

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2021 24

## Entscheid vom 19. Oktober 2021

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Simone Höfliger, a.o. Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_,

**gegen**

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,  
Vorinstanz,  
vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. C.\_\_\_\_\_,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Heilkosten; Rückfall/Spätfolgen; Kausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. \_\_\_\_ ) erlitt bei einem Berufsunfall 1995 eine sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th8 (vgl. Vi-act. 2). Die Suva, bei welcher er obligatorisch unfallversichert war, anerkannte ihre Leistungspflicht.

**B.** Am 28. Februar 2018 liess A.\_\_\_\_\_ einen Rückfall bzw. eine Spätfolge aufgrund von Beschwerden im Analbereich melden: "Seit seinem Unfall im Jahr 1995 ist Herr A.\_\_\_\_\_ gehbehindert und auf einen Rollstuhl angewiesen. Durch das ständige Sitzen hat sich am Gesäss eine offene Wunde entwickelt, die sich nun entzündet hat" (Vi-act. 104). Bereits am 21. Februar 2018 ersuchte die Uniklinik D.\_\_\_\_\_ um Kostengutsprache zur stationären Aufnahme und fachgerechten paraplegologischen Versorgung. Die stationäre Aufnahme erfolgte schon am 17. Februar 2018 bei u.a. den Diagnosen Dekubitus Grad 4 perianal/sakral und Erysipel gluteal links mit grossvolumiger Abszessbildung ED 14.02.2018 (Vi-act. 102). Dem Gesuch entsprach die Suva und sie erteilte Kostengutsprache für sechs Wochen (Vi-act. 108). Am 10. April 2018 ersuchte die Uniklinik D.\_\_\_\_\_ um Kostengutsprache für eine Verlängerung der Hospitalisation um sechs Wochen (Vi-act. 110). Aufgrund einer Beurteilung der Suva-Versicherungsmediziner vom 13. April 2018 lehnte die Suva das Gesuch am 17. April 2018 ab; Kostengutsprache werde bis längstens 8. März 2018 erteilt (Vi-act. 117). Auch Wiedererwägungsgesuche der Uniklinik D.\_\_\_\_\_ vom 18. April 2018 (Vi-act. 120) und 30. April 2018 (Vi-act. 129) wurden nach ärztlichen Kurzbeurteilungen der Suva-Ärzte abgelehnt (Vi-act. 132). Am 19. Juli 2018 liess A.\_\_\_\_\_ ein Wiedererwägungsgesuch durch die E.\_\_\_\_\_ einreichen für die postoperative Rehabilitation (Vi-act. 145). Mit Schreiben vom 3. August 2018 zeigte sich auch der Krankenversicherer von A.\_\_\_\_\_ mit der Ablehnung der Kostengutsprache nicht einverstanden (Vi-act. 148).

**C.** Mit Verfügung vom 26. September 2018 bestätigte die Suva die Leistungsablehnung (Vi-act. 163). Gemäss ärztlicher Beurteilung bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall von 1995 und den gemeldeten Analfistelbeschwerden.

Gegen die Leistungsablehnung erhoben A.\_\_\_\_\_ am 29. Oktober 2018 (Vi-act. 169) und der Krankenversicherer am 11. Juni 2019 (nachdem diesem die Leistungsablehnung am 8.5.2019 eröffnet wurde; Vi-act. 211, 216) Einsprache.

Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Suva - nachdem sie den Einsprechern das rechtliche Gehör gewährt hatte - am 31. August 2020 ein Gutachten ein zur Frage: "Besteht ein mindestens überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen einer 2018 behandelten Analfistel und dem Unfall vom

\_\_\_\_.1995?" (Vi-act. 297). Nach Vorlage des Gutachtens vom 23. November 2020 zog der Krankenversicherer seine Einsprache am 3. Februar 2021 zurück (Vi-act. 344). A. \_\_\_\_\_ holte seinerseits eine ärztliche Beurteilung zum Gutachten ein und hielt gestützt auf diese am 22. Februar 2021 an der Einsprache fest (Vi-act. 347, 348).

Mit Entscheid vom 24. Februar 2021 wies die Suva die Einsprache ab (Vi-act. 351; Bf-act. 2).

**D.** Am 7. April 2021 lässt A. \_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht (Fristenstillstand Art. 38 Abs. 4 lit. a Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000) Beschwerde erheben mit den Rechtsbegehren:

1. Der Einsprache-Entscheid vom 24. Februar 2021 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, die Versicherungsleistungen für den stationären Aufenthalt in der Universitätsklinik D. \_\_\_\_\_ und im Universitätsspital F. \_\_\_\_\_ auch für die Zeit nach dem 8. März 2018 erbringen zu müssen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

**E.** Mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2021 stellt die Suva den Antrag, die Beschwerde vom 7. April 2021 sei, soweit darauf einzutreten sei, vollumfänglich abzuweisen.

Mit Replik vom 28. Juni 2021 hält der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren vom 7. April 2021 fest. Mit Duplik vom 13. Juli 2021 bekräftigt die Suva ihren Standpunkt.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Vor Erlass eines Entscheides prüft das Verwaltungsgericht von Amtes wegen, ob die Voraussetzungen für einen Sachentscheid erfüllt sind, so u.a. die Zulässigkeit des Rechtsmittels (vgl. Art. 61 ATSG i.V.m. § 27 Verwaltungsrechtspflegegesetz [VRP; SRSZ 234.110] vom 6.6.1974). Ist eine Voraussetzung nicht erfüllt, trifft das Gericht einen Nichteintretensentscheid (§ 27 Abs. 2 VRP).

**1.2.1** Die Suva beantragt die vollständige Abweisung der Beschwerde, soweit überhaupt darauf einzutreten sei. Zum Nichteintretensantrag macht sie geltend, mit der Verfügung vom 26. September 2018 sei die Kostengutsprache wiedererwägungsweise abgelehnt worden mit der Begründung, dass kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall von 1995 und den gemeldeten Analfistelbeschwerden bestehe (vgl. Vi-act. 163; Ingress Bst. C).

Streitgegenstand bilde somit lediglich die Frage, ob eine Leistungspflicht hinsichtlich des gemeldeten Analfistel-Problems bestehe. Einzig deswegen sei eine Leistungspflicht des Unfallversicherers verneint worden. Mit der Einsprache sei wiederum explizit nur die Fistelproblematik thematisiert und begründet worden, dass die transsphinktäre Fistel mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge der Paraplegie und die Suva somit leistungspflichtig sei. Das in der Folge in Auftrag gegebene Gutachten habe zu einem Ergebnis zu Ungunsten des Einsprechers geführt. Laut Vorinstanz könne sich das Gericht nun nur mit einem Streitgegenstand beschäftigen, der zuvor Gegenstand der angefochtenen Verfügung gebildet habe. Dies sei vorliegend sowohl in der Verfügung als auch in den medizinischen Dokumenten und im Einspracheentscheid ausschliesslich die Frage, ob eine Leistungspflicht für die Behandlung der Analfisteln bestehe oder nicht. Dass der Dekubitus unfallbedingt sei, sei nicht in Zweifel gezogen worden, bilde aber nicht Anfechtungsobjekt des angefochtenen Einspracheentscheides. Aus diesem Grunde könne das Gericht auf die Beschwerde nicht eintreten.

**1.2.2** Der Beschwerdeführer bestreitet, dass einzig die Leistungspflicht hinsichtlich des gemeldeten Analfistel-Problems Streitgegenstand der Verfügung gebildet habe. Am 21. Februar 2018 sei um Kostengutsprache für sechs Wochen Hospitalisation für eine unverzügliche, fachgerechte paraplegiologische Versorgung ersucht worden. Dem Gesuch sei entsprochen worden. Am 10. April 2018 sei um Verlängerung für sechs Wochen ersucht worden, was abgelehnt worden sei. Es seien mehrere Wiedererwägungsgesuche gestellt und begründet worden, so am 19. Juli 2018 mit Ersuchen um Kostengutsprache für die postoperative Rehabilitation. Das Gutachten im Einspracheverfahren habe klären sollen, ob ein Kausalzusammenhang zwischen der transsphinktären Analfistel und der analen bzw. glutealen Infektion bzw. den Abszessen bestehe und es sollte geklärt werden, was der Grund für die Verlegung ins Universitätsspital gewesen sei. Zu diesen Fragen habe sich das Gutachten geäußert. In der Stellungnahme mit ärztlicher Beurteilung zum Gutachten habe sich der Beschwerdeführer insbesondere zur Verlegung geäußert und festgehalten, die Suva sei von falschen Voraussetzungen ausgegangen, wenn sie behaupte, dass der Beschwerdeführer nur zur Spaltung des Perianalabszesses verlegt worden sei. Die Suva habe diese Stellungnahme dem Gutachter nicht unterbreitet, sondern unmittelbar entschieden und die Einsprache abgewiesen. Sie habe dabei einzig Ausführungen zum Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Analfistelbeschwerden gemacht. Hingegen sei sie nicht auf die auch nach dem 8. März 2018 weiterhin notwendigen medizinischen Massnahmen im Zusammenhang mit dem paraplegiebedingten Dekubitus eingegangen. Deshalb habe er Beschwerde erhoben. Streitgegenstand sei das Rechtsverhältnis, das - im Rahmen des Anfechtungsgegenstandes - den auf

Grund der Beschwerdebegehren effektiv angefochtenen Verfügungsgegenstand bilde. Vorliegend habe die Verfügung Bezug genommen auf das Wiedererwägungsgesuch zur Kostengutsprache. Somit sei es in der Verfügung vom 26. September 2018 ebenfalls um die abgelehnte Kostengutsprache für die Verlängerung des Spitalaufenthaltes über den 8. März 2018 hinaus gegangen. Damit bilde die von der Suva abgelehnte Kostengutsprache auch vorliegend Streitgegenstand für die Verlängerung des Spitalaufenthaltes. Zudem bildeten auch jene Rechtsverhältnisse Teil des Verfahrensgegenstandes, hinsichtlich deren es die Verwaltung zu Unrecht unterlassen habe zu befinden, obwohl dazu nach der Aktenlage oder den Parteivorbringen hinreichender Anlass bestanden hätte.

**1.2.3** Die Suva bekräftigt duplizierend ihre Darstellung. Der Beschwerdeführer übersehe, dass im Beschwerdeverfahren nur als Streitpunkt thematisiert werden könne, was Gegenstand der angefochtenen Verfügung und in der Folge des angefochtenen Einspracheentscheides gewesen sei. Er halte selber fest, gemäss angefochtener Verfügung habe nur das Wiedererwägungsgesuch vom 19. Juli 2018 Streitobjekt gebildet. Dabei sei ein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Analfistelbeschwerden verneint und die Versicherungsleistungen verweigert worden. Im Einspracheverfahren sei ein Gutachten in Auftrag gegeben worden, um die sich damals stellende Streitfrage zu klären. Entsprechend dem Ausgang des Gutachtens habe man im Einspracheentscheid an der Verfügung festhalten müssen. "In der Verfügung vom 26.09.2018 ging es nicht um eine Kostengutsprache für eine Verlängerung des Spitalaufenthaltes über den 08.03.2018 hinaus, sondern, aufbauend auf diesem Gutachten um die definitive Beantwortung der Frage, ob eine Leistungspflicht hinsichtlich des gemeldeten Analfistel-Problems bestehe oder nicht" (Duplik S. 2). Das, was der Beschwerdeführer thematisiere, sei weder Gegenstand der angefochtenen Verfügung noch des Einsprache-Entscheides gewesen. Entsprechend könne sich auch das Gericht nicht damit befassen.

**1.3** Strittig und nachfolgend zu prüfen ist somit vorab die Frage, ob die vom Beschwerdeführer vorgetragene Rügen im vorinstanzlichen Verfahren Streitgegenstand gebildet haben, was Voraussetzung ist, damit das Gericht auf die Beschwerde eintreten kann.

**2.** Die im nichtstreitigen Verfahren ergangene Verfügung bildet grundsätzlich den äussersten Rahmen des daran anschliessenden Verwaltungsrechtsstreits. Streitgegenstand im Beschwerdeverfahren kann nur sein, was bereits Gegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens war oder allenfalls hätte sein sollen und was gemäss der Dispositionsmaxime zwischen den Parteien noch strittig ist. Ge-

genstände, über welche die erste Instanz zu Recht nicht entschieden hat, fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Rechtsmittelbehörde. Im Laufe des Rechtsmittelverfahrens kann sich der Streitgegenstand verengen beziehungsweise um nicht mehr strittige Punkte reduzieren, grundsätzlich jedoch nicht erweitern oder inhaltlich verändern (BGE 136 II 457 Erw. 4.2; Urteile BGer 2C\_33/2021 vom 29.6.2021 Erw. 4.3; 1C\_3/2020 vom 7.9.2020 Erw. 3.2; 4A\_489/2018 vom 3.1.2019 Erw. 4.4; 2C\_1127/2018 vom 30.9.2019 Erw. 3.2; 2C\_882/2014 vom 13.4.2015 Erw. 1.2).

Der Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen bedeutet, dass die entscheidende Behörde die auf den festgestellten Sachverhalt anwendbaren Normen aufzufinden und anzuwenden hat. Sie ist nicht an die von den Parteien vorgebrachte rechtliche Begründung gebunden. Dieser Grundsatz gilt nur im Rahmen des Streitgegenstandes, der dem Gericht zur Entscheidung vorliegt (vgl. BGE 142 I 99 Erw. 1.7.1; 141 II 307 Erw. 6.8; Urteil BGer 2C\_699/2017 vom 12.10.2018 Erw. 4.2). Gegenstände, über welche die erste Instanz zu Recht nicht entschieden hat, fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich der Rechtsmittelbehörde. Die rechtliche Begründung zählt jedoch nicht zum Streitgegenstand. Den Parteien ist es unbenommen, im Laufe des Rechtsmittelverfahrens ihre Argumentation anzupassen, ohne dass darin eine unzulässige Veränderung des Streitgegenstands läge.

**3.1** Mit der Schadenmeldung vom 28. Februar 2018 (Rückfall bzw. Spätfolge) wurde die Suva informiert, durch das ständige Sitzen habe sich am Gesäss des Beschwerdeführers eine offene Wunde entwickelt, die sich nun entzündet habe. Nach ambulanter Behandlung sei nun eine Hospitalisation in der Uniklinik D.\_\_\_\_\_ notwendig (Vi-act. 104). Schon zuvor, am 21. Februar 2018, ersuchte die Uniklinik D.\_\_\_\_\_ um "Kostengutsprache Dekubitus" für sechs Wochen (Vi-act. 105):

Bei oben genanntem Patienten mit kompletter Paraplegie AIS A sub T8 besteht ein Dekubitus Grad 4 perianal/sakral sowie ein Erysipel gluteal links mit grossvolumiger Abszessbildung.

Im MRI vom 20.02.2018 zeigte sich perianal/sakral ein deutlicher Abszess, der am 21.02.2018 durch Dr. G.\_\_\_\_\_ (F.\_\_\_\_\_) eröffnet wurde. Es ist im Verlauf eine chirurgische Defektsanierung angedacht.

Es besteht die unverzügliche Indikation zur stationären Aufnahme und fachgerechten paraplegiologischen Versorgung. Zur Vermeidung von Komplikationen wie Zunahme des Grades des Dekubitus, sekundären Hautdefekten, systemischer Infektausbreitung und Vermeidung von pulmonalen Komplikationen ist die Versorgung durch ein paraplegiologisches Zentrum notwendig.

Mit Kurzbeurteilung vom 28. März 2018 hielt PD Dr.med. H. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Neurologie; Suva Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin) fest, die dringliche Aufnahme und medizinische Behandlungsdauer zur chirurgischen Defektsanierung des Dekubitus seien nachvollziehbar (Vi-act. 107), worauf die Suva am 29. März 2018 Kostengutsprache erteilte (Vi-act. 108).

**3.2.1** Am 10. April 2018 ersuchte die Uniklinik D. \_\_\_\_\_ um Verlängerung der Kostengutsprache um sechs Wochen (Vi-act. 110). Dies bei Diagnose (u.a.):

Dekubitus Grad III tuber ischiadicum links

- langjährig bestehend
- St.n. Inzision am 17.02.2018 und 9.03.2018
- Debridement gluteal links 12.03.2018
- Defektdeckung gluteal links mittels Biceps-femoris-Lappenplastik (fecit Dr. I. \_\_\_\_\_, F. \_\_\_\_\_)
- Wundabstrich 17.02.2018: *S. lugdunensis*, *S. aureus*
- St.n. laparoskopischer Anlage Sigmoidostoma (endständig), Anlage suprapubischer Katheter und Setoneinlage transsphinkteräre Fistel 09.03.2018

Der Klinikeintritt am 17. Februar 2018 sei aufgrund eines Dekubitus Grad IV perianal/sakral mit grossvolumiger Abszessbildung und Verdacht auf Erysipel erfolgt. Nach primärer Abszesseröffnung im D. \_\_\_\_\_, sei der Beschwerdeführer am 8. März 2018 in die Viszeralchirurgie des F. \_\_\_\_\_ verlegt worden, wo am Folgetag eine laparoskopische Anlage eines Sigmoidostomas sowie die Einlage eines Zystofix durchgeführt worden sei. Zusätzlich habe eine Abszessesexzision perianal mit Setoneinlage bei transsphinkterärer Fistel stattgefunden. Am 12. März 2018 sei durch die plastische Chirurgie ein Debridement gluteal links erfolgt und am 20. März 2018 eine Defektdeckung gluteal links mittels Biceps femoris Lappenplastik. Die Rückverlegung in die Uniklinik D. \_\_\_\_\_ sei am 26. März 2018 erfolgt. Nach vorerst stabilem Allgemeinzustand, habe der Beschwerdeführer am 29. März 2018 eine Fieberepisode bis 38,6°C sowie laborchemisch eine diskrete Erhöhung der Entzündungsparameter und einen starken Anstieg der CK bis 3200 U/l gezeigt. Nach Therapieanpassung in Absprache mit dem F. \_\_\_\_\_ habe sich rasch eine Zustandsverbesserung gezeigt, sowie laborchemisch eine Abnahme der Entzündungszeichen und der CK. Eine Kontroll-MRI vom 9. April 2018 zeigte anhaltende Flüssigkeitskolektionen sowohl unter dem Lappen sowie transsphinkterär. Es sei ein Konsil mit den Kollegen der Plastischen Chirurgie als auch den Viszeralchirurgen F. \_\_\_\_\_ geplant. Der Beschwerdeführer sei auf eine regelmässige Gabe der intravenösen Antibiose für weitere vier Wochen angewiesen, wozu am 11. April 2018 ein PICC installiert werde. Eine engmaschige medizinische Versorgung sei dringend notwendig. Die notwendige Behandlung könne nur stationär gewährleistet werden, weshalb um Kostengutsprache ersucht werde.

**3.2.2** Mit neurologischer Stellungnahme vom 13. April 2018 hielten Dr.med. H.\_\_\_\_\_ und med.pract. J.\_\_\_\_\_ Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, Facharzt für Viszeralchirurgie, Suva Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin) fest, die Beurteilung bezüglich der Analfistel, die mit den MRI-Bildern dargestellt sei, ändere die Beurteilung der Unfallkausalität im vorliegenden Behandlungsfall. Eine transsphinkteräre Fistel sei - ausser als direkte Traumafolge - immer Folge einer Entzündung der Proktodealdrüsen. Die Besiedlung der Wunde mit Fäkalkeimen spreche sehr für die Analfistel als Ausgangspunkt der Entzündung. Daher sei der vorliegende sakrale Abszess nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Unfallfolge. Die weitere Therapie solle nun zulasten der Krankenversicherung durchgeführt werden (Vi-act. 116). In der Folge lehnte die Suva mit Verweis auf die versicherungsmedizinische Beurteilung die Kostengutsprache ab; die Kostengutsprache vom 29. März 2018 gelte bis längstens am 8. März 2018 (Vi-act. 117). In einer E-Mail vom 18. April 2018 wird präzisiert, der Krankenversicherer sei ab Verlegung in das F.\_\_\_\_\_ und dem Zeitpunkt der Diagnosestellung "Analfistel" zuständig, weshalb Kostengutsprache nur bis 8. März 2018 erteilt werden könne (Vi-act. 119).

**3.2.3** Am 18. April 2018 stellte die Uniklinik D.\_\_\_\_\_ ein Wiedererwägungsgesuch. Der Beschwerdeführer sei zur Prävention einer infektbedingten Wunddehiszenz und eines systemischen Infektes für mindestens weitere vier Wochen auf eine doppelte intravenöse Antibiose angewiesen. Aktuell zeige sich die frische Lappenplastik vital. Es seien jedoch weiterhin regelmässige Wundkontrollen und Wundversorgungen durch Fachpersonal notwendig. Eine Verlaufs-MRI vom 10. April 2018 habe eine anhaltende Flüssigkeitskolektion unter der Lappenplastik (DD Abszess) gezeigt, weshalb am 18. April 2018 eine US-gezielte Punktion mit Entnahme von bakteriologischen Proben geplant sei (Vi-act. 120).

**3.2.4** In der neurologisch-unfallchirurgischen Stellungnahme vom 26. April 2018 hielt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ fest, das Wiedererwägungsgesuch gehe nicht auf die Analfistel ein; es sei nur noch von einem Dekubitus über dem Tuber ischiadicum die Rede. Er verlangte für die Beurteilung mehr Dokumentationen (Vi-act. 122).

Noch gleichentags reichte die Uniklinik D.\_\_\_\_\_ medizinische Dokumente ein, so namentlich Bilder und Berichte der Behandlung am F.\_\_\_\_\_ (Vi-act. 123 ff.).

Am 1. Mai 2018 gelangte med.pract. J.\_\_\_\_\_ aufgrund der eingereichten Unterlagen zur Beurteilung, die vorgelegten MRI-Bilder vom 20. Februar 2018 und vom 9. April 2018 zeigten ebenso wie die vorgelegte Fotodokumentation primär einen Abszess bei transsphinkterärer Analfistel, der Abszess dehne sich bis zum

Sitzbein linksseitig aus, entspreche aber keinem klassischen Decubitalgeschwür. Die Diagnose eines Dekubitus erweise sich nicht als zielführend. Alle Befunde sprächen dafür, dass die transsphinkteräre Analfistel Ausgangspunkt der entzündlichen Veränderungen mit Ausbildung eines Abszesses, bis zum Tuber ischiadicum reichend, gewesen sei. Eine transsphinkteräre Analfistel sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis und die daraus resultierende komplette Paraplegie zurückzuführen (Vi-act. 128).

**3.2.5** Nach dieser Beurteilung ging bei der Suva am 2. Mai 2018 ein weiteres Wiedererwägungsgesuch, datierend vom 30. April 2018, ein (Suva-act. 129). Der Beschwerdeführer sei aufgrund eines langjährig bestehenden Dekubitus - einer direkten Unfallfolge - mit Grössenprogredienz und Verdacht auf Infizierung vorstellig geworden. Die laparoskopische Anlage des Sigmoidostomas sei zur Prävention von Kontamination durch Stuhl des bereits offenen Dekubitus sowie Protektion der frischen Lappenplastik erfolgt. Der viszeralkirurgische Eingriff sei daher im Rahmen der Dekubitussanierung zu werten und ebenfalls Begleitscheinung des Unfalls.

Auf das neuerliche Gesuch bezugnehmend führte med.pract. J. \_\_\_\_\_ am 3. Mai 2018 aus, der MRI-Befund vom 9. April 2018 beschreibe eine abszessverdächtige Flüssigkeitskollektion gluteal, am posterioren linken Oberschenkel sowie paraanal. Mit dem OP-Bericht vom 9. März 2018 werde zudem eine Abszesshöhle bei 5 Uhr in Steinschnittlage beschrieben mit derbem Rand. Ursächlich für diese Abszesshöhle werde eine Analfistel bei 7 Uhr Steinschnittlage, in die ein Seton eingezogen werde, beschrieben. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass der ausgedehnte Abszess Folge der hohen transsphinkterären Analfistel sei und diese nicht Folge des zur Paraplegie führenden Unfalls von 1995. Entsprechend halte er an der Stellungnahme vom 1. Mai 2018 fest (Vi-act. 131). Am 7. Mai 2018 informierte die Suva die Uniklinik D. \_\_\_\_\_, die Kostengutsprache habe nach wie vor längstens bis am 8. März 2018 Gültigkeit (Vi-act. 132).

**3.2.6** Am 19. Juli 2018 stellte die E. \_\_\_\_\_ für den Beschwerdeführer ein weiteres Wiedererwägungsgesuch (Vi-act. 145). Es sei wohl richtig, dass der Abszess eine Folge der transsphinkterären Analfistel sei. Allerdings sei diese - entgegen der Ansicht des Versicherungsmediziners - überwiegend wahrscheinlich Folge der Paraplegie und damit unfallkausal. Der MRI-Befund vom 20. Februar 2018 beschreibe sowohl einen Abszess über dem Sitzbein als auch verschiedene Abszesse rund um den Anus. Das MR Becken vom 9. April 2018 zeige einen zunehmenden Abszess am Sitzbein links und auch zunehmende Abszesse rund um den Anus; die Lappenplastik schein infiziert zu sein mit einer grossen Flüssigkeitsansammlung darunter. Das MR Becken vom 27. April 2018 zeige eine

Regredienz der Befunde perianal wie auch am Sitzbein links. All diese Bilder würden die Entwicklung der verschiedenen Abszesshöhlen im Verlauf von zwei Monaten beschreiben; ein Zusammenhang bzw. eine anatomische Verbindung zwischen den verschiedenen Perianalabszessen und dem Glutealabszess unter dem Sitzbein links müsse angenommen werden, da sie unmittelbar nebeneinander lokalisiert seien. Für all dies sei die Paraplegie ursächlich, weshalb erneut um Kostengutsprache ersucht werde.

Mit Schreiben vom 3. August 2018 teilte auch der Krankenversicherer mit, er sei mit der Ablehnung der Kostengutsprache nicht einverstanden (Vi-act. 148). Gemäss vertrauensärztlichem Dienst stimme, dass die transsphinkterische Analfisteln zu Abszessen führten und diese unfallfremd seien. Aber die Unfallfolgen hätten die Behandlungsstrategie bestimmt. Ohne den unfallkausalen Decubitus hätte die Analfistel lokal in einem zwei- bis dreitägigen stationären Aufenthalt behandelt werden können. Daher sei die Sanierung des postulierten Abszesses am Gesäss mittels Darmausgangsverlegung und Stoma eine *conditio sine qua non*, um die Unfallfolgen mit Decubitus zu behandeln.

Mit Stellungnahme vom 3. September 2018 hielt med.pract. J. \_\_\_\_\_ an seinen früheren Beurteilungen fest (Vi-act. 161).

**3.2.7** Auf das Wiedererwägungsgesuch vom 19. Juli 2018 Bezug nehmend, hielt die Suva mit Verfügung vom 26. September 2018 fest, sie hafte für einen Gesundheitsschaden, wenn dieser mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Zusammenhang mit einem versicherten Ereignis stehe. Gemäss ärztlicher Beurteilung vom 3. Mai 2018 und 3. September 2018 bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall von 1995 und den gemeldeten Analfistelbeschwerden. Demzufolge bestehe keine Leistungspflicht; Versicherungsleistungen würden abgelehnt (Vi-act. 163).

**3.2.8** Am 29. Oktober 2018 erhob der Beschwerdeführer Einsprache. Komplikationen rund um den Anus würden bei Querschnittgelähmten erwiesenermassen häufiger auftreten als bei Fussgängern (Vi-act. 169). Es handle sich um Hämorrhoiden, Hämorrhoidalabszesse, Analfissuren und Perianalfissuren. Paraplegiker seien dauernd auf einen Rollstuhl angewiesen und saßen den ganzen Tag. Dies führe zu gehäuftem Auftreten von Hämorrhoiden. Diese könnten unter Umständen entzünden und trombosieren und im Extremfall Hämorrhoidalabszesse bilden, wie dies offenbar beim Beschwerdeführer geschehen sei. Hieraus könne sich eine Perianalfistel bilden, über welche sich der Abszess entleere. Es sei klar, dass die klassische Theorie der Entstehung der Perianalfisteln von den infizierten Proktodäaldrüsen ausgehe; dies sei aber insbesondere bei Querschnittgelähm-

ten nicht die einzig mögliche Ursache. Der Versicherungsmediziner halte wohl zu Recht fest, dass der ausgedehnte Abszess eine Folge der transsphinkteren Analfistel sei. Die Diagnose von Analfisteln im symptomlosen Zustand sei schwierig. Sie manifestierten sich erst wieder, wenn sie sich erneut entzündeten würden. Darum sei es nicht verwunderlich, dass man diese beim Beschwerdeführer nicht auf Anhieb gefunden habe; es habe eine proktologische Untersuchung gebraucht. Insgesamt sei die transsphinkter Analfistel mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge der Paraplegie.

Nachdem am 8. Mai 2019 die Verfügung auch dem Krankenversicherer eröffnet wurde (Vi-act. 211), erhob dieser am 6. Juni 2019 ebenfalls Einsprache (Vi-act. 216). Nach Vorlage des Gutachtens (vgl. nachfolgend) zog der Krankenversicherer seine Einsprache allerdings wieder zurück, womit sie nicht Inhalt des Einspracheentscheides bildete.

**3.3.1** Im Rahmen des Einspracheverfahrens und nach Anhörung der Einsprecher erteilte die Suva am 31. August 2020 PD Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (Facharzt für Chirurgie FMH, speziell Koloproktologie) den Auftrag für ein monodisziplinäres viszeralchirurgisches Gutachten (Vi-act. 290). Im Sachverhalt wurde u.a. ausgeführt, es bestehe beim Beschwerdeführer eine sensomotorisch komplette Paraplegie sub Th10. Mit Schadenmeldung UVG zum Rückfalldatum 1. Februar 2018 werde am 28. Februar 2018 angegeben, am Gesäss habe sich eine offene Wunde entwickelt, die sich nun entzündet habe. Diese sei durch das ständige Sitzen bedingt. Mit der Kurzbeurteilung vom 13. April 2018 werde, in Kenntnis des Befundes einer transsphinkteren Fistel, eine Unfallkausalität der entzündlichen Veränderungen perianal verneint. Mit der Verfügung vom 26. September 2018 sei die Leistungspflicht der Suva für die Analfistel-Beschwerden verneint worden. Die Fragestellung lautete (Vi-act. 297):

1. Besteht ein mindestens überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen einer 2018 behandelten Analfistel und dem Unfall vom \_\_.\_\_.1995?

**3.3.2** Der Gutachter PD Dr.med. K. \_\_\_\_\_ formulierte im Gutachten vom 23. November 2020 die zu klärende Frage nach Kurzzusammenfassung des Behandlungsverlaufes seit Rückfallmeldung (operative Behandlung von zuvor radiologisch verifizierten analen bzw. glutealen Abszessen; Verlegung ans F. \_\_\_\_\_ zur plastischen Deckung des bislang konservativ behandelten Dekubitus; aufgrund der Nähe des Dekubitus zur Analregion Indikation zur Anlage einer Schutzstomie im Sinne eines endständigen Sigmoidostomas; im Rahmen dieser Operation Revision des analen Abszesses, dabei Diagnosestellung einer transsphinkteren Analfistel und deren Versorgung mittels Seton) wie folgt (Bf-act. 3):

Es soll nun die Frage geklärt werden, ob die Ereignisse eine Folge des durch die Paraplegie bedingten Dekubitus und somit unfallbedingt sind oder als krankheitsbedingt gewertet werden müssen aufgrund der diagnostizierten Analfistel.

Der Gutachter hielt fest, zwischen den Parteien bestünden diskrepante Auffassungen bezüglich des Verlegungsgrundes bzw. der eigentlichen Diagnose des Patienten und ebenso würden die radiologischen und klinischen Befunde unterschiedlich interpretiert. In der Folge formulierte er verschiedene, für die Beantwortung der Gutachterfrage relevante Vorfragen und Schlussfolgerungen.

So hielt PD Dr.med. K.\_\_\_\_\_ fest, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Interpretation der Infektsituation, die zur Zuweisung des Patienten ans F.\_\_\_\_\_ geführt habe (Dekubitus bzw. Erysipel mit Abszessbildung; vgl. auch oben Erw. 3.1 und 3.2.1), nicht korrekt gewesen sei.

Aufgrund der radiologischen Beurteilung der Infektsituation gelangte PD Dr.med. K.\_\_\_\_\_ zum Schluss, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die radiologisch-dokumentierten Abszesse mit der ebenfalls als Verdachtsdiagnose geäußerten analen Fistulierung in Zusammenhang stünden, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die glutealen bzw. analen Abszesse zu der als Verdachtsdiagnose geäußerten analen Fistulierung geführt haben.

Weiter ergründete er die Frage eines kausalen Zusammenhangs zwischen dem Dekubitus und der Indikation zur Lappenplastik. Er erwog, dass der Dekubitus unfallbedingt sei, stehe ausser Zweifel. Auch die Indikation zur Anlage eines protektiven Sigmoidostomas bei geplanter Lappenplastik könne vollständig nachvollzogen werden. Dass der Eingriff als "Begleiterscheinung" des Unfalls gewertet werden müsse, sei jedoch nicht ganz klar. Der Dekubitus sei vor dem Infekt bereits über mehrere Jahre bekannt gewesen und konservativ versorgt worden. Ob die Indikation zur Lappenplastik auch bei fehlender Infektsituation gestellt worden wäre, sei in Anbetracht des hierzu bei paraplegischen Patienten notwendigen operativen Aufwandes eher unwahrscheinlich. Der Infektsituation komme daher bezüglich der Indikation der Lappenplastik eine entscheidende Rolle zu. Daher sei es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Indikation zur Anlage eines protektiven Sigmoidostomas und zur Lappenplastik ohne den vorausgegangenen abszedierenden Infekt erfolgt wäre.

Weiter hielt PD Dr.med. K.\_\_\_\_\_ bezüglich kausalem Zusammenhang zwischen dem Dekubitus und der Analfistel fest, es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Entzündung im Rahmen des Dekubitus die Bildung der analen Fistel begünstigt habe. Jedoch sei überwiegend wahrscheinlich, dass die am 9. März 2018 diagnostizierte Fistelöffnung bereits vor der Abszessdrainage vom 21. Februar 2018 vorgelegen habe.

Die weitere Vorfrage, ob ein kausaler Zusammenhang zwischen einer Paraplegie und analen Fisteln/Abszessen bestehe, beurteilte PD Dr.med. K. \_\_\_\_\_ in Auswertung der Literatur derart, dass es weder überwiegend wahrscheinlich sei, dass mechanische Faktoren (z.B. digitales Ausräumen des Rektums) die Bildung von analen Fisteln begünstigen, noch, dass eine Paraplegie die Bildung von analen Fisteln begünstige. Die spärliche Datenlage in der Literatur lasse einen konklusiven Schluss nicht zu.

Derart gelangte PD Dr.med. K. \_\_\_\_\_ zur Schlussfolgerung:

Aufgrund der vorliegenden Informationen besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der transsphinkteren Anal-fistel und der analen bzw. glutealen Infektion bzw. den Abszessen des Patienten. Aufgrund dieser Infektion erfolgte die Abszessentlastung. Ebenso ist es überwiegend wahrscheinlich, dass die Operationsindikation, die schlussendlich zur Verlegung des Patienten von der Universitätsklinik D. \_\_\_\_\_ ins Universitätsspital F. \_\_\_\_\_ geführt hat, aufgrund dieser durch die anale Fistel bedingte Infektion erst gestellt worden ist. Somit muss gefolgert werden, dass die klinischen Ereignisse bzw. die nachfolgenden notwendigen Interventionen nicht als Folge des Unfalls von 1995 gewertet werden können.

**3.3.3** Nach Erhalt des Gutachtens PD Dr.med. K. \_\_\_\_\_ zog der Krankensicherer seine Einsprache zurück.

**3.3.4** Der Beschwerdeführer holte bei Dr.med. L. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Allgemeine Medizin; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_) eine Stellungnahme zum Gutachten ein (Bf-act. 4). Dr.med. L. \_\_\_\_\_ teilt darin einleitend die Einschätzung des Gutachters, dass der korrekten Diagnose und Interpretation der radiologischen und klinischen Befunde eine entscheidende Rolle zukomme und dass dies diskrepanz interpretiert worden sei. In der Folge befasst er sich mit den vom Gutachter formulierten Vorfragen und Schlussfolgerungen.

Bezüglich Verlegungsgrund geht Dr.med. L. \_\_\_\_\_ mit dem Gutachter einig, dass die Diagnose Erysipel nicht korrekt und die Interpretation der Infektsituation ungenügend waren. Bezüglich radiologischer Beurteilung der Infektsituation teilte er die Meinung, dass die glutealen Abszesse nichts mit der perianalen Fistel zu tun hatten, da sie verschiedene Körperkompartimenten betrafen.

Betreffend Kausalzusammenhang zwischen Dekubitus und der Indikation zur Lappenplastik halte der Gutachter korrekt fest, der Dekubitus sei unfallbedingt. Die protektive Sigmoidostomie zum Schutz einer geplanten Lappenplastik sei korrekt. Die Infektsituation (des tiefen Prozesses über dem Sitzbein) habe zur Indikation einer Lappenplastik geführt. Eine Infektion der tiefliegenden Nekrose über dem Sitzbein geschehe früher oder später zufällig. Wenn man dies berücksichtige, sei die Schlussfolgerung des Gutachters falsch formuliert. Die Situation

des tiefen Prozesses habe zuerst zur Entlastung des perianalen Abszesses mit Einlegen eines Setons in die Fistel und danach zur Anlage eines Sigmoidostomas zum Schutz der Lappenplastik und schliesslich zum Débridement vom 12. März 2018 geführt. Wenn in unmittelbarer Nähe des Anus immer Keime in die frische Lappenplastik verschleppt würden, sei der Fehlschlag dieser Operation vorprogrammiert.

Was den Kausalzusammenhang zwischen dem Dekubitus und der Analfistel sowie zwischen der analen Fistel und der Operation vom 21. Februar 2018 anbelangt, teilt Dr.med. L.\_\_\_\_\_ die Schlussfolgerungen des Gutachters, so insbesondere, dass die Perianalfistel bereits vor der Abszessdrainage vorgelegen habe.

Zur gutachterlichen Schlussfolgerung betreffend Kausalzusammenhang zwischen einer Paraplegie und analen Fisteln/Abszessen (kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang) hält Dr.med. L.\_\_\_\_\_ fest, dies müsse aufgrund der gegenwärtigen Datenlage akzeptiert werden.

Zur Allgemeinen Schlussfolgerung äussert Dr.med. L.\_\_\_\_\_, seiner Meinung nach bestehe ein Kausalzusammenhang zwischen der Analfistel und den Perianalabszessen; es sei daher nicht richtig, dies zu verneinen (die Fistel könne wirklich Abszesse verursachen). Andererseits sei es aber richtig, dass kein Kausalzusammenhang zwischen der Analfistel und der tiefen glutealen Infektion bestehe.

Seinerseits zieht Dr.med. L.\_\_\_\_\_ folgendes Fazit:

Der Patient wurde wegen einer paraplegiespezifischen Komplikation (tiefer Decubitus über dem linken Sitzbein) vom D.\_\_\_\_\_ ins F.\_\_\_\_\_ verlegt. Dieser Prozess ist bereits auf den MRI Aufnahmen vom 20.2.2018 zu sehen und ist der Grund für die Verlegung auf die plastische Chirurgie.

Die Suva geht hier von falschen Voraussetzungen aus, wenn sie behauptet, dass der Patient nur zur Spaltung des Perianalabszesses ins F.\_\_\_\_\_ verlegt worden wäre.

Es braucht hier eine deutlich differenziertere Betrachtung:

Die Perianalabszesse bedingten eine Abszessspaltung und dabei wurde eine gleichzeitig bestehende (oder vorbestehende) transsphinctäre Perianalfistel gefunden.

Der tiefe, infizierte Dekubitus über dem Sitzbein (deep tissue injury) als Folge von zu hohem und zu langem Druck beim Sitzen musste durch ein Débridement vom 12.3.2018 und mittels der gestielten Verschiebelappenplastik vom 20.3.2018 saniert werden.

Der Patient wurde für diese Verschiebelappenplastik auf die plastische Chirurgie F.\_\_\_\_\_ verlegt, die Abszessspaltung des Perianalabszesses war nur ein Nebeneffekt. Falls nur die Perianalabszesse hätten angegangen werden müssen, hätte man Herrn A.\_\_\_\_\_ auf die Proktologie verlegen müssen.

So sollte klar werden, dass Herr A.\_\_\_\_\_ wegen eines paraplegiebedingten, tiefliegenden, nekrotischen Prozesses über dem linken Sitzbein ins F.\_\_\_\_\_ verlegt wurde, und dass damit die SUVA kostenpflichtig ist.

Gestützt auf die Stellungnahme von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ bekräftigte der Beschwerdeführer am 22. Februar 2021, es brauche eine differenziertere Betrachtung, als dass der Beschwerdeführer nur zur Spaltung des Perianalabszesses ins F.\_\_\_\_\_ verlegt worden sei. Die Verlegung auf die plastische Chirurgie F.\_\_\_\_\_ sei wegen der Verschiebelappenplastik erfolgt; die Abszessspaltung sei nur ein Nebeneffekt. Der Beschwerdeführer sei wegen eines paraplegiebedingten, tiefliegenden, nekrotischen Prozesses über dem linken Sitzbein ins F.\_\_\_\_\_ verlegt worden. Entsprechend sei die Suva leistungspflichtig (Vi-act. 347).

**3.3.5** Im angefochtenen Einspracheentscheid formulierte die Suva, es sei streitig, ob die 2018 als Rückfall gemeldeten Beschwerden im Analbereich, bezüglich derer der Versicherte ab dem 17. Februar 2018 in ärztlicher Behandlung stand, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom \_\_.\_\_.1995 zurückzuführen seien.

PD Dr.med. K.\_\_\_\_\_ halte fest, weder mechanische Faktoren noch eine Paraplegie begünstigten anale Fisteln überwiegend wahrscheinlich. Es bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen der transsphinkteren Analfistel und der analen bzw. glutealen Infektion bzw. den Abszessen. Wegen dieser Infektion sei die Abszessentlastung erfolgt. Die Operationsindikation sei überwiegend wahrscheinlich wegen dieser Infektsituation gestellt worden. Somit müsse gefolgert werden, dass die klinischen Ereignisse bzw. die nachfolgenden notwendigen Interventionen nicht als Folge des Unfalls von 1995 gewertet werden könnten.

Gemäss Suva ist dieses Gutachten voll beweiswertig. Auch in der Stellungnahme Dr.med. L.\_\_\_\_\_ fänden sich keine Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprächen. Letztlich vertrete Dr.med. L.\_\_\_\_\_ eine eigene abweichende Ansicht, was nicht genüge, um einem Gutachten die Beweiskraft abzuspochen. Zudem halte er selber fest, die Aktenlage in der Literatur sei dünn und es lasse sich bisher nicht beweisen, dass Perianalfisteln und Perianalabszesse bei Querschnittgelähmten häufiger vorkämen.

Daraus schloss die Suva, die 2018 als Rückfall gemeldeten Beschwerden im Analbereich seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall von 1995 zurückzuführen, weshalb kein Anspruch auf Versicherungsleistungen der Suva bestehe. Mithin bestätigte sie die Verfügung vom 26. September 2018.

**4.1** Vor Verwaltungsgericht erklärt der Beschwerdeführer, strittig sei, ob die anlässlich der Operation vom 9. März 2018 erfolgte Revision des analen Abszesses und die dabei festgestellte und mittels Seton versorgte transsphinkter Analfistel die weitere ärztliche Behandlung bedingte oder ob dies nach wie vor die ursprüngliche Eintrittsursache, der Dekubitus, gewesen sei. Je nach dem stehe die ärztliche Behandlung über den 8. März 2018 hinaus in einem überwiegenden Kausalzusammenhang mit dem Unfall (im Falle des unfallkausalen Dekubitus als weiterhin massgebende Behandlungsursache) oder sie könne nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückgeführt werden (im Falle der transsphinkteren Analfistel als massgebende Behandlungsursache).

**4.2** Diesen beschwerdeführerischen Ausführungen ist zu folgen. Am Ursprung des Verfahrens stand das Gesuch um Kostengutsprache für die Hospitalisation nach Rückfall- bzw. Spätfolgemeldung. Sie wurde gewährt. Das Gesuch um Verlängerung wurde verweigert mit der Begründung, massgeblich für die Behandlung sei die transsphinktere Fistel und diese sei nicht unfallkausal. Schon nach dem ersten Wiedererwägungsgesuch wurde indes die Frage der effektiven Indikation für die Verlegung ans F. \_\_\_\_\_ und die weitere Behandlung in den Raum gestellt, hielt doch der Suva-Arzt fest, das Wiedererwägungsgesuch gehe nicht auf die Analfistel ein; es sei nur noch von einem Dekubitus über dem Tuber ischiadicum die Rede. Nach Einholen weiterer Unterlagen stellte der Suva-Arzt dann fest, die Diagnose eines Dekubitus erweise sich nicht als zielführend. Alle Befunde sprächen dafür, die transsphinktere Analfistel sei Ausgangspunkt der entzündlichen Veränderungen mit Ausbildung eines Abszesses bis zum Tuber ischiadicum reichend. Daraufhin wurde bekräftigt und mit Verfügung vom 26. September 2018 bestätigt, dass eine transsphinktere Analfistel nicht unfallkausal sei. Auch wenn der Beschwerdeführer genau diese Feststellung anschliessend konkret bestritt, so blieb die Frage, welche Indikation zur erfolgten Behandlung führte, auch Gegenstand des Gutachtens und damit letztlich auch Streitgegenstand. Wohl hat die Suva mit Verfügung vom 26. September 2018 die Leistungspflicht mangels natürlicher Unfallkausalität der transsphinkteren Analfistel abgelehnt. Dies aber insbesondere mit der Begründung, diese und nicht der Dekubitus sei massgebende Behandlungsindikation. Dass die transsphinktere Analfistel nicht unfallkausal ist, anerkennt der Beschwerdeführer zwischenzeitlich. Dies ändert indes nichts daran, dass seine Begründung der Leistungspflicht der Suva, der Dekubitus sei massgebliche Behandlungsursache, stets auch Gegenstand der Untersuchungen und letztlich auch der angefochtenen Verfügung zur abgelehnten Kostengutsprache war. Denn wenn die Leistungspflicht mangels Unfallkausalität der transsphinkteren Fistel abgelehnt wurde, so insbesondere auch deshalb, weil die Vorinstanz ihrem Entscheid diesen Befund als Indikation für die

Behandlung zugrunde legt und bestreitet, dass der Dekubitus für die über den 8. März 2018 andauernde Behandlung massgebend war. Es ist damit auf die Beschwerde einzutreten.

**5.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung, insbesondere auch der Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalls, eines Nichtberufsunfalls oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20] vom 20.3.1981). Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden jedoch nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 Erw. 3). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 Erw. 2; 127 V 102 Erw. 5b/bb).

**5.2** 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 bzw. 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel; m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 Erw. 1; BGE 134 V 109 Erw. 2.1; Urteil BGer 8C\_689/2019 vom 9.3.2020 Erw. 5.3 je mit Hinweisen).

**5.3** Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders

gearteten Krankheitsbild führen können (Urteile BGer 8C\_148/2018 vom 6.7.2018 Erw. 6.1; 8C\_382/2018 vom 6.11.2018 Erw. 2.2).

Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 Erw. 2c mit Hinweisen).

Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C 331/2015 Erw. 2.2.2; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C 816/2009 Erw. 6, je mit Hinweis). Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 Erw. 3b; Urteil des EGv U 69/03 vom 7.4.2004 Erw. 2.3, je mit Hinweis; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 78 f.).

**5.4** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

Im Sozialversicherungsrecht ist ein Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweis-

last im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache der verfügenden Verwaltungsstelle (oder des Sozialversicherungsgerichts) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 Erw. 3.2; Urteil BGer 8C\_765/2020 vom 4.3.2021 Erw. 3.2.2).

**5.5** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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.

**5.5.1** Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. 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 Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

**5.5.2** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweis-

kraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4; BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb). Zu beachten ist, dass die SUVA bei der Einholung von solchen Gutachten nach Art. 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b; BGE 137 V 210 Erw. 3.4; Marco Weiss, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht, AJP 9/2016, S. 1212), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 361 f. Erw. 1c).

**6.1** Es trifft wohl zu, wenn die Suva im Einspracheentscheid festhält, Dr.med. L.\_\_\_\_\_ stelle ohne weiteren Beleg die Behauptung in den Raum, dass keiner der bisherigen Experten und Gutachter sich die Mühe genommen habe, die MRI Bilder vom 20. Februar 2018 selbst anzusehen, da es sonst zu einer anderen Beurteilung gekommen wäre. Diese Aussage ist nicht nur unbelegt, sondern für die Beurteilung auch unmassgeblich. Sie vermag seine eigene medizinische Beurteilung weder zu bekräftigen noch zu schmälern. Entscheidend ist allein, ob seine Beurteilung, namentlich auch dieser MRI Bilder vom 20. Februar 2018, nachvollziehbar und schlüssig ist.

**6.2** Dr.med. L.\_\_\_\_\_ teilt in wesentlichen Punkten die Beurteilung des Gutachters. So namentlich, dass der korrekten Diagnose und Interpretation der Befunde eine entscheidende Rolle zukomme und dass dies diskrepanz interpretiert worden sei. Weitgehende Übereinstimmung besteht auch hinsichtlich der Kausalitätsbeurteilungen, so namentlich, dass die transsphinkteräre Analfistel nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal ist. Dies ist für Dr.med. L.\_\_\_\_\_ aber für die Frage der Leistungspflicht nicht entscheidend, da nicht die Perianalabszesse zur Verlegung des Beschwerdeführers ans F.\_\_\_\_\_ führten, sondern die aufgrund des tiefen, infizierten Dekubitus notwendige Verschiebelappenplastik, zu welcher die Abszessspaltung des Perianalabszesses nur ein Nebeneffekt gewesen sei.

**6.3** Diese Beurteilung begründet Dr.med. L.\_\_\_\_\_ aufgrund der radiologischen und klinischen Befunde zumindest derart nachvollziehbar und schlüssig, dass eine Konfrontation des Gutachters mit dieser (teilweise) abweichenden Stellungnahme notwendig gewesen wäre. Sodann treffen sowohl der Gutachter als auch Dr.med. L.\_\_\_\_\_ Annahmen zur Verlegungs- und Behandlungsindikation. Hierzu wurden die behandelnden Ärzte nicht mehr befragt, obwohl von deren Stellungnahme hierzu aufschlussreiche Informationen zu erwarten wären.

Indem die Suva mit dem angefochtenen Einspracheentscheid ihre Verfügung vom 26. September 2018 bestätigte und einen Anspruch auf Versicherungsleistungen über den 8. März 2018 hinaus verneinte, ohne diese abweichenden Beurteilungen hinsichtlich der eigentlichen Indikation zur Verlegung des Beschwerdeführers ans F.\_\_\_\_\_ und der dortigen Behandlung zu klären, hat sie ihre Untersuchungspflicht (Art. 43 ATSG) verletzt. Denn die ausführliche Stellungnahme von Dr.med. L.\_\_\_\_\_, die sich sowohl mit den medizinischen Akten als insbesondere auch mit dem Gutachten konkret auseinandersetzt, ist entgegen der Darstellung der Suva geeignet, die Zuverlässigkeit des Gutachtens in Frage zu stellen.

**6.4** Die Beschwerde erweist sich damit insoweit als begründet, als der Einspracheentscheid vom 24. Februar 2021 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Zum einen sind zur Klärung der Indikation zur Hospitalisation, Überweisung und der vorgenommenen Eingriffe die behandelnden Ärzte beizuziehen, um so die vom Gutachter und Dr.med. L.\_\_\_\_\_ getroffenen Annahmen zu verifizieren / falsifizieren. Zum andern ist der Gutachter mit der Beurteilung von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ zu konfrontieren. Verbleiben insgesamt Widersprüche, sind diese nicht nur viszeralchirurgisch, sondern polydisziplinär (viszeralchirurgisch, plastische Chirurgie, Paraplegiologie, allgemeinmedizinisch) zu klären.

**7.1** Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. <sup>f</sup>bis ATSG).

**7.2.1** Die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur erneuten Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Zusprechung einer Parteientschädigung als Obsiegen der beschwerdeführenden Partei, unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt, oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (vgl. BGE 137 V 210 Erw. 7.1; VGE I 2019 75 vom 16.3.2020 Erw. 6.2, je mit Hinweisen).

**7.2.2** Die Parteientschädigung richtet sich nach dem Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. November 1986. § 2 des Gebührentarifs sieht als Bemessungskriterien die Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, den Umfang und die Art der Arbeitsleistung sowie den notwendigen Zeitaufwand vor. Das Honorar beträgt für die Vertretung vor Verwaltungsgericht Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- (§ 14 GebTRA). Eine allfällige Kostennote ist zu spezifizieren und vor Fällen des Entscheides einzureichen; andernfalls wird die Vergütung nach freiem Ermessen festgesetzt (§ 6 Abs. 1 GebTRA). Gestützt auf die obzitierten Normen befolgen die Verwaltungsbehörden und das Verwaltungsge-

richt bei der Entschädigungsbemessung eine zurückhaltende Praxis. Die Bindung an den Gebührentarif und damit die notwendige Wahrung der Proportionen zwischen den verschiedensten Aufwandintensitäten bedingt, dass aufwandgeringe Verfahren nur so hoch entschädigt werden, dass der Gebührentarif auch für aufwandintensivste Fälle noch eine angemessene Entschädigung zulässt (VGE 708/97 vom 2.9.1997 Erw. 1c). Sodann beträgt der aktuell vom Verwaltungsgericht akzeptierte maximale Stundenansatz Fr. 220.-- inkl. MwSt (vgl. VGE III 2015 176 vom 22.12.2015 Erw. 4).

**7.2.3** Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers reichte am 28. Juni 2021 eine Honorarnote ein, in welcher sie einen Aufwand von total 15 Stunden sowie Auslagen von Fr. 72.30, mithin ein Honorar von total Fr. 4'439.70 inkl. MwSt geltend macht. Der nachgewiesene Aufwand ist soweit nachvollziehbar; jedoch ist der angewendete Stundenansatz von Fr. 270.-- zu reduzieren auf Fr. 220.-- inkl. MwSt. Dies berücksichtigend ist die Parteientschädigung auf Fr. 3'380.-- festzulegen.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 24. Februar 2021 aufgehoben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen und neuem Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'380.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu bezahlen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).  
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
  - die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
  - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (2/R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 19. Oktober 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die a.o. Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 2. November 2021

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I

