

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00300 vom 28. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2009.00300](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2009.00300)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00300 du 28 février 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2009.00300 del 28 febbraio 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG). Als invalid gilt, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist (Art. 18 Abs. 2 Satz 1 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung aller möglicher Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 18 Abs. 2 Satz 2 UVG).

1.2. 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 entfielen (BGE 123 V 45 Erw. 2b, 119 V 337 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 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 119 V 338 Erw. 1, 118 V 289 Erw. 1b, je mit Hinweisen).

1.3. 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 125 V 461 Erw. 5a, 123 V 103 Erw. 3d, 139 Erw. 3c, 122 V 416 Erw. 2a, 121 V 49 Erw. 3a mit Hinweisen; RKUV 1997 Nr. U 272 S. 172 Erw. 3a).

#### E. 1.4

1.4.1 Für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der rechtlichen Folgen sind Versicherungsärger und Gerichte auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Diese Angaben bilden die ausschlaggebenden Beweismittel. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsärger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu werten. 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.

1.4.2 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 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

2. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellt sich folgendermassen dar:

2.1 Gemäss Zusammenfassung der Krankengeschichte des C.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2006 (Urk. 9/13) ist beim Beschwerdeführer primär die luxierte, drittgradig offene Pilonfraktur mittels Débridement und Fixateur externe versorgt worden. Sekundär sei am 21. April 2006 die definitive Osteosynthese der Pilonfraktur bei suffizient abgeschwollenen Weichteilen erfolgt. Bei zunehmender Mobilisation an Stücken unter Teilbelastung habe der Beschwerdeführer über Leistenschmerzen links geklagt. Die Röntgendarstellung habe schliesslich eine nach dorsal dislozierte mediale Schenkelhalsfraktur dokumentiert. Zur geplanten Versorgung der Schenkelhalsfraktur sei der Beschwerdeführer in die D.\_\_\_\_ verlegt worden.

2.2 Laut Bericht der D.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2006 (Urk. 9/10) fand am 9. Mai 2006 eine Hüftoperation mit Implantation einer Hüfttotalprothese (Hüft-TP) statt. Der peri- und postoperative Verlauf sei problemlos gewesen. Bei Austritt sei der Beschwerdeführer weitgehend selbständig mobil an zwei Gehstücken mit 15 kg Teilbelastung gewesen. Zur weiteren Rehabilitation wurde er in die E.\_\_\_\_ entlassen.

2.3 Im Austrittsbericht vom 17. Juli 2006 (Urk. 9/26) schrieben die Ärzte der E.\_\_\_\_, unter den therapeutischen Massnahmen seien die Hüft- und OSG-Beschwerden links im Verlauf rückläufig gewesen, und die Mobilität habe zunehmend verbessert werden können. Bei Klinikaustritt sei der Beschwerdeführer auch in der Lage gewesen, unter Einhaltung der Bewegungslimiten Treppen zu laufen. Am 20. Juni 2006 habe er sich in der Unfallchirurgie des C.\_\_\_\_ zur geplanten ambulanten Verlaufskontrolle der operativ

versorgten Pilon-Luxationsfraktur links vorgestellt. Gemäss telefonischer Rückmeldung des dort zuständigen Arztes bestehe ein regelrechter postoperativer Verlauf. Die Teilentlastungspflicht links sei für weitere vier Wochen verordnet worden. Ob ein leicht dislozierter Flake der lateralen Talusrolle nochmals operativ angegangen werden müsse, sei noch offen.

Der Beschwerdeführer habe sich während der Rehabilitation immer wieder Sorgen um seine Zukunft gemacht, insbesondere in beruflicher Hinsicht. Am 24. Mai 2006 habe in der Abteilung für berufliche Abklärung ein Organisationsgespräch stattgefunden. Der Beschwerdeführer habe einen guten und motivierten Eindruck hinterlassen und sei bereit, alles zu unternehmen, um an seinen angestammten Arbeitsplatz zurückzukehren. Zur Zeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Am 13. November 2006 wurde dem Beschwerdeführer laut Bericht des C.\_\_\_\_ vom 30. November 2006 (Urk. 9/40) ein Corpus liberum aus dem OSG links entfernt. Die Schmerzen am medialen Malleolus, die durch die Schrauben verursacht worden seien, seien weg. Die Beschwerden im OSG seien jedoch unverändert vorhanden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 %. Laut Verlaufsbericht des C.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2007 (Urk. 9/42) verbleibt eine Destruktion der Grenzlamelle der lateralen Talusschulter. Es gebe Zeichen einer beginnenden OSG-Arthrose. Das Osteosynthesematerial (OSM) sei intakt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 %, es sollten mit dem Beschwerdeführer berufliche Alternativen diskutiert werden.

Gemäss Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2007 (Urk. 9/69) hat der konsiliarisch beigezogene Orthopäde nach klinischer und radiologischer Abklärung die Indikation zur OSG-Arthrodeese gestellt. Aktuell habe der Beschwerdeführer eine gute Schuhversorgung und eine gute Beweglichkeit des OSG. Da die Beschwerden teilweise neuropathischer Art seien, sei primär eine medikamentöse Therapie empfohlen worden. Da der Beschwerdeführer der Meinung sei, dass man alles vor der Arthrodeese versuchen solle, sei aus orthopädischer Sicht empfohlen worden, zuerst den Erfolg der Behandlung der neuropathischen Schmerzen abzuwarten.

Das psychosomatische Konsilium habe eine Somatisierungstendenz bei chronischer Schmerzsymptomatik mit einzelnen Ängsten (Hängenangst mit Schwindel) und depressiven Symptomen wie Vergesslichkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl im Zusammenhang mit der Unmöglichkeit der Arbeit als Kundenmaurer nachzugehen, ergeben. Das Ausmass einer Anpassungsstörung werde noch nicht erreicht. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine zusätzliche Einschränkung in der Leistungsfähigkeit.

Es beständen beim Beschwerdeführer deutliche Folgeerscheinungen des Unfalls, welche klinisch und radiologisch nachvollziehbar seien. Seitens des OSG sei im Verlauf eine weitere Beschwerdezunahme zu erwarten, was aber bei der Beurteilung der Zumutbarkeit berücksichtigt worden sei. Eine Operation sei spätestens dann angezeigt. Bezüglich des linken Hüftgelenkes sei festzuhalten, dass die Implantation einer Hüft-TP bei früherer Diagnosestellung sehr wahrscheinlich hätte vermieden werden können. (Allenfalls wäre aber die Implantation einer Femurkopfprothese notwendig geworden.) Die körperliche Belastbarkeit des Beschwerdeführers werde durch die Hüft-TP stärker eingeschränkt, als wenn der natürliche Femurkopf hätte erhalten werden können, was in der aktuellen Zumutbarkeitsbeurteilung ebenfalls berücksichtigt

worden sei. Zudem sei angesichts des Alters des Beschwerdeführers mit Folgeeingriffen (Prothesenwechsel) zu rechnen, möglicherweise noch vor Erreichen des regulären Pensionsalters. Ob sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls auch eine leichte traumatische Hirnverletzung (MTBI) zugezogen hat, sei bei fehlenden anamnestischen Hinweisen für eine Bewusstlosigkeit oder Erinnerungslücke fraglich. Da er diesbezüglich keine Beschwerden angebe, sei auf weitere Abklärungen verzichtet worden.

In der angestammten Tätigkeit als Kundenmaurer bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Leichte wechselbelastende Tätigkeiten (vorwiegend sitzend) ohne länger dauerndes Knien und/oder Kauern, ohne wiederholtes Treppen- und Leiternsteigen und ohne Tätigkeiten auf Leitern seien ganztags möglich.

2.6. Kreisarzt Dr. F. \_\_\_ stellte im Bericht vom 20. August 2007 (Urk. 9/84) am linken Hüftgelenk reizlose Narbenverhältnisse und eine leichte Oberschenkelatrophie fest. Die Beweglichkeit sei leicht eingeschränkt. Bildgebend könne erkannt werden, dass die Hüft-TP in guter Stellung und konsolidiert sei. Am linken OSG bestehe eine erhebliche Belastungsintoleranz mit Bewegungseinschränkung und belastungs- sowie bewegungsabhängigen Schmerzen. Die Pilonfraktur sei konsolidiert bei liegendem OSM. Die Weichteiltrophik sei erhalten, die Narben seien reizlos. Bildgebend sei eine OSG-/USG-Arthrose zu erkennen. Es sei eine Arthrolyse OSG/USG diskutiert worden. Der Beschwerdeführer sei nicht begeistert und möchte die Operation vorderhand nicht durchführen lassen. Die Operation habe vermutlich einen günstigen Einfluss auf die Schmerzsituation, aber möglicherweise Belastungsfähigkeit werde sich kaum etwas ändern. Der Eingriff könne jederzeit nachgeholt werden.

Der Beschwerdeführer habe begrifflicherweise seine berufliche Tätigkeit nicht mehr aufgenommen. Er sei als Kundenmaurer kaum mehr einsetzbar. Insgesamt erscheine er als eher zurückhaltende und selbstlimitierende Persönlichkeit, aber ein voller Einsatz in einer Bauarbeitertätigkeit sei nicht mehr denkbar.

Das Zumutbarkeitsprofil formulierte Dr. F. \_\_\_ folgendermassen:

■ Vollzeitlich, vollschichtig, unabhängig von Alter, Sprache, Ausbildung, Konstitution und Arbeitsmarkt.

Linkes Bein:

Wechselbelastende, leichte Tätigkeiten. Zusatzbelastungen: Stehend vereinzelt 15-20 kg, vom Boden bis Tischhöhe, kurzstreckig Gehend bis 10 kg, Gehen mehrere Male pro Arbeitszeit bis 200 m. Stehen ohne ausschliessliche axiale Belastung des linken Beines. Sitzend, mit der Möglichkeit aufzustehen und herumzugehen. Möglichst freie Arbeitsposition.

Nicht zumutbar:

Kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen mit dem linken Bein. Bodennahe, kauernde, kniende Tätigkeiten. Gehen ausschliesslich auf unebenem Untergrund. Leiternarbeit, Gerüstarbeit. Schwere Tätigkeiten wie Pickeln, Schaufeln, Bohren, Schläge, Vibrationen.

Am ehesten kommen Tätigkeiten an einem fest eingerichteten Arbeitsplatz auf Tischhöhe, mit kurzen Gehstrecken in Frage. ■

2.7. Dr. G. schrieb am 30. September 2008 (Urk. 9/142) der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, seit der kreisärztlichen Untersuchung habe sich die Situation nicht gebessert, sondern eher verschlechtert (starkes Hinken, Schmerz beim Gehen, rasches Anschwellen des Sprunggelenks beim Gehen wegen der posttraumatischen Arthrose im OSG/USG mit konsekutivem Schraubstockgefühl im Schuh). Eine ganztägige Arbeit komme nur in rein sitzender Stellung in Frage. Bei wiederholtem Gehen und Tragen müsse mit häufigen Ruhephasen gerechnet werden.

2.8. Die Ärzte der E. bestätigten im Bericht über die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 10. Dezember 2008 (Urk. 9/148) die im Austrittsbericht der E. vom 4. Mai 2007 (Erw. 2.5) geschilderten aktuellen Probleme: (1) seit November (2006) zunehmende, belastungsverstärkte im Tagesverlauf kumulierende Schmerzen im linken OSG medial und dorsal mit Berührungsschmerzen durch die Bettdecke sowie Sensibilitätsverminderung über OSG medial, (2) eine Schwellung im OSG bei langem Stehen und Gehen, (3) Hüftschmerzen links beim Treppensteigen, (4) ein innerlich kaltes Gefühl im Oberschenkel, im Knochen sowie (5) Höhenangst mit Schwindel, Vergesslichkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen. Als arbeitsrelevante Probleme bezeichneten sie die reduzierte Belastbarkeit und Beweglichkeit des linken Sprunggelenkes sowie verstärkte Beschwerden durch Belastung und eine leicht reduzierte Belastbarkeit und Beweglichkeit des linken Hüftgelenks vor allem bezüglich der Sitzdauer. Die Leistungsbereitschaft könne als zuverlässig beurteilt werden und die Konsistenz der Tests sei gut gewesen.

Die berufliche Tätigkeit als Maurer sei nicht mehr zumutbar, da die Anforderungen - vorwiegend stehende und gehende Tätigkeit, wiederholtes Heben und Tragen bis schwerer Lasten - zu hoch seien. Eine sehr leichte, wechselbelastende (sitzend, stehend, gehend), vorwiegend sitzende Tätigkeit mit gelegentlichem Tragen von Lasten stehend bis max. 10 kg sei wegen belastungs- und bewegungsabhängig verstärkten, im Tagesverlauf rasch kumulierenden Ruheschmerzen des linken Fusses während 6 Stunden pro Tag zumutbar. Ob und in welchem Mass sich die kognitive Problematik auf die Arbeitsleistung einschränkend auswirke, könne aufgrund der EFL alleine nicht beurteilt werden. Diese Frage müsse mittels einer neuropsychologischen Abklärung evaluiert werden.

2.9. Kreisarzt Dr. F. hielt in seinem Bericht vom 27. Januar 2009 (Urk. 9/149) an seiner Beurteilung fest mit der Begründung, anlässlich der EFL seien unfallfremde Symptome und Probleme mitberücksichtigt worden. Nach dem Unfallereignis und im Verlauf seien keine neurologischen und neurogenen Schädigungen nachgewiesen worden und aufgetreten. Es handle sich um eine neue Problempalette, die mit den Verletzungen und Behandlungen nicht erklärt werden könne.

2.10. Dr. G. äusserte in seiner Stellungnahme zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 9. März 2009 (Urk. 9/152 = Urk. 3/6) die Ansicht, dass die Empfehlungen der E. aufgrund der durchgeführten EFL nicht während berücksichtigt worden seien. Er sei der Meinung, dass eine neuropsychologische Abklärung stattfinden müsse.

2.11. Dr. H. schliesslich empfahl Dr. G. in seinem Schreiben vom 25. August 2009 (Urk. 3/7) eine Neu-Evaluation, da der Beschwerdeführer in körperlich belastendem Beruf nicht arbeitsfähig sei. Das OSG sollte arthrodesiert werden, um

Schmerzen und Stellung zu verbessern. Die HÄlfte sei nicht schmerzfrei, aber belastbar und wenig beschwerdebelastet.

### E. 3

3.1 Aus den ärztlichen Berichten geht übereinstimmend und unzweifelhaft hervor, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Kundenmaurer unfallbedingt nicht mehr ausüben kann, was auch nicht strittig ist. Strittig ist indes, in welchem zeitlichen Ausmass ihm eine leidensangepasste Tätigkeit zumutbar ist.

### E. 3.2

3.2.1 Im Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ (Erw. 2.5) wurde dem Beschwerdeführer in einer leichten wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit ohne längerdauerndes Knien und/oder Kauern, ohne wiederholtes Treppen- und Leiternsteigen und ohne Tätigkeiten auf Leitern eine ganztägige Arbeitsfähigkeit attestiert. Dies deckt sich mit der Einschätzung von Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ (Erw. 2.6), welcher dem Beschwerdeführer ebenfalls eine wechselbelastende leichte Tätigkeit mit Zusatzbelastungen, jedoch ohne kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen mit dem linken Bein, ohne bodennahe, kauernde oder kniende Tätigkeiten, ohne Gehen auf ausschliesslich unebenem Untergrund und ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zumutet. Nach durchgeführter EFL in der E.\_\_\_\_ (Erw. 2.8) wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit während 6 Stunden pro Tag in sehr leichter, wechselbelastender, vorwiegend sitzender Tätigkeit attestiert. Als Grund für die eingeschränkte Belastbarkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wurden im Tagesverlauf sich rasch kumulierende Ruheschmerzen des linken Fusses genannt.

3.2.2 In einer EFL kann anhand von Arbeitssimulationstests (wie Heben und Tragen, Arbeit über Kopfhöhe oder Leiternsteigen) das arbeitsbezogene Leistungsvermögen generell und mit Blick auf die angestammte berufliche Tätigkeit konkret beurteilt werden. Die EFL misst somit die Fähigkeit eines Individuums, manuelle Tätigkeiten zu verrichten, und schätzt den Zeitraum, während dessen die Klientin oder der Klient diese im Verlaufe eines ganzen Tages ausüben imstande ist. Das umfassende Testverfahren ermöglicht zudem relevante Aussagen zum Leistungsverhalten und zur Konsistenz der getesteten Person, wobei gerade eine allfällige beobachtete Symptomausweitung und Selbstlimitierung im Rahmen eines chronifizierten Zustandes für die Bewertung der Zumutbarkeit bedeutsam sein kann. Die EFL hat demgegenüber nicht das Ziel, die Natur der multiplen und komplexen Ursachen, die einer wiederholten Selbstlimitierung der Leistung und dem Nachweis mehrfacher Inkohärenzen zugrunde liegen, zu erforschen. Ferner ist sie nicht geeignet, kognitive oder verhaltensorientierte Fähigkeiten am Arbeitsplatz zu schätzen oder Leistungseinschränkungen aufzuzeigen, die auf Erkrankungen ausserhalb des Bewegungsapparates zurückzuführen sind (Michael Oliveri, Was sollen wir messen: Schmerz oder Funktion? Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit als Mittel für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, in: Schmerz und Arbeitsfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 89 ff. insb. S. 406).

Die von den Ärzten im Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ beschriebene aktuelle Problematik stimmt mit derjenigen im Bericht über die EFL genannten Problematik überein. Nebst der Berücksichtigung der Akten, der Anamnese und der Durchführung einer medizinischen Untersuchung (Urk. 9/148 S. 3) vermag die EFL ganz grundsätzlich eine schlüssigere und breiter abgestützte Beurteilung zu

gewährleisten, wird doch damit anhand konkreter physischer Tests das arbeitsbezogen relevante Problem abgeklärt. Im Zusammenhang mit den Untersuchungen der E. \_\_\_ anlässlich der stationären Rehabilitation entspricht der Bericht über die EFL damit den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.4): Er ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und ist in der Beurteilung nachvollziehbar. Insbesondere unter dem Hinweis auf die arbeitsrelevanten Probleme der reduzierten Belastbarkeit und Beweglichkeit des linken Sprunggelenkes sowie auf verstärkte Beschwerden durch Belastung und auf die leicht reduzierte Belastbarkeit und Beweglichkeit des linken Hüftgelenks vor allem bezüglich der Sitzdauer erscheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als schlüssig. Immerhin wurde auch im Austrittsbericht der E. \_\_\_ (Erw. 2.5) festgestellt, dass sich die Beschwerden bei Belastung im Tagesverlauf verstärkten. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers war zuverlässig und die Konsistenz bei den Tests war gut. Somit ist mit den evaluierenden Ärzten der E. \_\_\_ davon auszugehen, dass eine körperlich leichte, wechselbelastende vorwiegend sitzende Arbeit während 6 Stunden pro Tag zumutbar ist, was einer Arbeitsfähigkeit 70 % entspricht.

3.2.3.3 Die von Kreisarzt Dr. F. \_\_\_ in seiner Stellungnahme (Erw. 2.9) vorgenommene Kritik an der EFL vermag nicht zu überzeugen. Zwar erwähnten die evaluierenden Ärzte im Diagnosekatalog die von Dr. F. \_\_\_ als neu bezeichneten Probleme der Somatisierungstendenz bei chronischer Schmerzsymptomatik, Berührungsschmerzen und Sensibilitätsverminderung über dem OSG medial, innerlich kaltes Gefühl im Oberschenkel, Höhenangst mit Schwindel und Vergesslichkeit, Konzentrations- und Schlafstörung. Diese Diagnosen wurden indessen bereits im Austrittsbericht der E. \_\_\_ aufgeführt (Erw. 2.5). Damals wurde von den Ärzten festgehalten, dass aus psychiatrischer Sicht keine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit bestehe. Die zeitliche Einschränkung in einer leidensangepassten Tätigkeit wurde denn auch im Bericht über die EFL (Erw. 2.8) allein mit belastungs- und bewegungsabhängig verstärkten, im Tagesverlauf rasch kumulierenden Ruheschmerzen des linken Fusses begründet. Die im Austrittsbericht festgestellte Tendenz zur Selbstlimitierung vor Erreichen funktioneller Belastungsgrenzen (Urk. 9/69 S. 3) konnte anlässlich der EFL nicht beobachtet werden. Schliesslich fanden Auswirkungen allfälliger kognitiver Defizite auf die Arbeitsleistung keine Berücksichtigung, da dies mittels einer neuropsychologischen Evaluation abgeklärt werden musste (Erw. 2.8 am Ende).

3.3 Zusammenfassend ist demnach gestützt auf die EFL vom 10. Dezember 2008 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit auszugehen.

#### 4.4.4.4

4.1.4.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der



entsprechend der tatsächlichen Durchschnittszeit des fraglichen Jahres hochzurechnen (vgl. BGE 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; RKUV 2001 Nr. U 439 S. 347).

4.3.2.1 Da die von der Beschwerdegegnerin herangezogenen Arbeitsplätze teilweise keine Teilzeitbeschäftigung zulassen und damit nicht hinreichend repräsentativ sind, ist das Valideneinkommen anhand der LSE festzusetzen. Gemäss TA1 der LSE 2008 (S. 26) erzielten mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigte Männer einen monatlichen Lohn (Median) von Fr. 4'806.--, welcher praxisgemäss auf eine betriebsübliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden pro Woche im Jahr 2008 anzupassen ist (Die Volkswirtschaft, 12-2010, Tab. B9.2, S. 90). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 59'979.-- pro Jahr für ein volles Pensum beziehungsweise von Fr. 41'985.30 für ein 70%iges Pensum.

#### 4.4

4.4.1.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur noch beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

4.4.2.1 Da der Beschwerdeführer auf sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten beschränkt ist, er vor dem Unfall eine schwere körperliche Tätigkeit ausübte und - abgesehen von seinem Nebenerwerb im Reinigungsdienst - noch nie in einer anderen Branche als der Baubranche tätig war, rechtfertigt sich ein leidensbedingter Abzug von 15 %. Damit beträgt das Invalideneinkommen Fr. 35'887.50. Bezogen auf das Valideneinkommen von Fr. 71'343.10 resultiert hieraus ein Invaliditätsgrad von 49,7 %. Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von gerundet 50 %, was zur Gutheissung der Beschwerde führt.

5.1.1.1 Ausgangsgemäss ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer)

zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 3. Juli 2009 aufgehoben, und die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2008 gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 50 % eine Rente zu gewähren.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

- 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).

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