



**Fall-Nr.:** UV 2018/85  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.09.2020  
**Entscheiddatum:** 24.06.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.06.2020**

**Art. 18 UVG. Adäquanz zwischen den psychischen Beschwerden und dem Unfall nach der sogenannten "Psycho-Praxis" (BGE 115 V 133) verneint. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses lagen noch gewisse unfallkausale organische Beschwerden vor, der Beschwerdeführer war aber adaptiert voll arbeitsfähig. Einkommensvergleich. Kein Rentenanspruch, Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Juni 2020, UV 2018/85).**

#### **Entscheid vom 24. Juni 2020**

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2018/85

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Scarpatetti, Caviezel Thöny Cantieni Scarpatetti, Bahnhofstrasse 8, Postfach 115, 7000 Chur,

gegen



**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)**, Fluhmattstrasse 1, Postfach  
4358, 6002 Luzern,

### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Invalidenrente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ war als Produktionsmitarbeiter bei der B.\_\_\_\_ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert, als er am 2. August 2015 (in den Akten ist als Unfalldatum teilweise der 31. Juli 2015 erwähnt; vgl. z.B. Suva-act. 8) auf einer Treppe ausrutschte und sich ein Supinationstrauma am Fuss/oberen Sprunggelenk (OSG) links zuzog (Suva-act. 1, 19). Der erstbehandelnde Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, attestierte ihm ab 4. August 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. 2, 7, 19). Die Suva entrichtete Taggelder und kam für die Kosten der Heilbehandlung auf (Suva-act. 3).

**A.b.** Eine am 18. August 2015 durchgeführte MR-Untersuchung des OSG links brachte keine knöcherner Verletzung, aber ein geringes Knochenödem des anteromedialen Talus und des Os cuboideum, eine Muskelzerrung des Musculus extensor digitorum brevis, ein ausgeprägtes Ödem im Subkutangewebe betont über dem lateralen Fussrücken sowie eine Zerrung des Ligamentum fibulotalare posterius zur Darstellung (Suva-act. 12).

**A.c.** Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, berichtete am 14. September 2015 über ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS, Morbus Sudeck) nach Supinationstrauma. Er empfahl, die bereits begonnene medikamentöse Therapie auszubauen (Suva-act. 8). Am 26. Oktober 2015 wurde der Versicherte erstmals von Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Anästhesie und Schmerztherapie, Schmerzzentrum F.\_\_\_\_,



behandelt. Diese befand am 27. Oktober 2015, die Physiotherapiebehandlungen sollten weitergeführt und zusätzlich eine Ergotherapie begonnen werden. Sie stellte ein Rezept für eine Lagerungsschiene zur Ruhigstellung des linken Fusses aus und attestierte dem Versicherten bis zum 30. November 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. 27, 38, zu früheren Arbeitsunfähigkeitsattesten vgl. Suva-act. 23, 33).

**A.d.** Vom 11. bis 22. Januar 2016 befand sich der Versicherte stationär im Spital G.\_\_\_\_ zur Mobilisation des OSG links unter einer Popliteablockade. Die behandelnden Ärzte berichteten am 29. Januar 2016, im Verlauf habe der Versicherte in der Region der Einstichstelle ein entzündliches Erythem entwickelt (Weichteilinfektion in der Region Dg 1). Zusätzlich sei es zu einer allergischen Reaktion auf das verordnete Antibiotikum gekommen (Suva-act. 63). Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 3. Februar 2016, die stationäre Behandlung habe leider kein erfolgreiches Ergebnis gebracht (Suva-act. 66). Am 22. Februar 2016 befand Dr. E.\_\_\_\_, ein erneuter stationärer Aufenthalt erscheine unumgänglich, wobei die psychische Komponente deutlich im Vordergrund stehen müsse (Suva-act. 71, vgl. Suva-act. 76).

**A.e.** Die Arbeitgeberin hatte das Arbeitsverhältnis per 31. Januar 2016 gekündigt (Suva-act. 44-3).

**A.f.** Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, beurteilte nach einem Erstgespräch am 10. März 2016, es liege keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert oder Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bei bekanntem CRPS nach Bagatelltrauma vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine akute Behandlungsindikation (Suva-act. 83). Dr. E.\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. 69, 91).

**A.g.** Vom 2. bis 21. Mai 2016 befand sich der Versicherte stationär in der Klinik für Schmerztherapie des Kantonsspitals I.\_\_\_\_. Die dort behandelnden Ärzte listeten in ihrem Austrittsbericht vom 25. Mai 2016 als Diagnosen unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine angstbetonte Anpassungsstörung mit depressiven Anteilen (ICD-10: F43.2), eine ängstliche/vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD10: F60.6) und Probleme mit



Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) auf (Suva-act. 104).

**A.h.** Vom 7. Juni bis 12. Juli 2016 wurde der Versicherte stationär in der Rehaklinik Bellikon behandelt. Die dort zuständigen Ärzte berichteten am 13. Juli 2016, bei Austritt habe der Versicherte bei belastungsabhängigen Schmerzen im Fuss/OSG links an einem Handstock gehen können. Es habe eine eingeschränkte OSG Beweglichkeit links und eine erhebliche Symptomausweitung bestanden. Die angestammte sowie eine adaptierte Tätigkeit sei ihm ab 2. August 2016 ganztags zumutbar (Suva-act. 128).

**A.i.** Mit Schreiben vom 14. Juli 2016 teilte die Suva dem Versicherten mit, sie stelle ihre Heilkosten- und Taggeldleistungen per 1. August 2016 ein (Suva-act. 125). Nachdem Dr. E.\_\_\_\_ diesen Entscheid in Frage gestellt hatte (vgl. Suva-act. 129, 134 ff.), wurde der Versicherte am 15. August 2016 durch Suva-Kreisarzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersucht. Dieser hielt tags darauf als Diagnosen einen Status nach Fehltritt Fuss links am 2. August 2015 sowie ein anhaltendes Schmerzsyndrom bei CRPS fest. Er sei der Ansicht, dass noch eine erheblich verminderte Belastbarkeit des Fusses vorliege und eine weitere Behandlung indiziert sei. Der Versicherte sei nicht arbeitsfähig (Suva-act. 140). Die Suva nahm rückwirkend per 2. August 2016 die Taggeldzahlungen wieder auf (vgl. Suva-act. 141).

**A.j.** Vom 31. Oktober bis 5. November 2016 war der Versicherte erneut in der Klinik für Schmerztherapie des Kantonsspitals I.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die zuständigen Ärzte attestierten ihm bis zum Austritt eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Danach könne eine adaptierte Tätigkeit versuchsweise mit einem Pensum von 50% begonnen werden (Suva-act. 161).

**A.k.** Der Versicherte befand sich vom 19. Dezember 2016 bis 11. Februar 2017 stationär in der Klinik K.\_\_\_\_. Die dort behandelnden Ärztinnen hielten in ihrem Austrittsbericht vom 3. April 2017 als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine mittelgradige agitiert-depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge, ängstlich-vermeidend bei Selbstwertproblematik und Regression, fest. Sie gingen von einer



Arbeitsunfähigkeit von 100% auf dem ersten Arbeitsmarkt aus und empfahlen eine IV-unterstützte Wiedereingliederung (Suva-act. 208).

**A.i.** Die IV-Stelle übernahm die Kosten für ein Belastbarkeitstraining vom 23. März bis 2. Juli 2017 im Reha-Zentrum Valens (EVAL) und entrichtete Taggelder (Suva-act. 204). Nach einer Untersuchung des Versicherten hatte Suva-Kreisarzt Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 19. Mai 2017 befunden, für die angestammte Tätigkeit bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass eine künftige berufliche Tätigkeit vorwiegend im Sitzen stattfinden müsse. Das Fortführen der Physiotherapie, des Aufbautrainings im EVAL und der psychiatrischen Behandlungen sei sinnvoll (Suva-act. 215). Nachdem der Versicherte das verlangte Pensum erreicht hatte, verlängerte die IV-Stelle die berufliche Massnahme im Sinne eines Aufbautrainings mehrmals bis schliesslich zum 31. März 2018 (vgl. Suva-act. 226 f., 244 f., 247, 252 f., 256).

**A.m.** Suva-Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ hatte den Versicherten am 12. Februar 2018 untersucht. Tags darauf hatte er beurteilt, es sei davon auszugehen, dass der Endzustand annähernd erreicht sei. Die angestammte Tätigkeit sei dem Versicherten nicht zumutbar. Für eine adaptierte Tätigkeit sei er ganztags einsetzbar, eventuell sei in der Anfangszeit im Sinne einer Angewöhnung von einer Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen. Aus dem Unfallereignis vom 2. August 2015 seien dauernde und erhebliche Restfolgen zurückgeblieben (Suva-act. 260). Dr. L.\_\_\_\_ hatte den Integritätsschaden auf 15% geschätzt (Suva-act. 261).

**A.n.** Die behandelnden Ärzte des Psychiatrie-Zentrums M.\_\_\_\_, wo sich der Versicherte seit 6. Juli 2017 in ambulanter Behandlung befunden hatte, hatten am 26. Februar 2018 über eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine mittelschwere, gemischte Schlafapnoe berichtet (Suva-act. 268; zur Diagnose der Schlafapnoe vgl. Suva-act. 297).

**A.o.** Mit Schreiben vom 26. Februar 2018 hatte die Suva dem Versicherten mitgeteilt, sie stelle die Übernahme der Heilkosten per 31. März 2018 ein. Die Taggeldzahlungen seien bereits per 3. April 2017 eingestellt worden (Suva-act. 264).



## St.Galler Gerichte

**A.p.** Mit Verfügung vom 4. April 2018 sprach die Suva dem Versicherten eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 15% zu und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente (Suva-act. 281).

### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 4. April 2018 erhob der Versicherte am 24. April 2018 Einsprache (Suva-act. 288).

**B.b.** Mit Verfügung vom 4. Mai 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um (weitere) berufliche Massnahmen ab (Suva-act. 294). Sie kündigte mit Mitteilung vom 8. August 2018 eine bidisziplinäre (orthopädisch, psychiatrisch) medizinische Untersuchung an (Suva-act. 300).

**B.c.** Mit Entscheid vom 13. Dezember 2018 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 305).

### **C.**

**C.a.** Gegen den Einspracheentscheid vom 13. Dezember 2018 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) die vorliegende Beschwerde vom 17. Dezember 2018. Er beantragte darin dessen Aufhebung und es sei ihm eine in der Höhe noch zu bestimmende Rente ausbezahlt. Weiter sei das Beschwerdeverfahren zu sistieren, bis im Rahmen der Rentenprüfung durch die IV-Stelle sein Invaliditätsgrad rechtskräftig feststehe; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Er reichte unter anderem eine Mitteilung der IV-Stelle vom 5. November 2018 ein, in der diese zusätzlich zum in Auftrag gegebenen bidisziplinären Gutachten eine neuropsychologische Untersuchung angekündigt hatte (act. G1.5)

**C.b.** Am 16. Januar 2019 nahm die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) nach Aufforderung der Verfahrensleitung (act. G2) Stellung zum Sistierungsgesuch des Beschwerdeführers und beantragte dessen Abweisung (act. G3).

**C.c.** Die Verfahrensleitung teilte den Parteien mit Schreiben vom 21. Januar 2019 mit, auf die beantragte Verfahrenssistierung werde verzichtet (act. G4).

**C.d.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 8. Februar 2019 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des angefochtenen Einspracheentscheids (act. G5).



**C.e.** Mit Replik vom 6. März 2019 beantragte der Beschwerdeführer die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 13. Dezember 2018 und es sei ihm rückwirkend per Anspruchszeitpunkt eine 30%-ige UVG-Rente, eventualiter eine UVG-Rente nach richterlichem Ermessen, zuzusprechen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G7). Er reichte das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten vom 15. Dezember 2018 von Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein. Diese hatten die neuropsychologische Begutachtung durch P.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie, vom 28. November 2018 miteinbezogen (act. G7.1).

**C.f.** In ihrer Duplik vom 5. April 2019 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest (act. G9).

### Erwägungen

#### 1.

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem ein Ereignis aus dem Jahr 2015 zur Diskussion steht, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.



### 2.

Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente gegenüber der Beschwerdegegnerin. Inzwischen nicht mehr umstritten ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 15%. Diesbezüglich ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. Dezember 2018 in Teilrechtskraft erwachsen.

**2.1.** Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind, entsteht der Rentenanspruch. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

**2.2.** Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 53 ff.). Während es Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, obliegt es dem Gericht, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 125 V 456; 123 III 110; 112 V 30). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 359, E. 5d/bb, unten, mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; BGE 118 V 286, E. 3a). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht



(hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133, E. 6c/aa vorzunehmen.

**2.3.** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

### 3.

Vorerst ist zu prüfen, welche organisch objektivierbaren Unfallfolgen bei der Leistungseinstellung per 31. März 2018 noch vorhanden waren und wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkten. Der Zeitpunkt des Fallabschlusses (Art. 19 Abs. 1 UVG) wurde vom Beschwerdeführer nicht substantiiert bestritten und ist aufgrund der medizinischen Akten ausgewiesen (vgl. Suva-act. 260).

**3.1.** Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ listete in seinem Bericht vom 14. Februar 2018 als somatische Diagnosen einen Status nach Fehltritt des Fusses links am 2. August 2015 mit Distorsionsverletzung des OSG links, ein anhaltendes Schmerzsyndrom bei CRPS mit Dysästhesie und mässiger Funktionseinbusse der Sprunggelenksfunktionen sowie eine mässiggradig verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit des Sprunggelenks bzw. des Fusses links auf (Suva-act. 260-4). Diese Diagnosen bzw. die damit zusammenhängenden Restbeschwerden im Zeitpunkt des Fallabschlusses werden von den Parteien nicht in Frage gestellt. Zudem entsprechen sie im Wesentlichen den vom orthopädischen Gutachter Dr. O.\_\_\_\_ im Gutachten vom 15. Dezember 2018 festgehaltenen Residualbeschwerden am linken OSG (vgl. act. G7.1, S. 15).



**3.2.** Der Beschwerdeführer ist in seiner angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter unbestritten nicht mehr arbeitsfähig. Dr. L. \_\_\_ befand am 14. Februar 2018 hingegen, eine sehr leichte Tätigkeit, die im Sitzen erbracht werden könne und weder das Arbeiten auf Leitern, noch in kauender oder kniender Körperposition erfordere, sei ihm ganztags zumutbar. Eventuell sei in der Anfangszeit für rund drei Wochen von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Angewöhnung auszugehen (Suva-act. 260-4). Dr. O. \_\_\_ bezeichnete die Einschätzung sowie die Schlussfolgerungen von Dr. L. \_\_\_ als nachvollziehbar. Er legte die Adaptionskriterien im Ergebnis identisch fest und ging ebenfalls von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit aus (act. G7.1, S. 28 f.).

**3.3.** Folglich lagen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. März 2018 noch unfallkausale somatische Restfolgen vor, der Beschwerdeführer war aber diesbezüglich in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig.

#### 4.

Weiter zu prüfen ist, ob zwischen den vorliegenden psychischen Beschwerden und dem Unfall vom 2. August 2015 ein adäquater Kausalzusammenhang besteht.

**4.1.** Wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht (act. G7), ist ein CRPS grundsätzlich geeignet, eine psychische Fehlentwicklung im Sinne einer sekundären psychischen Störung auszulösen (vgl. dazu E. Wehking: Das komplexe regionale Schmerzsyndrom [CRPS] in Abgrenzung psychogener Störungen, in: Versicherungsmedizin 59 [2007] Heft 1; Urteile des Versicherungsgerichts des Kanton St. Gallen vom 28. Januar 2011, UV 2010/17, vom 27. Juli 2007, UV 2006/89, und vom 18. Oktober 2005, UV 2005/28). Die Adäquanz ist jedoch nicht per se zu bejahen. Vorliegend ist weiter zu beachten, dass die psychischen Beschwerden gemäss gutachterlicher Feststellung bereits im Oktober 2015 (vgl. act. G7.1, S. 15) bzw. aktenkundig im Januar 2016 (vgl. Suva-act. 45) festgestellt wurden und damit bereits kurz nach dem erstmals im September 2015 diagnostizierten CRPS auftraten (vgl. Suva-act. 8, 20). Die psychischen Beschwerden entwickelten sich damit nicht nach einer langwierigen und belastenden Behandlung des CRPS, weshalb nicht von sekundären Folgen auszugehen ist. Der adäquate Kausalzusammenhang der psychischen Beschwerden ist damit nach der sogenannten Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) zu prüfen.

**4.2.** Gemäss dieser Rechtsprechung ist bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer anschliessend einsetzenden



psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vom Unfallereignis auszugehen. Dabei lassen Lehre und Rechtsprechung den sozialen Unfallversicherer für Schäden nur dann einstehen, wenn diese sowohl in einem natürlichen wie auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem schädigenden Ereignis stehen (vgl. vorstehende E. 2.2). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbeschränkung zu (BGE 123 V 102 E. 3b). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektiver Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischenliegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken.

**4.3.** Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 133 E. 6). Um die adäquate Kausalität bejahen zu können, müssen nicht alle Umstände gegeben sein. Vielmehr genügt ein Kriterium, wenn es sich um einen schweren Unfall im mittleren Bereich handelt. Falls keinem Kriterium besonderes Gewicht zukommt, müssen



mehrere unfallbezogene Kriterien bejaht werden können. Dabei gilt, dass je leichter der Unfall ist, desto mehr Kriterien erfüllt sein müssen. Diese Würdigung führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs, ohne dass nach weiteren Ursachen geforscht werden muss, die eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit begünstigt haben könnten (SVR 1999 UV Nr. 10 S. 32). Mit Urteil vom 29. Januar 2010 (8C\_897/2009 E. 4.5) hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur Anzahl der zu erfüllenden Adäquanzkriterien bei mittelschweren Unfällen insofern präzisiert, als bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn drei Adäquanzkriterien genügen, auch wenn sie nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vorliegen. Bei Unfällen im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen sind hingegen vier Adäquanzkriterien zu erfüllen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C\_487/2009 E. 5 mit Hinweis).

**4.4.** Vorliegend rutschte der Beschwerdeführer gemäss Schadenmeldung vom 14. August 2015 auf einer Treppe aus und verletzte sich dabei am Fuss links (Suva-act. 1). Am 30. September 2015 führte der Beschwerdeführer aus, er habe am Sonntag, 2. August 2015, in seiner Wohnung die Treppe hinuntergehen wollen. Dabei habe er einen Fehltritt gemacht. Am Montag sei er normal zur Arbeit gegangen. Am Dienstag sei sein Fuss beim Aufstehen stark geschwollen und blau verfärbt gewesen, so dass er nicht mehr darauf stehen könne. Er habe dann seinen Hausarzt aufgesucht (Suva-act. 13). Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs ist grundsätzlich von einem leichten Unfall auszugehen. Selbst wenn entsprechend der Ansicht des Beschwerdeführers von einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen ausgegangen würde, wäre - wie sich nachfolgend ergibt - die Adäquanz zu verneinen.

**4.5.** Bei einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens vier der relevanten Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein. Bei der Prüfung dieser Kriterien sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (BGE 115 V 133 E. 6c/aa).

**4.5.1.** Bei der Beurteilung des Kriteriums der dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was in der einzelnen betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei ihr psychische Vorgänge auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit



eigen ist, die noch nicht für die Bejahung dieses Adäquanzkriteriums ausreichen kann (vgl. SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142). Es bestehen keine Hinweise auf besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vom 2. August 2015.

**4.5.2.** Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall vom 2. August 2015 ein Supinationstrauma am Fuss bzw. OSG links. Eine am 18. August 2015 durchgeführte MR-Untersuchung hatte den Nachweis eines geringen Knochenödems des anteromedialen Talus und des Os cuboideum, einer Muskelzerrung des Musculus extensor digitorum brevis, eines ausgeprägten Ödems im Subkutangewebe betont über dem lateralen Fussrücken sowie einer Zerrung des Ligamentum fibulotalare posterius erbracht (vgl. Suva-act. 1, 12, 19). Diese Verletzungen können weder als besonders schwer, noch als Verletzungen besonderer Art eingestuft werden. Auch sind derartige Verletzungen in der Regel nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen.

**4.5.3.** Zur Beantwortung der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein der zeitliche Massstab massgeblich. Ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind die Art und Intensität der Behandlung sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten war (Urteil des EVG vom 20. Oktober 2006, U 488/05, E. 3.2.3, BGE 134 V 128, E. 10.2.3). Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U11/07, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer wurde nach dem Unfall medikamentös behandelt und ging an Krücken. Zusätzlich wurde er physiotherapeutisch betreut und unterzog sich aufgrund des CRPS ab September 2015 einer Steroidtherapie (vgl. Suva-act. 13, 18, 20). Ab 26. Oktober 2015 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. E. \_\_\_ behandelt, welche ihm neben der Physio- auch Ergotherapie sowie eine Lagerungsschiene zur Ruhigstellung des linken Fusses verschrieb. Zudem erachtete sie eine psychologische Betreuung für notwendig (Suva-act. 38). Vom 11. bis 22. Januar 2016 befand sich der Beschwerdeführer stationär im Spital G. \_\_\_ zur Mobilisation des OSG links unter einer Poplitealblockade (Suva-act. 63). Dr. E. \_\_\_ erachtete mit Bericht vom 22. Februar 2016 einen weiteren stationären Aufenthalt für unumgänglich, wobei die psychische Komponente deutlich im Vordergrund stehen müsse (Suva-act. 71; Dr. H. \_\_\_ verneinte jedoch eine psychiatrische Behandlungsindikation; vgl. Suva-act. 83). Vom 2. bis 21. Mai 2016 war der Beschwerdeführer im Kantonsspital I. \_\_\_ hospitalisiert. Nebst der



Behandlung des CRPS erfolgte auch eine psychosomatische/psychotherapeutische Betreuung (Suva-act. 104). Vom 7. Juni bis 12. Juli 2016 wurde der Beschwerdeführer sodann stationär in der Rehaklinik Bellikon behandelt. Die dort zuständigen Ärzte erachteten die Psychosomatik, unter anderem die ängstlich akzentuierten Persönlichkeitszüge, als wichtige Komponente (Suva-act. 128). Der Beschwerdeführer befand sich vom 31. Oktober bis 5. November 2016 erneut in der Klinik für Schmerztherapie des Kantonsspitals I.\_\_\_\_. Die dort behandelnden Ärzte berichteten am 5. November 2016 im Vordergrund über psychische Probleme, insbesondere eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), und erachteten den Beschwerdeführer bei Austritt als zu 50% arbeitsfähig in einer adaptierten Tätigkeit (Suva-act. 161). Vom 19. Dezember 2016 bis 11. Februar 2017 befand sich der Beschwerdeführer sodann in stationärer psychosomatisch-sozialmedizinischer Rehabilitationsbehandlung in der Klinik K.\_\_\_\_ (Suva-act. 208). Ab 23. März 2017 absolvierte der Beschwerdeführer ein durch die IV-Stelle finanziertes Belastbarkeitstraining im Reha-Zentrum Valens (Suva-act. 204). Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ befand am 19. Mai 2017, das Fortführen der Physiotherapie, des Aufbautrainings und der psychiatrischen Behandlungen sei sinnvoll (Suva-act. 215). Der Beschwerdeführer nahm in der Folge bis zum 31. März 2018 an einem beruflichen Aufbautraining teil (Suva-act. 226 f., 244 f., 247, 252 f., 256). Der Beschwerdeführer unterzog sich mehreren stationären Behandlungen bis letztmals zum 11. Februar 2017, mithin rund anderthalb Jahre nach dem Unfall vom 2. August 2015. Die Hospitalisationen ab Frühjahr 2016 waren jedoch zu einem wesentlichen Teil auf die psychische Problematik zurückzuführen. Ab Februar 2017 beschränkten sich die medizinischen Massnahmen im Wesentlichen auf Kontrolluntersuchungen und die Erhaltung des somatischen Gesundheitszustandes (vgl. Suva-act. 230, 241, 245). Das Kriterium der langen Dauer der ärztlichen Behandlung ist damit nicht als erfüllt zu erachten.

**4.5.4.** Der Beschwerdeführer äusserte aufgrund des CRPS in nahezu sämtlichen aktenkundigen Arztberichten Schmerzen und wurde unter anderem durch die am F.\_\_\_\_ tätige Dr. E.\_\_\_\_ behandelt (vgl. u.a. Suva-act. 38, 66, 71, 149, 165, 241). Das Kriterium der Dauerschmerzen ist zwar als erfüllt zu erachten, wegen der psychosomatischen Komponente (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise.

**4.5.5.** Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ergeben sich weder aus den Akten noch werden solche von den Parteien geltend gemacht.



**4.5.6.** Die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Beschwerden deuten alleine nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf hin. Das entsprechende Kriterium erfordert besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt und verzögert haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06, E. 4.3.2, und vom 10. Juli 2008, 8C\_61/2008, E. 7.6). Rechtsprechungsgemäss liegt die Entwicklung eines CRPS deutlich ausserhalb des normalen Heilungsverlaufs (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 23. Juni 2006, U 304/05, E. 3.4). Daneben traten infolge der anlässlich der Hospitalisation vom 11. bis 22. Januar 2016 durchgeführten Poplitealblockade ein entzündliches Erythem sowie eine allergische Reaktion auf die Antibiotikatherapie auf (vgl. Suva-act. 63). Diese vorübergehenden Komplikationen klangen jedoch offenbar nach kurzer Zeit folgenlos ab. Von einer besonders ausgeprägten Erfüllung des Kriteriums kann nicht gesprochen werden.

**4.5.7.** Der Beschwerdeführer war ab 4. August 2015 bis mindestens 5. November 2016 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (Suva-act. 2, 23, 27, 33, 69, 91). Die behandelnden Ärzte der Rehaklinik Bellikon hatten ihn zwar ab 2. August 2016 als zu 100% arbeitsfähig erachtet (vgl. Suva-act. 128), diese Einschätzung konnte von Kreisarzt Dr. J.\_\_\_\_ jedoch nicht geteilt werden (Suva-act. 140). Die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals I.\_\_\_\_ befanden, ab dem 6. November 2016 könne eine adaptierte Tätigkeit versuchsweise mit einem Pensum von 50% begonnen werden (Suva-act. 161). Die zuständigen Ärzte der Privatklinik Oberwaid attestierten dem Beschwerdeführer mit Austrittsbericht vom 3. April 2017 zwar weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Diese bezog sich jedoch primär auf die psychischen Einschränkungen des Beschwerdeführers (vgl. Suva-act. 208). Bereits zuvor ist davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit mindestens teilweise auf die psychischen Beschwerden zurückzuführen war. Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ befand am 19. Mai 2017, für die angestammte Tätigkeit bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit. Eine weitere Behandlung und die Weiterführung des Aufbautrainings erachtete er für sinnvoll. Er führte zwar aus, es sei davon auszugehen, dass eine künftige berufliche Tätigkeit vorwiegend im Sitzen stattfinden müsse, äusserte sich jedoch nicht konkret zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (Suva-act. 215). Erst am 13. Februar 2018, mithin kurz vor Ende des durch die IV-Stelle finanzierten Aufbautrainings per 31. März 2018 (vgl. Suva-act. 252 f., 256), führte Dr. L.\_\_\_\_ eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch und hielt den Beschwerdeführer für 100% arbeitsfähig in einer adaptierten Tätigkeit (vgl. Suva-act. 260). Insgesamt ist davon auszugehen, dass spätestens ab Februar 2018, mithin rund 2.5 Jahre nach dem Unfall, eine volle Arbeitsfähigkeit, wahrscheinlich aber bereits während des ab 23. März 2017



begonnenen Aufbautrainings mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit bestanden hatte. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Arbeitsfähigkeit bereits in einem frühen Zeitpunkt auch massgeblich durch die psychischen Beschwerden beeinträchtigt worden war. Das Kriterium ist damit eher als erfüllt zu erachten, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise.

**4.5.8.** Da somit höchstens drei der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt sind, keines jedoch in besonders ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 2. August 2015 und den geklagten psychischen Beschwerden zu verneinen.

## 5.

Basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs der Invaliditätsgrad zu ermitteln.

**5.1.** Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel vom zuletzt – d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der unfallbedingten ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit – erzielten Verdienst auszugehen (BGE 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C\_590/2014, E. 5.1). Die durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Festlegung des jährlichen Valideneinkommens auf Fr. 53'506.-- (vgl. Suva-act. 281, 305), welche sich auf die Angaben der früheren Arbeitgeberin bezüglich des hypothetischen Jahreslohnes des Beschwerdeführers im Jahr 2018 ohne erlittenen Unfall stützt (Suva-act. 269), ist nicht zu beanstanden. Auch der Beschwerdeführer wendet gegen die Berechnung des Validenlohns grundsätzlich nichts ein, hält jedoch eine Parallelisierung für notwendig (vgl. act. G1, G7, nachfolgende E. 5.2.2).

## 5.2.

**5.2.1.** Art. 16 ATSG umschreibt das Invalideneinkommen als hypothetisches Einkommen. Nach der ständigen Verwaltungspraxis und Rechtsprechung steht für dessen Ermittlung der Bezug von Tabellen und vergleichbaren Übersichten im Vordergrund (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, 2015, Art. 16 N 46 ff.). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können entweder LSE-



Tabellenlöhne oder die DAP-Zahlen herangezogen werden (BGE 129 V 475 E. 4.2.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Januar 2010, 8C\_579/2009, E. 2.1). Es ist damit grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Festsetzung des Invalidenlohns DAP-Daten beigezogen hat, was zur Berechnung eines Invaliditätsgrades von 0% geführt hat (vgl. Suva-act. 278, 305). Die gewählten DAP-Profile entsprechen den Adaptionskriterien des Beschwerdeführers (vgl. Suva-act. 260) weitgehend. Selbst wenn entsprechend dem Standpunkt des Beschwerdeführers (act. G7) der Invalidenlohn anhand LSE-Tabellenlöhnen festgelegt wird, resultierte jedoch - wie sich nachfolgend ergibt - kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

**5.2.2.** Da dem Beschwerdeführer Hilfsarbeitertätigkeiten zumutbar sind, rechtfertigt es sich diesfalls, das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2014, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Männer, zu bestimmen (die LSE 2016 war zum Zeitpunkt des Einspracheentscheids noch nicht publiziert und daher nicht anwendbar; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2019, 8C\_64/2019, E. 6.2.1). Der entsprechende Lohn belief sich im Jahr 2014 auf Fr. 5'312.-- pro Monat bzw. Fr. 63'744.-- jährlich. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2018 (Index 2014: 2'220, 2018: 2'260) ergibt sich ein massgebliches Jahreseinkommen von Fr. 67'650.--. Verglichen mit dem Valideneinkommen von 2018 von Fr. 53'506.-- liegt eine Unterdurchschnittlichkeit von rund 21% vor. Folglich ist eine Parallelisierung im Ausmass von 16% vorzunehmen (zum Erheblichkeitsgrenzwert von 5% vgl. BGE 135 V 297 E. 6.2). Es resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 56'826.-- (0.84 x Fr. 67'650.--). Entgegen der Vorbringen der Parteien (vgl. act. G7, G9) ist die Unterdurchschnittlichkeit rechtsprechungsgemäss nicht durch Vergleich des Valideneinkommens und des Einkommens eines Arbeiters im Produktionssektor bzw. in einer spezifischen Branche festzulegen (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Mai 2018, 8C\_759/2017, E. 3.2.3.2). Dies rechtfertigt sich auch deshalb nicht, weil der Beschwerdeführer vor seinem Unfall als ungelernter Hilfsarbeiter tätig und jeweils nur vergleichsweise kurz beim gleichen Arbeitgeber beschäftigt war (vgl. Suva-act. 85-6; act. G7.1, S. 5).

**5.2.3.** Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter-)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer



versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Der Beschwerdeführer hat gewisse qualitative Einschränkungen (sehr leichte, sitzende Tätigkeit, kein Besteigen von Leitern, keine kauernde oder kniende Körperposition; vgl. Suva-act. 260-4). Er ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmern damit lohnmässig benachteiligt und muss mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen (vgl. zum Ganzen Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 9C\_796/2013, E 3.1.2). Vorliegend rechtfertigt es sich, den Tabellenlohnabzug auf 10% festzusetzen, womit ein Invalideneinkommen von Fr. 51'143.-- (0.9 x Fr. 56'826.--) resultiert. Ein höherer Abzug rechtfertigt sich nicht. Insbesondere sind entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers seine psychischen Beschwerden mangels Kausalität nicht zu berücksichtigen und er ist nicht als Teilerwerbstätiger zu betrachten (vgl. act. G7).

**5.3.** Ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit bei einem Valideneinkommen von Fr. 53'506.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 51'143.-- resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 4%. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (act. G9), entfaltet die Invaliditätsbemessung durch die IV-Stelle entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G7) keine Bindungswirkung und ist daher vorliegend unbeachtlich.

## **6.**

**6.1.** Nach dem Gesagten ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

**6.2.** Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

**6.3.** Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

## **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

## **1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.



### 2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.