

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00133 vom 3. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2019.00133

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00133 du 3 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2019.00133 del 3 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971,

war von Juli 2010 bis Juni 2013 bei der Y.____ in Z.____ als Lagermitarbeiter in einem 100%-Pensum angestellt (vgl. Urk. 7/115, Urk. 7/ 122). Ab einer a b

1. Juli 2013 eröffneten Rah menfrist bezog er Taggelder der Arbeitslosenversicherung und war dadurch bei der Schweizerischen Unfall ver siche rungsanstalt, Suva, gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 6. Januar 2015 fiel ihm beim Krafttraining eine 15 kg schwere Hantel auf den rechten Fuss (vgl. Schadenmeldung vom 2 0. Januar 2015, Urk. 7/1). Dabei zog er sich eine ausgeprägte Vorfusskontusion zu (vgl. Urk. 7/12, Urk. 7/15, Urk. 7/20).

Die Erstbehandlung erfolgte am 8. Januar 2015 bei Dr. med.

A.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin (vgl. Urk. 7/7). Als dann er folgte am 9. Februar 2015 in der Radiologie der B.____ eine MR-Untersuchung des rechten Fusses (Urk. 7/13), im Rahmen derer eine Fraktur ausgeschlossen wurde (vgl. Urk. 7/15). Bei trotz verschiedener medika mentöser und physiotherapeutischer Ansätze anhaltender Schwellung und persistierenden Schmerzen im Bereich des Mittelfusses äusserten die Ärzte im B.____ den Ver dacht auf ein Morbus Sudeck (komplexes regionales Schmerzsyn drom [CRPS]; vgl. Urk. 7/39). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetz lichen Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen (Urk. 7/3).

Am 2 6. Mai 2016 unter suchte Suva-Kreis arzt Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie, den Versicherten. Dr. C.____ gelangte in seiner Beurteilung zum Schluss, dass der Versicherte unter Berück sich tigung des Zumutbarkeitsprofils in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % ar beits fähig sei. Der Endzustand sei jedoch noch nicht erreicht (vgl. Urk. 7/106). Es folgten eine neurologische und neurophysiologische (Urk. 7/146), dermato lo gische (Urk. 7/153 ; in klu sive Biopsie [Urk. 7/178]) sowie eine angiolog ische Abklärung (Urk. 7/167). Vom 3. Ja nuar bis 2. Fe bruar 2018 war der Ver sicherte in der D.____ in stationärer Behand lung (vgl. Urk. 7/254). Die Ärzte in D.____ hielten eine er hebliche Symptomaus weitung fest und erachteten eine Verbesserung des Gesund heitszustandes durch weitere medizinische Massnahmen als nicht wahrscheinlich. Am 2 1. März 2018 fand eine weitere kreisärztliche Unter suchung bei Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Trauma tologie, statt. Dr. E.____ hielt fest, dass von keinen weiteren Behandlungen eine namhafte Besserung des unfallbedingten Zustands erwartet werden könne. Er beurteilte den Versicherten in vorwiegend sitzenden Tätigkeiten initial zu 50 % arbeitsfähi g, wobei eine Steigerung auf 75 % nach einem Monat und 100 % nach einem weite ren Monat zumutbar seien (vgl. Urk. 7/268). Gestützt darauf stellte die Suva

das Taggeld und die Heilkostenleistungen per 31. Mai 2018 ein (vgl. Urk. 7/277). Mit Verfügung vom 28. Mai 2018 gewährte die Suva dem Versicherten ab 1. Juni 2018 eine Invalidenrente von 15 % sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 10

% (vgl. Urk. 7/284). Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 5. Juni 2018 (Urk. 7/286) sowie ergänzend am 28. Juni 2018 (Urk. 7/293) unter Beilage einer Stellungnahme von Dr. A.____ (Urk. 7/292) Einsprache, welche die Suva mit Verfügung vom 6. Mai 2019 teilweise guthiess und den Rentensatz von 15 % auf 18 % erhöht (Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 6. Januar 2015 ereignet, weshalb die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art.

E. 1.3

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. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 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 (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender

geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1 mit Hinweisen, insbes. auf BGE 134 V 109 E. 4.3; vgl. auch Urteil 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

E. 1.4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger 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. 16 ATSG).

E. 1.4.2

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweisen). Die DAP ist eine Sammlung von Beschreibungen in der Schweiz tatsächlich existierender Arbeitsplätze. Damit unterscheidet sie sich von der tabellarischen Darstellung von Durchschnittslöhnen, die im Rahmen der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) vom Bundesamt für Statistik regelmässig erhoben werden. Neben allgemeinen Angaben und Verdienstmöglichkeiten werden in der DAP die physischen Anforderungen an die Stelleninhaber oder Stelleninhaberinnen festgehalten. Der Raster der körperlichen Anforderungskriterien basiert auf dem internationalen medizinischen Standard EFL nach Isernhagen (ergonomische Funktions- und Leistungsprüfung). Die Suva entschloss sich 1995 zum Aufbau der DAP mit dem Zweck, das Invalideneinkommen entsprechend den gerichtlichen Anforderungen so konkret wie möglich ermitteln zu können (BGE 139 V 592 E. 6.1 mit Hinweisen). Bei Heranziehen der DAP hat sich die Ermittlung des Invalideneinkommens auf mindestens fünf zumutbare Arbeitsplätze zu stützen. Zusätzlich sind Angaben zu machen über die Gesamtzahl der aufgrund der gegebenen Behinderung in Frage kommenden dokumentierten Arbeitsplätze, über den Höchst- und den Tiefstlohn sowie über den Durchschnittslohn der dem jeweils verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Gruppe. Damit soll die Überprüfung des Auswahlermessens ermöglicht werden, und zwar in dem Sinne, dass die Kenntnis der Gesamtzahl der dem verwendeten Behinderungsprofil entsprechenden Arbeitsplätze sowie des Höchst-, Tiefst- und Durchschnittslohnes im Bereich des Suchergebnisses eine zuverlässige Beurteilung der von der Suva verwendeten DAP-Löhne hinsichtlich ihrer

Repräsentativität erlaubt. Das rechtliche Gehör ist dadurch zu wahren, dass die Suva die für die Invaliditätsbemessung im konkreten Fall herangezogenen DAP-Profile mit den erwähnten zusätzlichen Angaben auflagt und die versicherte Person Gelegenheit hat, sich dazu zu äussern. Allfällige Einwendungen der versicherten Person bezüglich des Auswahlermessens und der Repräsentativität der DAP-Blätter im Einzelfall sind grundsätzlich im Einspracheverfahren zu erheben, damit sich die Suva im Einspracheentscheid damit auseinandersetzen kann. Rechtsprechungsgemäss sind im Rahmen des DAP-Systems, bei dem aufgrund der ärztlichen Zumutbarkeitsbeurteilung anhand von Arbeitsplatzbeschreibungen konkrete Verweisungstätigkeiten ermittelt werden, Abzüge grundsätzlich nicht sachgerecht. Abzüge sind nur vorzunehmen, wenn zeitliche oder leistungsmässige Reduktionen medizinisch begründet sind. Im Übrigen wird spezifischen Beeinträchtigungen in der Leistungsfähigkeit bei der Auswahl der zumutbaren DAP-Profile Rechnung getragen. Bezüglich der weiteren persönlichen und beruflichen Merkmale (Teilzeitarbeit, Alter, Anzahl Dienstjahre, Aufenthaltsstatus), die bei der Anwendung der LSE zu einem Abzug führen können, ist darauf hinzu weisen, dass auf den DAP-Blättern in der Regel nicht nur ein Durchschnittslohn, sondern ein Minimum und ein Maximum angegeben sind, innerhalb deren Spannweite auf die konkreten Umstände Rücksicht genommen werden kann (BGE 139 V 592 E. 7.3, 129 V 472 E. 4.2.3).

E. 1.5

). 4.3

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. E.____ vom 21. März 2018 ist anhand der Vorakten nachvollziehbar und das erstellte Zumutbarkeitsprofil nimmt auf die bestehenden Einschränkungen angemessen Rücksicht. Die Einschätzung von Dr. E.____ stimmt insbesondere auch mit dem angegebenen Belastungsprofil

von Dr. A.____

überein, wonach der Beschwerdeführer keine die Beine belastende Arbeiten ausführen könne.

Zu diesen Arbeiten gehörten unter anderem Arbeiten mit langen Gehstrecken oder schwere m Heben bzw. Tragen, langem Ausharren in der gleichen Position bzw. Arbeiten nur im Sitzen oder nur im Stehen (vgl. Urk. 7/292, E. 3).

E. 1.5.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5.2

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten verschiedener interner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer

versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungs träger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 24. Mai 2019 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 59 % sowie eine Integritätsentschädigung von 20 % zuzusprechen (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 3. September 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage der Akten [Urk. 7/1-309]). Mit Verfügung vom 5. September 2019 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 8).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid vom 6. Mai 2019 (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere die kreisärztliche Untersuchung vom 21. März 2018 (Urk. 7/268) davon aus, dass der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des Zumutbarkeitsprofils in einer angepassten Tätigkeit einen Invalidenlohn in der Höhe von Fr. 61'553.-- erzielen könne, entsprechend ein Invaliditätsgrad von 18 % resultiere. Ferner stehe ihm eine Integritätsentschädigung von 10 % zu.

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 24. Mai 2019 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, er benötige täglich mehrere Stunden Pause, um das Bein hoch zu lagern, sodass er die Schmerzen lindern könne. Hinzu komme die Tagesmüdigkeit, da er nachts aufgrund der Schmerzen nicht schlafen könne. Die Einsatzfähigkeit sei seitens des Kreisarztes viel zu optimistisch eingeschätzt worden. Realistisch sei maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Hieraus resultiere ein Invaliditätsgrad von 59 %, mithin habe er Anspruch auf eine Rente in diesem Umfang. Ferner sei ihm eine Integritätsentschädigung von 20 % zuzusprechen, leide er doch an erheblichen Schmerzen und sei die Gebrauchsfähigkeit des Fusses doch stark eingeschränkt. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Am 6. Januar 2015 fiel dem Beschwerdeführer beim Training eine Gewichtshantel (15 kg) auf den rechten Fuss. Dabei zog er sich eine Vorfusskontusion zu, wobei eine Fraktur habe ausgeschlossen werden können. Die am 9. Februar 2015 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI; vgl. Urk. 7/13) zeige eine subcutane

Kontrastaufnahme im Sinne eines posttraumatischen Hämatoms sowie ein Knochenmarksödem. Auf eine arteriovenöse Fistel gebe es keine Hinweise. Dr. med. F.____, FMH Chirurgie, empfahl die Aufnahme einer Physiotherapie zur Förderung der Resorption (vgl. Arztbericht vom 3. März 2015, Urk. 7/15).

Bei persistierender Schwellung und Schmerzen im Bereich des rechten Vorfusses konsultierte der Beschwerdeführer die Ärzte der Orthopädie im B.____. Diese beschrieben ein leicht livide verfärbtes Integument mit ausgeprägter Schwellung im Mittel- und Vorfussbereich bis zu den Grundgelenken reichend. Die Schwellung sei druckdolent. Es werde die Ruhigstellung in einem Unterschenkelgips empfohlen (vgl. Arztbericht vom 17. April 2015, Urk. 7/20). Der Verlauf war regelrecht

(vgl. Arztbericht vom 9. Juni 2015, Urk. 7/30). Bei residueller Schwellung und persistierenden Schmerzen äusserten die Orthopäden im B.____

den Verdacht auf ein Morbus Sudeck (CRPS)

und empfahlen eine rheumatologische Abklärung (vgl. Arztbericht vom 29. Juli 2015, Urk. 7/39). Am 15. September 2015 wurde der Beschwerdeführer in der Rheumatologie im B.____ untersucht. Die Ärzte konstatierten, klinisch zeige sich eine Hyperalgesie, eine Veränderung des Hautkolorits mit bläulicher Verfärbung und eine verminderte Beweglichkeit des rechten Fusses. Es bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine CRPS (vgl. Urk. 7/52). Es folgte eine erneute radiologische Abklärung (vgl. MRI vom 17.

März 2016, Urk. 7/98). Die Ärzte der Rheumatologie B.____ hielten fest, es zeige sich eine ödematöse Schwellung mit deutlicher Progredienz im Bereich des Fussrückens rechts bei unauffälligem Knochenstatus. Aus rheumatologischer Sicht sei eine stationäre Behandlung zu empfehlen. Eine solche könne sich der Beschwerdeführer aufgrund negativer Assoziationen mit dem Spitalklima jedoch nicht vorstellen (vgl. Arztberichte vom 23. März 2016 [Urk. 7/96], 22. Juni 2016 [Urk. 7/121]).

E. 3.2

Am 26. Mai 2016 wurde der Beschwerdeführer von Dr. C.____

kreisärztlich untersucht (vgl. Urk. 7/106). Er beurteilte die noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des rechten Fusses als unfallkausal. Ein Endzustand sei noch nicht erreicht. Von weiteren Behandlungen könne noch eine gewisse Verbesserung erwartet werden. Dr. C.____ attestierte dem Beschwerdeführer ab Untersuchungsdatum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung des folgenden Zumutbarkeitsprofils: leichte Tätigkeiten ohne repetitiv zurückzulegende Gehstrecken über 50 m, ohne repetitive Treppengehen, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Gehen oder gar Tragen von Lasten auf unebenem Gelände und ohne repetitive kniende, kauernde und hockende Arbeiten. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter sei nicht mehr gegeben und werde voraussichtlich auch nicht mehr erreicht werden.

E. 3.3

Trotz fortgeführter Physiotherapie habe sich keine Symptombesserung eingestellt, berichteten in der Folge die Rheumatologen des B.____. Klinisch imponiere nach wie vor eine deutliche, druckdolente Rötung und Schwellung im Bereich des laterodorsalen Fussrückens auf der rechten Seite (vgl. Arztbericht vom 7. Dezember 2016, Urk. 7/136). Bei unveränderter Symptomatik wurde am 27. Dezember 2016 ein weiteres MRI angefertigt

(vgl. Urk. 7/142). Die Rheumatologen des B.____ konstatierten eine leichte Tenovaginitis der Strecksehnen des II bis IV Strahls am rechten Fuss sowie ein im Vergleich zum März 2016 nur minimal regredientes Weichteilödem am Fussrücken, subcutan betont. Zudem bestehe ein unspezifisches minimales Knochenmarksödem im Os cuboideum sowie am TMT IV-Gelenk. Aufgrund des für ein CRPS untypischen Verlaufs mit lokalisiertem Befund und fehlender Besserung in den letzten sechs bis neun Monaten Physiotherapie erachteten die Rheumatologen eine nochmalige Laboruntersuchung und eine neurophysiologische sowie eine dermatologische Untersuchung für angezeigt (vgl. Arztbericht vom 10. Januar 2017, Urk. 7/143). Es erfolgte eine Untersuchung der peripheren Nervenbeteiligung bei Verdacht auf CRPS Typ I des rechten Fusses, die jedoch gemäss G.____ des B.____

ein weitgehend unauffälliges Ergebnis aller untersuchten peripheren Nerven gezeigt habe. Basierend auf aktuellen neurophysiologischen Ergebnissen könne eine periphere neurologische Ursache für das Defizit der Sensibilität sowie der reduzierten Motorik des rechten Fusses ausgeschlossen werden (vgl. Arztbericht vom 20. Januar 2017, Urk. 7/146).

E. 3.4

Zur Beurteilung der bestehenden schmerzhaften Rötung und Schwellung im Bereich des rechten Fussrückens fand am 7. Februar 2017 eine dermatologische Abklärung im H.____ statt. Die Ärzte konstatierten, es zeige sich am Fussrücken rechts im Vergleich zu links eine unscharf begrenzte Rötung und Schwellung. Dieser Bereich sei druckempfindlich und überwärmt. Eine epidermale Beteiligung liege keine vor und es seien auch keine Bläschen und Pusteln zu sehen. Das restliche Integument sei unauffällig. Eine dermatologische Diagnose stehe eher nicht im Vordergrund. Zur Abklärung einer Zellulitis, Fasciitis oder Pannikulitis sei eine Biopsie notwendig (vgl. Arztbericht vom 7. Februar 2017, Urk. 7/153). Die Rheumatologen des B.____

hielten in ihrem Verlaufsbericht vom 21. April 2017 (Urk. 7/160) fest, es bestünden keine Anhaltspunkte mehr auf ein florides CRPS. Nicht passend sei insbesondere die umschriebene, lokalisierte Rötung und persistierende Schwellung über dem Fussrücken 26 Monate nach dem auslösenden Ereignis. Sie empfahlen eine angiologische Abklärung sowie die Durchführung der Biopsie. Ferner wiesen sie den Beschwerdeführer abermals auf eine stationäre Rehabilitation hin, wobei dieser eine solche erneut kategorisch abgelehnt habe.

E. 3.5

Zum Ausschluss einer Phlebothrombose der rechten unteren Extremität begab sich der Beschwerdeführer am 23. Mai 2017 in die angiologische Konsultation ins H.____ (vgl. Urk. 7/167). Die Ärzte verzeichneten keine Hinweise auf eine Obstruktion des Leit- und Stammvenensystems auf der rechten Seite. Klinisch liege ein einseitiges sekundäres (posttraumatisch) bedingtes Lymphödem Stadium I vor. Es werde eine Kompressionsbehandlung mit einem Kompressionsstrumpf empfohlen. Aufgrund der Schmerzen soll der Beschwerdeführer diesen nach zwei Wochen jedoch wieder weggelassen haben (vgl. Arztbericht vom 25. Juli 2017 [Urk. 7/171], Bericht vom 1. September 2017 [Urk. 7/179]). Am 25. August 2017 wurde am H.____ die Biopsie durchgeführt (vgl. Operationsbericht, Urk. 7/180). Diese ergab, dass histologisch kleine, dilatierte Gefässe im Korium mit Ausgusstromben im Sinne eines Sludge-Phänomens im Vordergrund stünden. Dieses histologische Bild lasse in erster Linie an eine Erkrankung

aus dem Formenkreis der Kryoglobulinämien vermuten. Eine Pannikulitis sei nicht nachweisbar. Ebenso wenig gebe es Anhaltspunkte für ein Wells-Syndrom oder eine Intimafibrose. Ein sehr spätes fibrosiertes Stadium eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms könne jedoch histologisch nicht ausgeschlossen werden (vgl. Dermatohistologischer Befund vom 30. August 2017, Urk. 7/188). Im Folgenden kam es zu einer deutlichen Progredienz der Schmerzen sowie zu einer Wundheilungsstörung nach der Biopsie. Eine stationäre muskuloskeletale Rehabilitation wurde erst nach abgeschlossener Wundheilung empfohlen (vgl. Arztbericht vom 30. Oktober 2017, Urk. 7/222). Unter einer Vakuumsystem-Therapie soll es zu einer kontinuierlichen Heilung gekommen sein, sodass die Wunde am 24. November 2017 praktisch geschlossen und vernarbt gewesen sei (vgl. Ärztliches Triagekonsilium der D.____ vom 27. November 2017, Urk. 7/228).

E. 3.6

Vom 3. Januar bis 2. Februar 2018 war der Beschwerdeführer in der D.____ hospitalisiert. Die Ärzte in D.____ erachteten die Kriterien für die Diagnose eines CRPS als nicht erfüllt. Sie gingen von einem chronifizierten Schmerzsyndrom aus, das sich absolut therapieresistent zeige. Während des stationären Aufenthalts sei es nicht gelungen, einen therapeutischen Ansatz zu erarbeiten, der die Beschwerden verbessert hätte.

Anlässlich der während der Rehabilitation erfolgte psychosomatische Abklärung habe sich im Zusammenhang mit der anhaltenden Schmerzproblematik eine ängstliche und negativistische Haltung, Verunsicherung und dysfunktionale Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit deutlichem Schonverhalten gezeigt. Der Beschwerdeführer habe diffuse Vorstellungen und Ängste bezüglich des Fußes, welche womöglich zu seinem passiven Therapieverhalten beigetragen hätten. Alle gemachten Abklärungen und Diagnostik hätten nie eine somatische Ursache für die umschriebene Schwellung und die Schmerzen zu erklären vermögen. Es sei zu spüren, dass sich der Beschwerdeführer mit der Diagnose eines CRPS arrangiert habe, im festen Glauben daran, dass es keine Verbesserung geben könne und eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit die Folge sei. Ferner hätten ihm die immer wieder unterschiedlichen medizinischen Aussagen und der langwierige klinische Verlauf emotional zugesetzt. Als psychosoziale Belastungsfaktoren seien die Arbeitslosigkeit, die geringe berufliche Qualifikation sowie die finanziellen Sorgen (Vater von vier Kindern) zu nennen. Folglich sei bei dem vorliegenden Beschwerdebild von einer Schmerzverarbeitungsstörung mit Ausweitung der Symptome im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Die Ärzte der D.____ konstatierten, das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen lasse sich mit den geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht ungenügend erklären. Der Beschwerdeführer zeige ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten sowie eine erhebliche Symptomausweitung. Die Beschreibung der Schmerzen sei undifferenziert gewesen, das Schmerzverhalten nicht adäquat. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Infolge Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Von weiteren medizinischen Massnahmen seien keine Verbesserungen des Gesundheits

zustands mehr zu erwarten. Unter Berücksichtigung der objektivierbaren Unfallfolgen hielten die Ärzte folgendes Zumutbarkeitsprofil fest: mindestens leicht bis mittelschwere Arbeit, wechselbelastend (Urk. 7/254 S. 2-5).

E. 3.7

Am 21. März 2018 wurde der Beschwerdeführer erneut kreisärztlich untersucht (vgl. Urk. 7/268). Dr. E.____ führte aus, die geltend gemachten Beschwerden seien mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 6. Januar 2015 zurückzuführen. Von weiteren Behandlungen seien keine namhaften Besserungen des unfallbedingten Gesundheitszustands zu erwarten. In Anbetracht der Unfallfolgen seien dem Beschwerdeführer sämtliche Tätigkeiten und Verrichtungen mit vorwiegend im Sitzen ausgeübten Arbeiten zumutbar. Notwendige Pausen aus der sitzenden Haltung zur Verbesserung der Zirkulation des linken Beines entsprächen im Wesentlichen den normalen Arbeitspausen bei sitzenden Tätigkeiten wie vormittägliche Pausen (Znüni), Mittagspausen und nachmittäglichen Pausen (Zvieri) sowie das Aufstehen, um kurzfristige Tätigkeiten im Stehen auszuüben. Für sitzende Tätigkeiten würden keine Gewichtslimiten bestehen. Unter Berücksichtigung einer über dreijährigen Abwesenheit vom Arbeitsalltag könne mit einer initialen Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Untersuchungsdatum der Arbeitsversuch begonnen werden. Nach einem Monat sei eine Steigerung auf 75 %, nach einem weiteren Monat eine Steigerung auf 100 % zumutbar.

E. 3.8

Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte der Beschwerdeführer die Stellungnahme von Dr. A.____ vom 23. Juni 2017 (recte: 2018) zu den Akten (vgl. Urk. 7/292). Dr. A.____ präziserte, der Beschwerdeführer sei aufgrund der Fussverletzung nicht mehr im Stande, Arbeiten auszuführen, welche mit Belastungen der Beine einhergehen würden. Rein theoretisch vorstellbar seien leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne Belastung der Beine. Der Beschwerdeführer weise jedoch keine Fähigkeiten auf, welche es ihm erlauben würden, eine solche theoretische Tätigkeit auszuführen. 4. 4.1

Dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. E.____ am 21. März 2018 die Heilbehandlung mit Schreiben vom 3. Mai 2018 (Urk. 7/277) abschloss und die Rentenprüfung einleitete, wird nicht bestritten und ist aufgrund der medizinischen Aktenlage nicht zu beanstanden (vgl. E. 3.6-3.7 hiervor).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Fallabschlusses ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter nicht mehr arbeitsfähig ist (vgl. E. 3.2, E. 3.6-3.8). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auf die kreisärztliche Beurteilung vom 21. März 2018 und das darin definierte Zumutbarkeitsprofil (E. 3.7). 4.2

Der Untersuchungsbericht von Dr. E.____ vom 21. März 2018 wurde von einem Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates erstattet, beruht auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers (Urk. 7/268 S. 6), berücksichtigt auch die von ihm geklagten Beschwerden (Urk. 7/268 S. 5), wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben (Urk. 7/268 S. 1-5), leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen des Experten wurden begründet (Urk. 7/268 S. 7). Damit erfüllt der kreisärztliche Untersuchungsbericht vom 21. März 201

E. 6

UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufs krankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 6.1

Nach Art. 24 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet. Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG).

Gemäss Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 dieser Vorschrift bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht. Er ist erheblich, wenn die körperliche oder geistige Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhanges 3. Fallen mehrere körperliche oder geistige Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt (Abs. 3).

E. 6.2

Im Anhang 3 zur UVV hat der Bundesrat Richtlinien für die Bemessung der Integritätsschäden aufgestellt und in einer als gesetzmässig erkannten, nicht abschliessenden Skala (BGE 124 V 29 E. 1b mit Hinweisen) wichtige und typische Schäden prozentual gewichtet (RKUV 2004 Nr. U 514 S. 416). Für die darin genannten Integritätsschäden entspricht die Entschädigung im Regelfall dem angegebenen Prozentsatz des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes (Ziff. 1 Abs. 1). Die Entschädigung für spezielle oder nicht aufgeführte Integritätsschäden wird nach dem Grad der Schwere vom Skalenwert abgeleitet (Ziff. 1 Abs. 2). Integritätsschäden, die gemäss der Skala 5 % nicht erreichen, geben keinen Anspruch auf Entschädigung (Ziff. 1 Abs. 3). Die völlige Gebrauchsunfähigkeit eines Organs wird dem Verlust gleichgestellt; bei teilweisem Verlust und teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der Integritätsschaden entsprechend geringer, wobei die Entschädigung jedoch ganz entfällt, wenn der Integritätsschaden weniger als 5 % des Höchstbetrages des versicherten Verdienstes ergäbe (Ziff. 2).

E. 6.3

Die Medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala weitere Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sog. Feinstruktur) erarbeitet. Diese von der Verwaltung herausgegebenen Tabellen stellen zwar keine Rechtssätze dar und sind für die Parteien nicht verbindlich, umso mehr als Ziff. 1 von Anhang 3 zur UVV bestimmt, dass der in der Skala angegebene Prozentsatz des Integritätsschadens für den «Regelfall» gilt, welcher im Einzelfall Abweichungen nach unten wie nach oben ermöglicht. Soweit sie jedoch lediglich Richtwerte enthalten, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll, sind sie mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 29 E. 1c, 116 V 156 E. 3a).

E. 6.4

In der Tabelle 2, «Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten», wird in Bezug auf die Sprunggelenke und den Mittelfuss Folgendes festgehalten: - oberes steif im rechten Winkel, 15 % - steif in starkem Spitzfuss, 20 % - Funktionsbehinderung in den unteren Sprunggelenken, z.B. nach Calcaneusfraktur (USG-Arthrodesis), 5-30 % - subtalare Arthrodesis, 15 % - schmerzhafte Funktionsstörung nach Luxationsfrakturen im Lisfranc oder Mittelfussfrakturen, 10-20 %

E. 6.5

Zur Beurteilung des Integritätsschadens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf den Bericht von Kreisarzt Dr. E.____ vom 21. März 2018 (vgl. Urk. 7/267). Dr. E.____ notierte unter Bezugnahme auf das Ereignis vom

6. Januar 2015 eine bleibende Funktionseinschränkung im Bereich des rechten Fusses und veranschlagte gestützt auf die Tabelle 2 der SUVA (Integritätsschaden bei Funktionsstörungen an den unteren Extremitäten) den Integritätsschaden bei fehlender knöcherner Beteiligung auf 10 %. Er wies darauf hin, dass seitens des Stützapparats keine morphologische Veränderung

bestehe und die Funktionsstörung einzig auf Weichteilveränderungen im Vorfussbereich beruhe. Der gesamte rechte Fuss sei gleichmässig geschwollen, nicht gerötet und nicht überwärmt. Druckschmerzen würden über dem gesamten Fussrücken bestehen. Die Dorsal-/ Plantarflexion des oberen Sprunggelenks betrage rechts 10-0-10° und links 20-0-50°. Im Zuge der Beweglichkeitsprüfung im Sprunggelenk und in den Zehengelenken sei es zu einer massiven Schmerzzunahme gekommen (Urk. 7/268 S. 6). Die Beurteilung durch Dr. E.____ ist nachvollziehbar und plausibel begründet und insgesamt überzeugend.

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, ihm sei aufgrund der erheblichen Schmerzen eine Integritätsentschädigung am oberen Rand bei 20 % zuzusprechen (Urk. 1 S. 6), ist darauf hinzuweisen, dass die Integritätsentschädigung lediglich anhand des medizinischen Befundes bemessen wird und subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (vgl. BGE 115 V 147 E. 1). Im Übrigen hat Dr. E.____ die eingeschränkte Gebrauchsfähigkeit des Fusses sowie die vorhandenen Schmerzen in seiner Beurteilung berücksichtigt. Darauf ist abzustellen, zumal der Beschwerdeführer keine davon abweichende ärztliche Einschätzung vorlegte.

Zusammenfassend ist der von der Beschwerdegegnerin auf 10 % veranschlagte Integritätsschaden nicht zu beanstanden. 7.

Nach dem Gesagten erweist sich der Einspracheentscheid vom 6. Mai 2019 als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst
Stadler

E. 8

hiervor). Ein dem von Dr. E.____ beschriebenen vergleichbares Zumutbarkeitsprofil formulierte bereits Dr. C.____ im Rahmen der ersten kreisärztlichen Untersuchung im Mai 2016 (vgl. E. 3.2) und auch die Ärzte der D.____ erachteten leichte bis mittelschwere Arbeiten, wechselbelastend, zumutbar (vgl. E. 3.6 in fine). Schliesslich vermag der Beschwerdeführer mit seinem Vorbringen eines erhöhten Pausenbedarfs (Urk. 1 S. 5) nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, wurde dies von Dr. E.____

doch explizit berücksichtigt und im Rahmen der üblichen Arbeitspausen bei sitzenden Tätigkeiten für genügend beurteilt (E. 3.7). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Tagesmüdigkeit zufolge eines durch Schmerzen gestörten Schlafs ergibt sich nicht aus den vorliegenden medizinischen Akten und ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen . Im Austrittsbericht der D.____ wurden Durchschlafstörungen zwar festgehalten (vgl. Urk. 7/254 S. 10), ein daraus resultierender über die üblichen Arbeitspausen hinausgehender Pausenbedarf ergibt sich

aber nicht.

Es ist somit von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. 5. 5.1

Im Weiteren ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. 5.2

Die Beschwerdegegnerin bemass das Valideneinkommen (Fr. 74'750.--) gestützt auf die Lohnangaben des ehemaligen Arbeitgebers (vgl. Urk. 7/122) , was nicht strittig ist.

5.3

Das Invalideneinkommen setzte die Beschwerdegegnerin mittels der DAP-Methode auf Fr. 61'553.-- fest (Urk. 2 S. 7) , was nicht zu beanstanden ist .

Wie die Beschwerdegegnerin zu treffend feststellte (Urk. 2 S. 7), handelt es sich bei den fünf ausgewählten Arbeitsplätzen als Elektrokontrolleur, Montagearbeiter, Produktionsmitarbeiter (Qualitätskontrolleur), Hilfsarbeiter (Produktionsmitarbeiter) und Büroangestellter (Büroverkauf) (vgl. Urk. 7/280) um leichte bis sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten. Gestützt auf das von Kreisarzt Dr. E.____ erstellte Zumutbarkeitsprofil kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer die körperlichen Anforderungen dieser Stellen grundsätzlich erfüllt. Insbesondere ist es ihm möglich, selten

eine Tätigkeit bis zu 30 Minuten stehend auszuführen, manchmal vornüber gebeugt zu sitzen und selten

Gehdistanzen bis 50 m zurückzulegen sowie Lasten bis 5 kg bis Lendenhöhe zu tragen und oft mit leicht/feinmotorischen Gegenständen zu hantieren (vgl. DAP-Nr. 8080, DAP-Nr.

338503, DAP-Nr. 8326, DAP-Nr. 9640064, DAP-Nr. 10663).

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, er verfüge nicht über die notwendigen Fähigkeiten für eine behinderungsangepasste Tätigkeit (Urk. 1 S. 5) und diesbezüglich auf die Stellungnahme von Dr.

A. ___ vom Juni 2018 verwies (vgl. E. 3.8), ist dem entgegenzuhalten, dass

körperlich leichte Arbeiten nicht nur auf den Sektor 3 (Dienstleistungen) beschränkt sind. Im Übrigen sind die Ausbildungsanforderungen in den vorliegenden ausgewählten Arbeitsplätzen ein Abschluss der Grundschule oder eine Anlehre. Der Beschwerdeführer verfügt zwar über keinen Lehrabschluss, absolvierte jedoch eine Anlehre als Maler

(vgl. Urk. 7/80). Danach fand er Anstellungen als Lagermitarbeiter, Monteur, Sachbearbeiter Verkaufsdienst und Disponent (vgl. Lebenslauf, Urk. 7/80/5-7). Demzufolge verfügt er in verschiedenen Hilfstätigkeiten über angeleitete, praktische berufliche Erfahrung. 5.4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 74'750.-- (vgl. E. 5.2) und einem Invalideneinkommen von Fr. 61'553.-- resultiert eine unfallbedingte Erwerbsminderung von Fr. 13'197.--, was einem Invaliditätsgrad von 17,7% entspricht und einen Rentenanspruch zum Rentensatz von 18%

ergibt (vgl. E. 1.3 und E. 1.4.1). 6.

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