsymptome

zeigte (E.

3.8 und E.

3.17

hier vor) . Aktenkundig ist auch, dass er bereits früher unter Ängsten gelitten hatte , was zum Beispiel nach anfänglicher Militärdiensttauglichkeit die spätere Einteilung in den Zivildienst erforderlich machte

(MEDAS-Gutachten S.

36 Ziff. 5.2.3, Urk. 7/141). Aktenkundig ist im Weiteren ein

frühkindliches hirnorganisches Psychosyndrom, welches die MEDAS-Gutachter als Vulnerabilität für die spätere psychotische Störung ansahen. Anhaltspunkte für ein posthypoxisches

Syndrom konnten

in Würdigung der medizinischen Unterlagen (Operationsprotokolle) nicht gefunden werden. Die MEDAS-Gutachter beurteilten einen solchen Zusammenhang nachvollziehbar als "vage Hypothese", die durch keinen organischen Befund objektiviert werden könne (Gutachten S.

39 oben). Hinweise auf einen Narkosezwischenfall oder andere plausible medizinische Anhaltspunkte, die dafür sprechen könnten, dass die Hüftarthroskopie in Vollnarkose nicht lege artis durchgeführt worden wäre und zur psychischen Störung geführt hätte, wie dies (erstmals in der Replik)

geltend gemacht wurde (Urk. 11 S. 10 oben),

ergeben sich nicht.

E. 4

f.). Mit Verfügung vom 14. März 2013 lehnte die Allianz die Übernahme von Versicherungsleistungen betreffend die nach der Hüftarthroskopie aufgetretenen psychischen Beschwerden mit der Begründung ab,

es fehle an einem Kausalzusammenhang (Urk. 7/108). Auf Einsprache des Versicherten hin (Urk. 7/115)

erliess die Allianz am 17. April 2014 eine neue Verfügung und stellte die Versicherungsleistungen mit Wirkung ab 15. August 2011 ein (Urk. 7/143). Zur Begründung verwies sie auf eine Expertise der MEDAS Z___ vom 2. April 2014 (Urk. 7/141) und hielt am Wegfall der natürlichen Kausalität zufolge Erreichen des Status quo sine per 15. August 2011 fest. Die hiergegen am 21.

Mai 2014 erhobene Einsprache (Urk.

E. 4.1

) im Übrigen

auch nicht richtig, bestand doch die Angstsymptomatik bereits vor der Operation. Damit aber entfällt die Massgeblichkeit des Unfalls bzw. der Heilbehandlung für das Vorhandensein der besagten gesundheitlichen Beeinträchtigung.

E. 4.2

Aus dem Gesagten folgt, dass die psychotische Störung weder in Bezug auf das Sturzereignis vom 22. August

2008 noch in Bezug auf die in Vollnarkose durchgeführte Hüftarthroskopie vom 10. Juni 2011 in einen natürlichen Kausalzusammenhang gebracht werden kann. Hieran ändern die Kausalitätsüberlegungen

in der Beschwerdeschrift (Urk. 1. S.

10) nichts, die sich im Wesentlichen auf die Formel

„post hoc ergo propter hoc“ reduzieren, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Störung bereits deshalb als durch einen Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Dies genügt indes rechtsprechungs gemäss nicht für die Annahme eines rechtserheblichen Kausalzusammenhangs (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb). Die Angaben, wonach der Beschwerdeführer erst seit dem operativen Eingriff vom 20. Juni 2011 (richtig 10. Juni

2011) an invalidisierenden Beschwerden leide, sind für sich allein nicht von Relevanz und gemäss vorstehenden Ausführungen (E.

E. 4.3

In der obligatorischen Unfallversicherung setzt die Zusprechung einer Invalidenrente zunächst eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit voraus (Urk. 2 mit Hinweis auf BGE 115 V 133 E.

2). Im Falle einer vollumfänglich

krankheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit kann somit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der dadurch bedingten Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit mehr bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_630/2007 vom 10. März 2008 E. 5.2 mit Hinweisen und E. 5.3). Anders gesagt gilt vorliegend spätestens ab Eintritt in die I._____

am

27. Juni 2011 Folgendes: Denkt man das Unfallereignis vom 22. August 2008 bzw. die Hüftarthroskopie vom 10. Juni 2011 weg, so entfielen die Arbeitsunfähigkeit nicht, da der Beschwerdeführer an einer psychischen Störung leidet und bereits aufgrund dieser Krankheit keine Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit mehr gegeben ist. Die Frage, ob der Beschwerdeführer ohne diese Erkrankungen unfallbedingt arbeits- und erwerbsunfähig wäre, kann offen bleiben, da dieser Kausalitätsverlauf nicht eingetreten ist. Der Unfall wurde als mögliches auslösendes Ereignis der Arbeitsunfähigkeit durch die Erkrankungen gleichsam überholt (vgl. vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts 8C_630/2007 vom 10. März

2008 E.

5.2 mit Hinweisen). Demzufolge ist der Fallabschluss ohne Rentenzusprechung mit Wirkung ab 15. August 2011 infolge Wegfalls der natürlichen Kausalität nicht zu beanstanden.

E. 4.4

Die MEDAS-Gutachter hielten aus orthopädischer Sicht die Tätigkeit als Coiffeur selbst unter Berücksichtigung, dass diese Tätigkeit fast ausschliesslich stehen und ausüben ist, für vollschichtig zumutbar

(Gutachten S. 48).

In der Beschwerdeschrift (Urk.

1 S.

7 f.) wurde moniert, zwar sei von einem Status quo sine per Mitte August 2011 aus zugehen;

indes sei die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit im Rahmen der an gestammten Tätigkeit vom Teilgutachter nicht schlüssig und nachvollziehbar beantwortet worden. Dies insbesondere deshalb nicht, weil der orthopädische Teilgutachter sich nicht im Einzelnen mit dem Belastungsprofil des Berufes eines Coiffeurs auseinandergesetzt habe. Es müsse darauf hingewiesen werden, dass man im Beruf als Coiffeur den ganzen Tag, also während 8 bis 9 Stunden, stehend arbeiten müsse. Es frage sich mithin, ob der Beschwerdeführer in einer solchen Tätigkeit in der Tat den ganzen Tag solle arbeiten können.

Aufgrund der medizinischen Akten (vgl. insbesondere E.

3.18

hievore) ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer dem Belastungsprofil einer Tätigkeit als Coiffeur nach (komplikationsloser) Arthroskopie am linken Hüftgelenk nicht oder nur reduziert genügen könnte. Wie es sich damit letztlich genau verhält, kann aber offen bleiben, da

die Arbeitsfähigkeit in einer anderen angepassten Tätigkeit nichts ändere (vgl. E. 4.3 hievore).

E. 4.5

Angesichts der klaren Aktenlage sind von weiteren Beweismassnahmen (etwa der Einholung eines Gutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E.

5.3, 124 V 90 E. 4b).

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneint hat, weil zwischen der fraglichen psychischen Störung und dem Ereignis vom 2. August 2008 bzw. der Hüftarthroskopie vom 10. Juni

2011 kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen. 5.

Das Verfahren ist kostenlos (§ 33 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht

GSVGer in Verbindung mit Art. 1 UVG und Art. 61 lit. a ATSG). Den

Versicherungsträgern und Gemeinwesen steht der Anspruch auf Ersatz der Parteikosten in der Regel nicht zu (§ 34 Abs. 2 GSVGer; vgl. auch BGE 112 V 356 E. 6). Vorliegend besteht kein Grund, von diesen Grundsätzen abzuweichen, weshalb der Beschwerdegegnerin keine Prozessentschädigung zuzusprechen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beschwerdegegnerin wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Massimo Aliotta - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft - 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 Bundes

gesetzes 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub Nef

E. 7

) wies die Allianz mit Einspracheentscheid vom 5. August 2014 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 15. September 2014 Beschwerde und beantragte, der Einspracheentscheid vom 5. August 2014 sei aufzuheben und es seien

die ihm zustehenden Versicherungsleistungen (Unfalltaggelder und Heilbehandlungen) zuzusprechen. Des Weiteren beantragte er, es sei ihm mit Wirkung ab 1. Juli 2011 eine Rente zuzusprechen bzw. er sei auch aus somatischen Gründen zu berenten. Eventualiter sei ein medizinisches Gerichtsgutachten in die Wege zu leiten, subeventualiter

sei die Sache zwecks Einholens eines medizinischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S.

2). In der Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2014 schloss die Allianz auf Abweisung der Beschwerde soweit auf sie einzutreten sei (Urk. 6).

Am 3. November 2014 zog der Beschwerdeführer seinen Antrag auf die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung zurück (Urk. 8). Mit Replik vom 4.

Dezember 2015 (Urk. 11) und Duplik vom 8. Januar 2015 (Urk. 15) hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts 8C_637/20

E. 13

vom 11. März 2014 E. 2.3.2). 2.

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