

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2021 30

## Entscheid vom 13. Dezember 2021

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw B.\_\_\_\_\_,

**gegen**

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

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Adäquanz)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 1969) arbeitete seit dem 1. Oktober 2012 bei der D.\_\_\_\_\_ AG als Hilfsfensterbauer und war damit bei der Suva obligatorisch unfallversichert. Am 27. März 2013 stieg A.\_\_\_\_\_ bei der Arbeit auf eine Leiter, machte dabei einen Fehltritt und stürzte aus 2 - 2.5m Höhe zu Boden (Suva-act. 19). Im Schadenmeldeformular wurde eine Prellung am Oberschenkel links festgehalten (Suva-act. 2). Gleichentags erfolgte die Erstbehandlung im Paracelsus Spital in Richterswil (Suva-act. 8). Die Suva erbrachte in der Folge Leistungen (Suva-act. 3). Bei anhaltender Arbeitsunfähigkeit hielt sich A.\_\_\_\_\_ vom 5. September 2013 bis 10. Oktober 2013 zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon auf (Suva-act. 50, 61). Per 30. September 2013 wurde ihm seine Arbeitsstelle bei der D.\_\_\_\_\_ AG gekündigt (Suva-act. 54).

**B.** Mit Verfügung vom 3. Juli 2014 verneinte die Suva einen Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung (Suva-act. 121; 119). Die medizinischen und erwerblichen Abklärungen hätten ergeben, dass A.\_\_\_\_\_ seine angestammte Tätigkeit nicht mehr ausführen könne, ihm eine mittelschwere Arbeit indes ganztags zumutbar sei. Aufgrund des Einkommensvergleichs bestehe keine Erwerbseinbusse; eine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit liege nicht vor; die Erheblichkeitsgrenze zum Ausrichten eines Integritätsschadens werde auch nicht erreicht.

Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 21. Juli 2014 (Postaufgabe; fehlende Unterschrift) bzw. am 5. August 2014 (Posteingang, unterzeichnet) Einsprache (Suva-act. 124f.), welche die Suva mit Einspracheentscheid vom 26. August 2014 abwies (Suva-act. 127).

**C.** Am 24. September 2014 erhob A.\_\_\_\_\_ Beschwerde beim Verwaltungsgericht und beantragte die Ausrichtung einer Rente und einer Integritätsentschädigung, eventualiter die Weiterausrichtung von Taggeldern und Heilkosten.

Mit VGE I 2014 110 vom 11. März 2015 hiess das Verwaltungsgericht die Beschwerde insoweit gut, als der Einspracheentscheid vom 26. August 2014 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zu weiteren Abklärungen, namentlich dem Vorliegen eines CRPS, und zum neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde.

**D.** In der Folge liess die Suva A.\_\_\_\_\_ durch die Schulthess Klinik extern begutachten. Gemäss Gutachten vom 21. Oktober 2016 bestanden Anhaltspunkte, dass ein CRPS durch einen dysfunktionalen Umgang mit den Unfallfolgen

durch den Patienten – Anlegen einer festsitzenden Oberschenkelbinde – verursacht worden sei (Suva-act. 197, S. 38), worauf die Suva A.\_\_\_\_\_ mitteilte, die Heilkosten und Taggelder rückwirkend per 1.8.2014 wieder zu erbringen (Suva-act. 210). Später liess die Suva durch die Schulthess Klinik ein bidisziplinäres Verlaufsgutachten erstellen, welches am 29. November 2019 vorgelegt wurde (Suva-act. 370). Gestützt hierauf stellte die Suva mit Verfügung vom 26. März 2020 ihre Versicherungsleistungen aufgrund fehlender Adäquanz ein und sie verneinte den Anspruch auf eine Rente und/oder eine Integritätsentschädigung (Suva-act. 384). Eine von A.\_\_\_\_\_ am 12. Mai 2020 hiergegen erhobene Einsprache (Suva-act. 395) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 26. März 2021 ab (Suva-act. 411).

**E.** Am 4. Mai 2021 lässt A.\_\_\_\_\_ beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht (unter Beachtung des Fristenstillstandes; 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 Anträgen:

1. Der Einsprache-Entscheid vom 26.3.2021 sei aufzuheben.
2. Es seien dem Beschwerdeführer eine Rente bei einem IV-Grad von mind. 80% sowie eine IE bei einem Integritätsschaden in der Höhe von 50% zuzusprechen.
3. Eventualiter sei ein gerichtliches, bidisziplinäres Gutachten einzuholen.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich MWST zulasten der Beschwerdegegnerin.

**F.** Mit Vernehmlassung vom 17. Mai 2021 beantragt die Suva die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden kann, und die Bestätigung des Einspracheentscheides vom 26. März 2021.

**G.** Mit Schreiben vom 26. Juli 2021 unterrichtete das Gericht die Parteien über seine Absicht, den Gutachtern Ergänzungsfragen zu stellen. Die Parteien opponierten weder gegen diese Absicht noch gegen die konkreten Ergänzungsfragen, worauf der Schulthessklinik mit Auftrag vom 2. September 2021 Ergänzungsfragen zum Gutachten vom 29. November 2019 unterbreitet wurden. Sie wurden am 6. Oktober 2021 beantwortet, wozu der Beschwerdeführer am 27. Oktober 2021 und die Vorinstanz am 5. November 2021 Stellung nahmen.

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

1. Bezüglich Leistungspflicht des Unfallversicherers resp. die Anspruchsvoraussetzungen für den Bezug von Versicherungsleistungen für Unfallfolgen kann auf die entsprechenden Ausführungen im Vorentscheid VGE I 2014 110 vom 11. März 2015 Erw. 1 verwiesen werden (Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich - wie der vorliegende - vor Inkrafttreten des revidierten Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 am 1.1.2017 ereignet haben, werden nach bisherigem Recht gewährt [vgl. Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 285 Erw. 2.1]).

Zu wiederholen ist, dass die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalls, eines Nichtberufsunfalls oder einer Berufskrankheit voraussetzt (Art. 6 Abs. 1 UVG). 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). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 Erw. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa), heranzuziehen (Urteile BGer 8C\_15/2021 vom 12.5.2021 Erw. 7.1; 8C\_499/2020 vom 19.11.2020 Erw. 2.2.1).

2. Im Vorentscheid VGE I 2014 110 vom 11. März 2015 hat sich das Verwaltungsgericht mit dem aktenmässigen Gesundheitsverlauf befasst (Erw. 2). Es

stellte fest, strittig sei namentlich das Vorliegen eines vom Beschwerdeführer geltend gemachten CRPS, mit welchem sich die Suva nicht genügend auseinandergesetzt habe. In Würdigung der Aktenlage stellte das Verwaltungsgericht dabei fest:

**3.2.2** Im Einklang mit der Vorinstanz ist vorliegend zu berücksichtigen, dass sich gemäss Beurteilung des Neurologen Dr.med. E.\_\_\_\_\_ klinisch-neurologisch keine Zeichen für ein komplexes regionales Schmerzsyndrom finden lassen (Suva-act. 115, S. 3). Auch elektrodiagnostisch zeigten sich normale motorische Neurographien des Nervus tibialis und peroneus bds., eine normale sensible Neurographie des Nervus suralis links und eine normale sympathische Hautantwort an den Füssen. Allerdings würden solche Normalbefunde, gemäss Beurteilung des Neurologen, ein CRPS nicht ausschliessen. Eine Neuropathie beispielsweise des das Kniegelenk versorgenden Ramus infrapatellaris aus dem Nervus femoralis sei aufgrund der Lokalisation des Hämatoms sehr unwahrscheinlich. Dennoch sei eine direkte Schädigung durch das stumpfe Trauma möglich, weshalb eine medikamentöse Behandlung diskutiert werden sollte (vgl. Erw. 2.12). Der Neurologe schliesst somit ein CRPS nicht aus bzw. hält ein solches differentialdiagnostisch für möglich. Er schlägt deshalb vor, eine Behandlung mit Lyrica in Erwägung zu ziehen. Aus der kreisärztlichen Beurteilung vom 5. Juni 2014 ergibt sich, dass der Kreisarzt Dr.med. F.\_\_\_\_\_ die obgenannte Beurteilung zur Kenntnis genommen (Suva-act. 117, S. 1) und insoweit gewürdigt hat, als er feststellte, dass sich neurologisch keine überwiegend wahrscheinlich strukturellen Unfallfolgen fänden (vgl. Erw. 2.13; Suva-act. 117, S. 2). Zu einem allfälligen Vorliegen eines CRPS, bzw. dessen Relevanz im vorliegenden Fall, hat er sich jedoch nicht ausdrücklich geäussert. Nachdem es sich beim CRPS um eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung handelt und der Neurologe das Vorliegen dessen als möglich, zumindest nicht als ausgeschlossen betrachtet, ist diesbezüglich zumindest eine orthopädisch-traumatologische Beurteilung einzuholen. Zumal ein CRPS in den Akten bisher nicht erwähnt und somit nicht untersucht wurde und der Neurologe Dr.med. E.\_\_\_\_\_ eine Behandlung mit Lyrica zumindest in Betracht zieht. In diesem Sinne wurde auch zu einer medikamentösen Behandlung bzw. zu einer möglichen Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten bei einem allfälligen Vorliegen eines CRPS noch nicht Stellung genommen.

Nach dem Gesagten hätte die Vorinstanz vorliegend prüfen müssen, ob das Vorliegen eines CRPS allenfalls aus orthopädischer bzw. traumatologischer Sicht zu bejahen ist und in welchem Zusammenhang es zum Unfall steht. Nachdem sich der Kreisarzt nicht weiter zu einem allfälligen Vorliegen eines CRPS geäussert hatte, ist im konkreten Fall von zumindest geringen Zweifeln an der Schlüssigkeit und Begründetheit der versicherungsinternen Beurteilung auszugehen.

**3.3** Zusammenfassend erweist sich damit eine versicherungsexterne medizinische Beurteilung betreffend ein allfälliges CRPS beim Versicherten als erforderlich. Des Weiteren wird bei einer auf CRPS lautenden Diagnose zu prüfen sein, ob ein solches mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt ist und mit medikamentöser Behandlung eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten erreicht werden kann oder nicht.

**3.1** Nach längerer Suche eines möglichen Gutachters (vgl. Suva-act. 149 bis 182) konnte die Suva am 16. März 2016 mit Zustimmung des Beschwerdeführers und der IV-Stelle Schwyz Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (FMH Neurologie und Leiter Gutachten Schulthess Klinik; zertifizierter medizinischer Gutachter SIM) den Auftrag für ein interdisziplinäres Gutachten mit den Fachrichtungen Neurologie (Federführung Dr.med. G.\_\_\_\_\_) sowie Orthopädie (pract. med. H.\_\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie Untere Extremitäten, unter Supervision von Dr.med. I.\_\_\_\_\_, FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitender Arzt Abteilung untere Extremitäten) erteilen (Suva-act. 183, 184). Am 21. Oktober 2016 wurde das Gutachten erstattet (Suva-act. 197).

**3.2.1** Das Gutachten vom 21. Oktober 2016 nennt als Diagnosen (Suva-act. 197 S. 32):

St.n. Unfall vom 27.03.13: Leitersturz aus 2 bis 2,5m Höhe mit/bei

- Anamnestisch Commotio cerebri mit geringer retrograder und anterograder Amnesie
  - o GCS bei Eintritt ins Spital 15, unauffällige Überwachung
  - o Keine Hinweise auf Residuen
- Verletzung am linken Ober- und Unterschenkel mit Hämatom im Bereich des M. vastus lateralis links und möglichem Bone bruise an der lateralen Trochlea
- Chronisches Schmerzsyndrom mit Fokus auf den lateralen distalen Oberschenkel und Zeichen eines CRPS Typ I (complex regional pain syndrome), die IASP-Kriterien von 2012 sind erfüllt
  - o Elektrophysiologisch: Verzögerte und verminderte sudomotorische Hautantwort am linken Fuss

Beginnende linksseitige Gonarthrose bei Gelenkspaltverschmälerung medial, horizontalem medialem Meniskusriss und Partialläsion des vorderen Kreuzbandes.

**3.2.2** In der Zusammenfassung und Beurteilung gelangten die Gutachter zu folgenden Schlussfolgerungen (Suva-act. 197 S. 32 ff.):

Gegenstand dieses Gutachtens ist das Feststellen von orthopädischen und neurologischen Folgen eines Unfalles (Sturz von der Leiter) vom 27.3.13. [...] Hauptproblematik ist ein anhaltendes Schmerzsyndrom im Bereich des linken Beines mit Fokus auf den linken distalen Oberschenkel, die Knieregion und den linken Unterschenkel, was auch die berufliche Wiedereingliederung des Patienten bis dato verhinderte. In den Primärakten werden Prellungen und Schürfungen am linken Unter- und Oberschenkel erwähnt. [...] In den ersten Monaten nach dem Unfall (z.B. der Akte vom 14.6.13) ergaben sich keine Hinweise auf eine nervale Störung am linken Bein und auch keine auf ein CRPS (complex regional pain syndrome). Der Akte vom 18.6.13 ist die Diagnose einer Zerrung am myotendinösen Übergang des M. vastus lateralis und intermedius und eine Partialruptur des lateralen Patella-Retinaculums zu entnehmen. Trotz fehlenden Zeichen eines CRPS wurde am 24.7.13 eine Skelettszintigraphie durchgeführt, die keine relevanten Auffälligkeiten

zeigte. [...] Anlässlich einer Konsultation bei Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Kreisarzt (Akte vom 22.04.14) äusserte der Patient erstmals Beschwerden, die an eine Nervenstörung ggf. auch an ein CRPS denken liessen, weshalb auch eine neurologische Abklärung bei Dr. E. \_\_\_\_\_ in Lachen (Akte 26.5.14) erfolgte, wo gemäss den Angaben im Bericht weder ein CRPS noch ein Nervenschaden an den Beinen hat gefunden werden können. Ein interessantes Element hier ist die Tatsache, dass sich der Patient mit einer relativ fest anliegenden Manschette am Oberschenkel vorgestellt hat. [...]

Aktuell stellte sich ein Patient vor mit einem ausgeprägten Schmerzsyndrom mit Fokus auf den distalen lateralen linken Oberschenkel mit exquisiter Druckdolenz ebendort bzw. in der Region der im MRI nachgewiesenen Muskelverletzung und einer assoziierten Atrophie des linken Oberschenkels, einem Schmerzsyndrom des linken Unterschenkels mit einer bereits palpatorisch auffallenden Temperaturdifferenz an den Beinen mit kaltem linken Unterschenkel und einer Veränderung des Hautkolorits. Eine Manschette trug der Patient nicht. Bei ansonsten wenig zusätzlichen Zeichen eines CRPS - keine Störung der Hautanhangsgebilde und palpatorisch auch keine Störung der Sudomotorik, keine Allodynie oder Hyperpathie auf Spitzreiz - verlangte diese objektivierbare Temperaturdifferenz nach weiterer Abklärung. [...] Ein im Rahmen der Begutachtung veranlasste vaskuläre Abklärung der Beine war ebenfalls ohne Pathologien. In den ergänzend durchgeführten Neurographien konnte der Befund von Dr. E. \_\_\_\_\_ repliziert werden bzw. fanden sich keine Hinweise auf eine Schädigung der grossen Beinnerven, was ein CRPS Typ 2 definitiv ausschliesst. Entgegen den Befunden von Dr. E. \_\_\_\_\_ war allerdings die sudomotorische Hautantwort pathologisch und zwar in Form einer verzögerten und verminderten Antwort am linken Fuss. Damit ergeben sich mit der Temperaturdifferenz und dieser Untersuchung zusätzlich zur Atrophie objektivierbare Ausfälle am linken Bein. Daneben fand sich aber auch eine exquisite und den Patienten hauptbehindernde Druckdolenz am distalen lateralen Oberschenkel, sodass seltenere Ursachen solcher lokaler Schmerzen (z.B. ein Glomustumor, Neurom) mittels MRI mit Kontrastmittel im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung ausgeschlossen wurden. Damit bestehen sowohl Hinweise für ein CRPS wie auch ein fokales Schmerzsyndrom im Bereich der Gewebeschädigung am linken Oberschenkel bzw. im Bereich des M. vastus lateralis.

Im Hinblick auf die IASP-Diagnosekriterien 2012 (sog. Budapest-Kriterien) für ein CRPS muss gesagt werden, dass die Kriterien hier erfüllt sind. Allerdings muss bezüglich dieser Kriterien gesagt werden, dass es sich um Kriterien für die klinische Anwendung handelt und die Spezifität gering ist bzw. rund ein Drittel aller unter Zuhilfenahme dieser Kriterien diagnostizierten Fälle kein CRPS haben. Allerdings muss auch gesagt werden, dass der Patient unter Zuhilfenahme der elektrophysiologischen Untersuchung auch knapp die etwas strengeren Forschungskriterien (...) für ein CRPS erfüllt (...). Zudem stellt sich die Frage, warum der Patient aktuell die Kriterien erfüllt, die bei Dr. E. \_\_\_\_\_ am 26.5.14 nicht erfüllt waren. Dabei muss das Tragen einer - wie im Bericht von Dr. E. \_\_\_\_\_ zu lesen - eng anliegenden Oberschenkelmanschette erwähnt werden, was als Risikofaktor für die Entwicklung eines möglichen CRPS in Nachfolge von z.B. Knieoperationen gilt, i.B. bei länger andauerndem Anlegen einer solchen Manschette (...). Somit muss angenommen werden, dass sich ein CRPS im hier sog. kalten Stadium erst protrahiert ca. Anfangs 2014 mit dem Anlegen einer Oberschenkelmanschette entwickelt hat. Gemäss Aktendokumentation verschlechterte sich die Schmerzsymptomatik des Patienten nämlich gegen Ende 2013 und er gab in der Folge beim Kreisarzt

Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, (Akte vom 22.04.14) und Dr. E. \_\_\_\_\_ (Akten 26.5.14) erstmals Symptome an, die an ein CRPS denken liessen.

Etwas atypisch hier bzw. in diesem anzunehmenden "kalten Stadium" eines CRPS ist aber, dass der Patient nicht angab, vermehrt an diesem Bein zu schwitzen und die elektrophysiologische Untersuchung eine verminderte sudomotorische Hautantwort nachwies. Somit kann konstatiert werden, dass zwar objektive Faktoren zur zumindest teilweisen Erklärung der Schmerzen vorhanden sind mit muskulärem Gewebeschaden (lokaler Schmerz) und formal Erfüllen der Kriterien eines CRPS am linken Bein i.B. Unterschenkel, das Schmerzausmass allerdings zum Gewebeschaden dysproportional erscheint und der lokale ausserordentlich starke (myofasziale?) Druckschmerz nicht zu einem CRPS passt, Letzteres aber geeignet sein könnte, den besagten myofaszialen Schmerz aufgrund von Fehlbelastungen bzw. Nichtgebrauch massgebend zu unterhalten. Nichtsdestotrotz sind die Angaben der Beschwerden in den Akten konsistent mit den aktuellen Angaben und Befunden und die Freizeitaktivitäten des Patienten sind gemäss seinen Angaben ebenso eingeschränkt, womit insgesamt keine Anhaltspunkte bestehen, dass das präsentierte Schmerzsyndrom als nicht authentisch bzw. nicht organisch begründet anzusehen ist. Da der Patient bisher noch keine CRPS-spezifische Therapie erhalten hat, ist trotz der aufgrund des langjährigen Verlaufes reservierten Prognose eine solche Therapie zu versuchen.

[...]

Somit kann zusammenfassend ein lokales ausgeprägtes, am ehesten myofasziales Schmerzsyndrom am distalen lateralen linken Oberschenkel und ein CRPS Typ I konstatiert werden. Daneben insgesamt geringfügige intrinsische Kniegelenksveränderungen, die einen sehr geringen Beitrag an die Schmerzsymptomatik haben dürften.

### 3.2.3 Die mit dem Auftrag gestellten Fragen beantworteten die Gutachter wie folgt (Suva-act. 197 S. 37 ff.):

1. Leidet der Versicherte unter einem CRPS?  
Dies ist anzunehmen. Allerdings leitet sich das Schmerzsyndrom nicht vollumfänglich direkt aus diesem ab. Siehe unter VII.
2. Falls ein CRPS vorliegt, ist diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 27.03.2013 zurückzuführen?  
Wie unter VII. ausgeführt bestehen Anhaltspunkte, dass das CRPS durch einen dysfunktionalen Umgang der Unfallfolgen seitens des Patienten (Anlegen einer festsitzenden Oberschenkelbinde) verursacht wurde.
3. Falls der Versicherte unter einem unfallkausalen CRPS leidet, kann von weiteren Behandlungsmassnahmen, insbesondere einer medikamentösen Behandlung, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung seines Gesundheitszustands erreicht werden? Wenn ja, von welchen?  
Obwohl die Chancen auf eine Verbesserung bzw. Heilung aufgrund der Chronifizierung als nicht sehr hoch einzustufen sind, ist eine solche Behandlung lege artis durchzuführen. Diese beinhaltet nach dem heutigen Stand des Wissens eine spezifische physikalische Therapie, den Einsatz von Medikamenten (u.a. Ketamin, Bisphosphonate, Antineuropathika, schmerzdistanzierende Substan-

zen). Dies sollte allerdings in einem erfahrenen Institut durchgeführt werden, wobei ich hier PD Dr. med. K. \_\_\_\_\_ von der Universitätsklinik Balgrist empfehlen kann.

4. Falls der Versicherte unter einem unfallkausalen CRPS leidet, welche Tätigkeiten und Verrichtungen kann er in Anbetracht dieser Unfallfolge noch ausüben? In welchem zeitlichen und leistungsmässigen Umfang?

Da der Endzustand noch nicht erreicht ist, kann diese Frage nicht abschliessend beantwortet werden. Aufgrund des heutigen Zustandes kann in einer angepassten Arbeit (leichte körperliche Tätigkeit, wechselbelastend, kein längeres Gehen, kein Knien oder Kauern, idealerweise in einer Bürotätigkeiten oder ähnlichem) höchstens zu 6 h pro Tag gearbeitet werden mit zusätzlichen Pausen à 30 min. alle 1 1/2h.

5. Falls der Versicherte unter einem unfallkausalen CRPS leidet, besteht dadurch eine unfallkausale, dauerhafte Einbusse der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität?

Da der Endzustand nicht erreicht ist, entfällt die Beantwortung dieser Frage.

Wenn ja, in welchem Umfang? Bitte begründen Sie Ihre Beurteilung unter Verweis auf Anhang 3 (Art. 36 Abs. 2) zur UVV und die Suva-Tabellen.

Entfällt.

6. Haben Sie allfällige weitere Bemerkungen?

Nein.

**3.2.4** Am 7. November 2016 nahm der Beschwerdeführer Stellung zum Gutachten (Suva-act. 203). Er beurteilte das Gutachten als formell korrekt und schlüssig. Es bestätige, dass er noch unter Unfallfolgen leide. Es liege ein CRPS Typ I vor; Anhaltspunkte, dass das Schmerzsyndrom nicht organisch begründet sei, lägen keine vor. Es könne noch eine namhafte Besserung erreicht werden. Somit bestünden weiterhin unfallkausale Beschwerden, welche durch eine gezielte Behandlung zu einer namhaften Verbesserung der angeschlagenen Gesundheit und der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit führen könnten.

Der Kreisarzt stellte fest, das vorgeschlagene Vorgehen sei gründlich evaluiert und medizinisch sinnvoll, die Therapie (Anmeldung bei PD Dr.med. K. \_\_\_\_\_ für eine CRPS-Therapie) solle eingeleitet werden (Suva-act. 206).

Am 7. Dezember 2016 informierte die Suva den Beschwerdeführer, dass sie rückwirkend per 1. August 2014 die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) erbringen werde. Der Beschwerdeführer sei bei der Uniklinik Balgrist, PD Dr.med. K. \_\_\_\_\_ für die CRPS-Behandlung angemeldet (Suva-act. 210).

**3.3.1** Am 25. Januar 2017 berichtete PD Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation) über den am 24. Januar 2017 erfolgten Un-

tersuch betreffend Evaluation möglicher Therapieoptionen (Suva-act. 223). Demgemäss erhob PD Dr.med. K. \_\_\_\_\_ bei Diagnose:

Aktenanamnestisch CRPS I untere Extremität links (Erstmanifestation 03/2013)  
- St.n. Sturz von der Leiter mit Commotio cerebri und multiplen Kontusionen

folgenden Befund:

47-jähriger Patient in schmerzbedingt reduziertem AZ. Entlastung an einem Gehstock. Ausgeprägtes Entlastungshinken links. Oberschenkel links mit deutlicher Atrophie der Quadricepsmuskulatur, im Vergleich zur Gegenseite leichte Schwellung des Kniegelenkes, aktuell keine Verfärbung, keine Hypertrichose, keine Hyperhidrose. Temperaturdifferenz praepatellär -2°C., malleolär -6°C. Aktive Flexion/Extension Knie links 90-5-0°. Kapselbandapparat schmerzbedingt nicht prüfbar. Ausgeprägteste Druck- und Berührungsempfindlichkeit über dem anterolateralen Oberschenkel. Leichte Rotverfärbung des Fusses, Fusspulse links nicht sicher palpabel.

PD Dr.med. K. \_\_\_\_\_ erachtete eine aktiv orientierte Physiotherapie bei dem vorliegend hohen Schmerzpegel als unmöglich; er empfahl eine schmerztherapeutische Anbindung mit Evaluation von medikamentösen interventionellen Massnahmen und möglicher Qutenza-Applikation. Ein Verlaufstermin wurde nicht vereinbart.

**3.3.2** Am 7. Februar 2017 wurde der Beschwerdeführer durch den Hausarzt mit der Frage nach weiterer Behandlung, insbesondere Qutenza, an Dr.med. L. \_\_\_\_\_ (FMH Anästhesie- und Schmerztherapie) überwiesen (Suva-act. 225). Sie schlug am 12. April 2017 für das weitere Vorgehen sieben Punkte vor und hielt speziell zu Qutenza fest: "da in einem Bericht ursprünglich ein CRPS beschrieben wurde, wäre dies FÜR Qutenza nicht ideal. Im Moment haben wir dafür keine erfüllten Kriterien, sondern einen klar neuropathischen Schmerz, wir kleben trotzdem zuerst ein kleines Probestück Qutenza, bei guter Verträglichkeit wird es dann auf den distalen Unterschenkel appliziert. Bei gutem Ansprechen können die Schmerzen 3 Monate vermindert werden" (Suva-act. 235). Nach Rücksprache mit dem Kreisarzt erteilte die Suva Kostengutsprache für vorläufig 1 Serie MTT (36 Sitzungen), lokal Neurodol Tissugel, Qutenza, Venlafaxin, Lyrica, Schmerzinfusionen mit Ketamin und Lidocain, nicht aber für Hinterstrangstimulation, welche Dr.med. L. \_\_\_\_\_ vorbehielt (Suva-act. 235, 238, 239).

**3.3.3** Im Verlaufsbericht vom 17. Juli 2017 stellte Dr.med. L. \_\_\_\_\_ fest, es lägen neuropathische Schmerzen im Oberschenkel links mit/bei St.n. Sturz von einer Leiter 2013 aus ca. 3.5m Höhe mit gemäss Patient Muskelriss am Oberschenkel, fremdanamnestisch danach CRPS, vor (Suva-act. 244). Die Schmerzen und Bewegungseinschränkungen des linken Beines hätten sich seit 2013 nicht wesentlich verändert. Es handle sich um neuropathische Schmerzen, wel-

che bislang nicht spezifisch behandelt worden seien. Bezugnehmend auf ihren Bericht vom April (vgl. Erw. 3.3.2 zuvor) hielt sie zum Procedere/Verlauf fest:

1. Rekonditionierung, das zentrale Element im Behandlungsplan: dies soll sowohl den Oberkörper wie auch das gesunde rechte Bein einbeziehen, MTT/Fitness-center. Das betroffene linke Bein kann schmerzbedingt im Moment nicht belastet werden.
2. Lokal Neurodol Tissugel
3. Ad Qutenza: ein kleines Pflaster wurde am 19.4.2017 als Test geklebt, es kam zu einer Überreaktion, so dass diese Option im Moment ausscheidet.
4. Ad Einführen von Venlafaxin, initial 37.5mg, starke Nebenwirkungen wie Schwindel und Müdigkeit, es wurde 3 Wochen versucht, dann abgesetzt.
5. Ad Schmerzinfusion vom 24.6.2017 mit Ketamin und Lidocain zur Behandlung der neuropathischen Komponente: keine Wirkung
6. Ad Lyrica: noch nicht eingesetzt.
7. Noch nicht eingeleitet: Hinterstrangstimulation.

Mit einem weiteren Verlaufsbericht vom 19. November 2017 (Suva-act. 252) teilte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ der Suva mit, zwischenzeitlich sei Lyrica eingeführt und bis auf 2 x 200mg gesteigert worden, habe aber zu keiner Linderung der Schmerzen geführt. Somit gebe es im Moment keine erfolgversprechende Therapie ausgenommen die Hinterstrangstimulation. Der Beschwerdeführer sei in Bezug auf Risiken bei wahrscheinlich mässigem Erfolg mit dieser Option zurückhaltend. Die Rekonditionierung des Oberkörpers und des gesunden Beines sei weiterhin sehr wichtig, damit nicht eine weitere Verschlechterung eintrete.

Am 8. Dezember 2017 informierte der Beschwerdeführer die Suva, er habe Lyrica schrittweise abgesetzt, da es ihn müde und schläfrig gemacht habe und die Schmerzen trotzdem blieben. Wegen der Gefahr einer Querschnittlähmung sei er gegen eine Hinterstrangstimulation. Aktuell mache er keine Schmerztherapie, nur Physiotherapie. Sie tue ihm gut. Die Schwellung an Fuss und Wade gingen zurück. Die Schmerzen beim Muskelriss seien immer noch vorhanden, er denke, mit Physiotherapie bessere es (Suva-act. 257).

Mit Kurzbericht vom 7. Februar 2018 bestätigte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ die Wichtigkeit der Rekonditionierung Oberkörper und gesundes Bein; wegen der ausgeprägten Allodynie des linken Beins könne der Beschwerdeführer nur an Krücken ohne Belastung des linken Beins gehen. Ansonsten bestehe kaum eine andere therapeutische Option, ausgenommen die Hinterstrangstimulation, welche der Beschwerdeführer ablehne (Suva-act. 268).

**3.4.1** Am 19. Februar 2018 veranlasste die Suva je eine MRI-Abklärung Oberschenkel links, Kniegelenk links und Unterschenkel links (Suva-act. 272), die am 5. März 2018 durchgeführt wurden.

Die Beurteilung des MRT des linken Kniegelenkes vom 26. Februar 2018 (bei Voruntersuchung vom 21.7.2016) ergab ein progredientes fleckiges Knochenmarksödem, in erster Linie im Sinne einer Inaktivitätsosteoporose. Bekannte deutliche Atrophie des M. vastus lateralis. St.n. kleinem nicht disloziertem Einriss des medialen Meniskus im Hinterhorn. St.n. alter Partialruptur des VKB. Erhaltene Gelenkknorpel (Suva-act. 278).

Im MRT des linken Unterschenkels vom 2. März 2018 wurde als Befund auf das bereits im Kniegelenks-MRT beschriebene Knochenmarksödem verwiesen, das sich in beiden Unterschenkeln befindet, betont am kranialen und distalen Unterschenkeldrittel. Im übrigen altersentsprechendes Knochenmark, keine Fraktur, kein Status nach Fraktur. OSG kongruent. Im Seitenvergleich fand sich eine leichtgradige fettige Atrophie mit diskretem Ödem der Mm soleus und gastrocnemius links. Kein Muskelriss/Muskelfaserriss (Suva-act. 277).

Das MRT des linken Oberschenkels vom 5. März 2018 zeigte ein geringgradiges, etwas fleckiges, links und distal betontes Knochenmarksödem sowie im Vergleich zur Gegenseite leichtgradige Atrophie der linksseitigen Adduktorenmuskulatur und mässiggradige Atrophie des linksseitigen M. vastus lateralis. Kein substantielles Ödem in der Oberschenkelmuskulatur, kein Muskelriss, keine Sehnenruptur (Suva-act. 276).

**3.4.2** Am 28. März 2018 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Kreisarzt med.pract. M. \_\_\_\_\_ (Facharzt Chirurgie). Der Kreisarzt gelangte zur Diagnose:

- Status nach Muskelzerrung am musculotendinösen Übergang des Musculus Vastus lateralis links mit:
- Atrophie des Musculus Vastus lateralis
- Myofasziales Schmerzsyndrom am distalen lateralen linken Oberschenkel und ein CRPS Typ I
- Neuropathische Schmerzen Oberschenkel links mit ausgeprägter Allodynie und starker Invalidisierung

Gemäss Kreisarzt zeigte sich ein erheblich invalidisierender Zustand, wobei aktuell noch kein stabiler Zustand festgestellt werden könne. Erfahrungsgemäss ziehe sich der chronische Verlauf eines CRPS Typ I bis über zwei Jahre hinweg. Er empfahl die Weiterführung von Physiotherapie. Sämtliche medikamentösen Therapien hätten fehlgeschlagen. Zwei Jahre nach der CRPS-Diagnose sei eine

weitere, gegebenenfalls abschliessende Untersuchung zu planen (Suva-act. 285).

In der Besprechung im Anschluss zur kreisärztlichen Untersuchung äusserte der Beschwerdeführer, die Untersuchung mit Entkleiden und Abtasten sei 'Horror' gewesen, es sei ihm schwindlig vor Schmerzen geworden (was sich so auch aus dem Bericht des Kreisarztes ergibt; Suva-act. 285 S. 3). Er benutze zur Entlastung der linken Schulter ausser Haus beide Unterarmgehstöcke; zu Hause laufe er mit einem Gehstock. Für ihn sei es mit diesem Bein unmöglich, eine berufliche Tätigkeit auszuüben. Als er durch das RAV vermittelt bei Impuls ganztägig gearbeitet habe, habe er Schmerzmittel eingenommen und dadurch einen Darmdurchbruch erlitten, worauf die Beschäftigung abgebrochen worden sei (Suva-act. 283).

Aufgrund des in der kreisärztlichen Untersuchung festgestellten erheblich invalidisierenden Zustandes anerkannte die Suva weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit und leistete Kostengutsprache für Physiotherapie und MTT bis Ende Oktober 2018. Anschliessend solle eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung erfolgen (Suva-act. 284).

**3.4.3** Am 20. November 2018 veranlasste die Suva für die kreisärztliche Abschlussuntersuchung neuerliche MRT-Untersuchungen (Suva-act. 304).

Die Beurteilung des MRT beider Ober- und Unterschenkel vom 7. Dezember 2018 im Vergleich zur Voruntersuchung vom 2. und 5. März 2018 lautete auf status quo (Suva-act. 315).

Das MRT des linken Kniegelenkes vom 10. Dezember 2018 zeigte - im Vergleich zur Voruntersuchung vom 26. Februar 2018 - einen leichtgradig progredienten Riss des medialen Meniskus im Hinterhorn an der Unterfläche ohne wesentliche Dislokation, im übrigen einen status quo (Suva-act. 314).

**3.5** Am 12. Dezember 2018 berichtete Dr.med. L. \_\_\_\_\_ über die Verlaufskontrolle vom 21. August 2018 (Suva-act. 319). Es gehe immer etwa gleich; der Beschwerdeführer gehe an Stöcken und belaste das linke Bein kaum. Er könne nun die Situation aushalten, wenn nicht die finanziellen Probleme wären. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei nicht möglich. Alle Medikamente seien mangels genügender Wirksamkeit gestoppt worden; MTT gehe weiter, um den Status quo zu erhalten. Ausgenommen der Hinterstrangstimulation bestünden kaum andere therapeutische Optionen; diesbezüglich sei der Beschwerdeführer jedoch zurückhaltend.

Dieser Zustand wird durch Dr.med. L. \_\_\_\_\_ auch nach der Verlaufskontrolle vom 5. Februar 2019 bestätigt; keine Medikamente, nur Physiotherapie/MTT und Massagen, um den status quo zu erhalten (Suva-act. 346).

**3.6** Mit Zustimmung des Beschwerdeführers (Suva-act. 348) erteilte die Suva Dr.med. G. \_\_\_\_\_ und Dr.med. I. \_\_\_\_\_ am 2. Mai 2019 den Auftrag für ein interdisziplinäres Verlaufsgutachten Neurologie/Orthopädie (Suva-act. 349). Unter Beizug der medizinischen Akten, Anamneseerhebung und persönlichen Untersuchungen sowie veranlasster Zusatzuntersuchungen (Röntgen; MRI; Elektrophysiologie) reichten sie am 29. November 2019 das Verlaufsgutachten ein (Suva-act. 370).

**3.6.1** Die Gutachter stellten die Diagnose (Suva-act. 370 S. 23):

Unfall vom 27.03.2013: Leitersturz aus 2 bis 2,5m Höhe mit/bei

- Verletzung am linken Ober- und Unterschenkel mit Hämatom im Bereich des M. vastus lateralis links und möglichem Bone bruise an der lateralen Trochlea
  - o Chronisches, im Verlauf zunehmendes Schmerzsyndrom mit Fokus auf den anterolateralen distalen Oberschenkel mit Entwickeln eines myofaszialen Schmerzsyndromes und eines CRPS Typ I (07 /16) und bis dato (09/19) weiterer Verschlechterung mit nun hochgradiger Funktionsminderung des gesamten linken Beines
    - Neurologisch und orthopädisch nicht zu erklären
      - DD: Dissoziative Störung F44.4, F44.6; Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41
    - o Elektrophysiologisch: verzögerte und verminderte sudomotorische Hautantwort am linken Fuss 07/16 und 07/19; MEP zum Motoneuronenpool L4/5 bds unauffällig und EMG 09/19 aus dem M. tibialis anterior links ohne pathologischen Befund
    - o MRI der LWS und des Plexus lumbosacralis links vom 20.09.2019 ohne relevante Pathologien
  - Anamnestisch Commotio cerebri mit geringer retrograder und anterograder Anamnese
    - o GCS bei Eintritt ins Spital 15, unauffällige Überwachung
    - o Im Verlauf keine Hinweise auf Residuen

**3.6.2** Nach diversen Konsensgesprächen der beiden Gutachter gelangten diese zur Beurteilung (Suva-act. 370 S. 23 ff.), dass der Beschwerdeführer anamnestisch von einem im Vergleich zum Erstgutachten (von 2016) unveränderten Zustand berichte, wogegen von neurologischer Seite her von einer deutlichen Verschlechterung der Funktionalität des linken Beines gesprochen werden müsse und sich im Neurostatus zur Voruntersuchung deutliche Diskrepanzen fänden. Die objektiv erhebbaren Befunde am linken Bein hätten sich allerdings zur Voruntersuchung 2016 nicht negativ verändert, weswegen eine deutliche Diskrepanz

zwischen demonstrierter Funktionalität und objektiven Befunden zu konstatieren sei. Das nun angegebene Areal mit einer sehr hohen Berührungsempfindlichkeit sei zudem nicht einem Nerv zuzuordnen bzw. folge nicht der bekannten Anatomie und präsentiere sich auch aktuell verglichen mit den Befunden des orthopädischen Experten lokalisatorisch etwas anders, das Kernareal sei allerdings gleich und lokalisatorisch ebendort, wo anlässlich der Untersuchung 07/16 die Muskelpalpation schmerzhaft gewesen sei.

Damit sei einerseits das in den Akten erwähnte neuropathische Schmerzsyndrom anzuzweifeln und andererseits sei es auch schwer vorstellbar, wie es im Verlauf der Zeit spontan zu einer derartigen Neuropathie hätte kommen können. Dies sei medizinisch nicht zu erklären. Ebenfalls hierzu passe, dass der Beschwerdeführer auf die gängigen Therapeutika nicht im Geringsten angesprochen habe, vielmehr jeweils Nebenwirkungen beklagt habe.

Die veranlasste Ausschlussdiagnostik habe wie erwartet keine relevanten Auffälligkeiten gezeigt. Das Elektromyogramm des formal hochparetischen linken M. tibialis anterior wie auch ein MEP zum selben Muskel seien unauffällig, was zum klinischen Befund passe, wo sich keine Hinweise auf eine radikuläre, plexale oder gar spinale Pathologie finden liessen. Hingegen sei die sudomotorische Reizantwort zum linken Fuss wiederum pathologisch gewesen und es fänden sich auch jetzt wieder objektive Zeichen der verminderten Funktion des linken Beines. In den neueren MRI-Untersuchungen fänden sich wie bereits in den Voruntersuchungen Signalauffälligkeiten, die mit inaktivitätsbedingten Veränderungen in den Knochen und auch Muskeln vereinbar seien.

Die von der Kooperation des Beschwerdeführers unabhängigen übrigen klinischen Befunde seien unauffällig. Das sog. Hoover-Zeichen sei positiv und passe zum klinischen Eindruck einer Pseudoparese des linken Beines.

Auch wenn aktuell die sog. Budapest-Kriterien für ein CRPS Typ I weiterhin und wiederum formal erfüllt seien (bei bekannter unbefriedigender Spezifität dieser Kriterien) lasse sich der aktuelle Zustand bei weitem nicht durch ein CRPS oder einen Status nach CRPS erklären und gehe weit über das hinaus, was bei myofaszialen Beschwerden gesehen werden könne. Es entstehe vielmehr der Eindruck, dass der Patient im Verlauf und im Besonderen seit dem Vorgutachten eine dissoziative Störung mit zunehmender Lähmung des linken Beines und ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom entwickelt habe.

Aufgrund des Verlaufes, des klinischen Eindrucks mit den offensichtlichen stark vegetativen Begleiterscheinungen und den objektiven Zeichen des Nichtgebrauchs bestünden keine Elemente, die bewusstseinsnahe Prozesse (Simulation) stützen würden. Dissoziative Störungen seien hingegen per definitionem be-

wusstseinsfern und somit nicht vom Willen des Patienten abhängig. In diesem Kontext sei differentialdiagnostisch an eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 zu denken, die allerdings die formal hochgradige Beinparese links nicht abschliessend erkläre. Dies könne nur durch eine zusätzliche dissoziative Störung erklärt werden. Das Stellen dieser Diagnose(n) sei allerdings dem psychiatrischen Fachgebiet zuzuschlagen, weshalb die Problematik nur umrissen werden solle.

Aus orthopädischer Sicht könne aktuell festgehalten werden, dass objektiv strukturell keine relevante Veränderung verglichen zur Untersuchung 07/16 eingetreten sei. Auffällig und glaubhaft reproduzierbar sei eine massive und seit der letzten Untersuchung zunehmende und aktuell ausgeprägte Schmerzsymptomatik seitens des Patienten. Die (nicht forcierte) Untersuchung sei schon 07/16 erschwert durchführbar gewesen, nun aber quasi nicht mehr möglich und für den Patienten ausserordentlich schmerzhaft, sodass er danach nicht kontrollierbare vegetative Symptome zeige, hyperventiliere und kaltschweissig, bleich und tachykard geworden sei. Die Beschwerden und der Leidensdruck imponierten glaubhaft, könnten allerdings nicht einem strukturellen Korrelat zugeordnet werden. Es liessen sich im linken Knie zwar eine leichte mediale Gelenkspaltverschmälerung und auch eine leichte Degeneration des Innenmeniskus feststellen, was aber die ausgeprägten, für den Patienten im Alltag quasi invalidisierenden Schmerzen bei weitem nicht erkläre. Die Ursache der Beschwerden sei unklar, sei aber nicht im orthopädischen Gebiet zu suchen, weshalb der Zustand auch nicht mittels orthopädischer Therapien verbessert werden könne.

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest:

Somit kann zwar anamnestisch (gemäss Patient) von einem unveränderten Zustand ausgegangen werden, gemäss Akten und klinisch-neurologisch und wie auch orthopädisch allerdings von einem deutlich verschlechterten funktionellen Zustand mit quasi Funktionslosigkeit des linken Beines. Im klinischen Befund bzw. Schmerzverhalten fanden sich nun deutliche Auffälligkeiten mit nun sehr starker Schmerzausgestaltung, die aber begleitet waren von objektiven bzw. vegetativen Zeichen, was den Leidensdruck unterstreichen dürfte. Der aktuelle Zustand mit weitgehender Funktionslosigkeit des linken Beines kann hingegen organisch nicht begründet werden. Jedenfalls lässt sich sagen, dass weder eine neurologische noch orthopädische Ursache als Erklärung für den vorliegenden quasi Funktionsverlust des linken Beines gefunden werden können. Ein stattgehabtes CRPS Typ I und begleitende myofasziale Schmerzen sind im Kern durchaus möglich, erklärten aber die ausserordentlich negative und therapieresistente Entwicklung und den aktuellen Zustand nicht.

Die Gutachter hatten insgesamt den Eindruck einer authentischen Symptompräsentation. Im Vordergrund stehe eine Schmerzsymptomatik, die sich im Verlauf

verselbständigt habe mit nun der Entwicklung einer funktionellen (psychogenen) Störung.

**3.6.3** Die Gutachtenfragen beantworteten die Gutachter wie folgt (Suva-act. 370 S. 27 ff.):

1. Welche der von Ihnen festgestellten Gesundheitsschäden stehen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 27.03.2013?

Dies ist eine schwierig zu beantwortende Frage, weil der Verdacht besteht, dass es zu einer starken psychogenen Überlagerung der organisch nachweisbaren Unfallfolgen gekommen ist. Aktuell ist das linke Bein quasi funktionslos. Diese hochgradige Funktionsminderung lässt sich allerdings von neurologischer und orthopädischer Seite her nicht erklären. Es besteht der hochgradige Verdacht (s. unter VII.), dass der Patient im Verlauf u.a. eine dissoziative Störung entwickelt hat. Im Kern unfallkausal kann zwar eine gewisse lokale Schmerzproblematik im Bereich des antero-lateralen Oberschenkels links mit zusätzlich Entwickeln eines CRPS Typ I überwiegend wahrscheinlich konstatiert werden. Die kausale Zuordnung der - hier haupttragenden - psychogenen Problematik zum Unfall vom 27.02.13 ist allerdings offen und sollte von psychiatrischer Seite zu beantworten versucht werden.

2. Kann von weiteren Behandlungsmassnahmen mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustands erwartet werden?

Eher nicht bzw. ist die Aussicht auf Erfolg als gering einzustufen. Die durchgeführten Massnahmen konnten zudem die Verschlechterung des Zustandes nicht aufhalten, eine aktive Physiotherapie des linken Beines war zudem gar nicht durchführbar. Prinzipiell müsste allerdings eine psychosomatische und psychiatrisch-verhaltenstherapeutische Therapie versucht werden.

Wenn ja, von welchen?

Z.B. eine Abklärung am Inselspital Bern, Abteilung für Neuropsychosomatik (Prof. Dr. med. N. \_\_\_\_\_) und Versuch einer Behandlung mittels dieser Methoden.

3. In welchem Umfang bestehen aufgrund der unfallbedingten Gesundheitsschäden Einschränkungen im angestammten Beruf als Hilfsfensterbauer in leistungsmässiger Hinsicht?

Dies lässt sich aufgrund der unter 1. geschilderten Problematik ebenfalls nur schwierig beantworten. Im aktuellen Zustand ist eine Arbeit als Hilfsfensterbauer nicht denkbar. Wollte man die rein unfallbedingten organischen Verletzungsfolgen isoliert betrachten, wäre es sogar denkbar, dass diese Arbeit noch ausgeführt werden könnte. Das Funktionsniveau einzig bedingt durch die nachweisbaren organischen Verletzungsfolgen lässt sich allerdings aufgrund der massiven psychogenen Überlagerung nicht bestimmen. Zudem ist die Frage offen, wie weit die Entwicklung der supponierten psychogenen Fehlverarbeitung als unfallbedingt anzusehen ist. Siehe diesbezüglich auch unter VII.

Besteht eine - bei einer leistungsmässigen Limitierung zusätzliche - Einschränkung in zeitlicher Hinsicht?

Siehe oben.

4. Welche Tätigkeiten und Verrichtungen kann der Versicherte in Anbetracht der Unfallfolgen noch ausüben?

Es gelten die gleichen Angaben wie unter 3.

In welchem zeitlichen und leistungsmässigen Umfang?

Siehe oben.

5. Sind zur Aufrechterhaltung oder zur Verbesserung der verbleibenden Leistungsfähigkeit weitere Behandlungen notwendig?

Siehe unter 2.

Sind zur Aufrechterhaltung des bisherigen Gesundheitszustandes weitere Behandlungen notwendig?

Dito.

Welche Heilbehandlungen schlagen Sie ggf. vor?

Siehe unter 2.

6. Beeinträchtigen die unfallbedingten Gesundheitsschäden die körperliche, geistige oder psychische Integrität dauerhaft?

Die organisch nachweisbaren Gesundheitsschäden bedingen keine dauerhafte Beeinträchtigung der Integrität. Allerdings ist das linke Bein aktuell quasi funktionslos, was wiederum hauptsächlich durch nicht organische Faktoren bzw. durch psychogene Faktoren bedingt ist. In diesem Kontext müsste somit eine Beurteilung durch einen psychiatrischen Fachspezialisten erfolgen. Diese Beurteilung sollte allerdings aufgeschoben werden, wenn man sich dazu entschliesst, eine neuropsychosomatische Beurteilung und Therapie durchzuführen.

Wenn ja, in welchem Umfang?

Dito.

Zusatzfrage des Rechtsvertreters:

1. Wäre der Gesundheitszustand des Versicherten bezüglich den festgestellten Gesundheitsschäden heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit derselbe wie ohne Unfall vom 27.03.2013?

Nein, dies ist nicht anzunehmen.

**3.6.4** Im Rahmen des rechtlichen Gehörs äusserte der Beschwerdeführer, das bidisziplinäre Verlaufsgutachten sei grundsätzlich schlüssig und nachvollziehbar. Da die Gutachter davon ausgingen, dass der Zustand allenfalls mit einer psychosomatischen und psychiatrisch-verhaltenstherapeutischen Therapie verbessert werden könne, sei diese aufzugleisen. Offenbar sei dies die einzige Möglichkeit, die der unfallbedingten heutigen Dysfunktion des linken Beines noch Gegensteuer geben könne (Suva-act. 377).

**3.7.1** Mit Verfügung vom 26. März 2020 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 31. Mai 2020 ein. Aufgrund des interdisziplinären Gutachtens vom 29. November 2019 seien die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar. Es sei daher die Adäquanz gemäss Psychopraxis (BGE

115 V 133) zu prüfen. Gemäss deren massgebenden Kriterien sei die Adäquanz zu verneinen. Mangels Vorliegen adäquater Unfallfolgen bestehe auch kein Anspruch auf eine Rente oder Integritätsentschädigung (Suva-act. 384).

**3.7.2** In der Einsprache vom 12. Mai 2020 trägt der Beschwerdeführer vor, die Gutachter seien zum Schluss gekommen, ein CRPS Typ I sei weiterhin klar gegeben, die imponierenden Beschwerden liessen sich jedoch nicht einzig durch das als organisch zu betrachtende CRPS Typ I begründen. Die Frage, in welchem Umfang die rein organisch nachweisbaren, unfallbedingten Verletzungsfolgen die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in leistungsmässiger Hinsicht einschränken würden, hätten die Gutachter nicht beantworten können, weil die organisch nachweisbaren Verletzungsfolgen, das CRPS Typ I, psychogen überlagert werde. Für den psychiatrischen Bereich seien die Gutachter fachfremd und eine psychische Behandlung oder fachärztliche Abklärung sei bislang nicht vorgenommen worden. Fakt sei, dass die Kriterien für ein CRPS Typ I weiterhin erfüllt seien, womit erwiesen sei, dass die geklagten Beschwerden weiterhin zumindest teilweise organisch bedingt seien. Damit bestehe auch eine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Zudem sei der Endzustand noch nicht erreicht (Suva-act. 395).

Mit Einspracheergänzung vom 13. Oktober 2020 reicht der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (Triaplus AG) vom 28. September 2020 zuhanden der IV (Arztbericht; Berufliche Integration/Rente) ein (Suva-act. 402, 403). Die Behandlung bei ihm begann im Juni 2020, bis zur Berichterstattung erfolgten sieben Termine. Die Schmerzproblematik zeigte sich gemäss Dr.med. J. \_\_\_\_\_ unverändert; eine medikamentöse Therapie (Duloxetin) wurde wegen Nebenwirkungen (Schwindel/Tremor; Müdigkeit) wieder abgesetzt. Dr.med. J. \_\_\_\_\_ stellte als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Arbeitsunfall März 2013 (Sturz von Leiter) mit Verletzung der UE links, im Verlauf die Entwicklung eines CRPS, sowie ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23). Die Prognose sei ungünstig. Vordergründig vom Beschwerdeführer sei die lokalisierte Schmerzsymptomatik im Bereich Knie distaler Oberschenkel links bzw. die daraus resultierende Schmerzschonhaltung und eigentlich die Funktionsunfähigkeit des linken Beines. Psychische Symptome wie Affektstörung, Angststörung bestünden nicht, auch keine formalen und inhaltlichen Denkstörungen. Der Beschwerdeführer erwarte eigentlich eine Unterstützung hinsichtlich der juristischen Auseinandersetzung mit der SUVA. Als Faktoren, die einer günstigen Prognose im Wege stünden, nennt Dr.med. J. \_\_\_\_\_ die sehr chronifizierte und invalidisierende Schmerzproblematik und die sehr ho-

he Überzeugung, Anspruch auf weitere Suva-Leistungen zu haben, aktuell entsprechend die rechtliche Auseinandersetzung mit der Suva. Subjektiv habe er über lange Zeit und auch viele frustrane therapeutische Versuche erlebt. Es bestehe wenig Glaube an therapeutische Beeinflussbarkeit der Schmerzproblematik.

Unter 'Diverses' schliesslich führt Dr.med. J. \_\_\_\_\_ aus:

Aus psychiatrischer Sicht besteht vordergründig das CRPS nach Arbeitsunfall vom März 2013.

Eine weitere klare Psychopathologie besteht eigentlich nicht.

Der Patient befindet sich in einer versicherungsrechtlichen Auseinandersetzung mit der SUVA. In so einer Situation gestalten sich psychiatrisch psychotherapeutische Ansätze schwierig.

In Bezug auf die Behandlung des CRPS ist bereits vieles versucht worden. In den mir vorliegenden Unterlagen (Begutachtung der Schulthess Klinik vom Nov. 2019) werden entsprechende therapeutische Versuche von der Universitätsklinik Balgrist aufgelistet (inkl. medikamentöse Behandlungen mit Venlafaxin, Pregabalin, Schmerzinfusion mit Ketamin, Qutenza-Pflaster etc.).

Berufliche Massnahmen in der jetzigen Situation erscheinen aus meiner Sicht nicht erfolgsversprechend. Hinsichtlich einer Einschätzung zur Einschränkung durch das CRPS könnte meines Erachtens eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme durch einen Mediziner mit Erfahrung in Schmerzbehandlungen überlegt werden.

**3.7.3** Mit Entscheid vom 29. März 2021 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 411). Sie führte aus, aktenkundig habe sich der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 27. März 2013 laut initialem Arztbericht eine Commotio cerebri sowie Schürfwunden/Prellungen am Ober- sowie Unterschenkel links zugezogen. Die Commotio cerebri sei folgenlos abgeheilt; gegenteilige Hinweise fänden sich in den medizinischen Unterlagen nicht. Zudem rechtfertige das vorliegend leichte Trauma keine Adäquanzprüfung gemäss Schleudertraumapraxix; die Adäquanz sei nach den Kriterien der Psychopraxis BGE 115 V 133 zu beurteilen.

Des Weiteren folgerte die Suva aus der Beurteilung der Gutachter im Verlaufsgutachten vom November 2019, dass mit Blick auf die Rechtsprechung zur Objektivierbarkeit von Unfallfolgen ein unfallbedingtes organisches Korrelat, welches die geklagten Beschwerden und die Funktionslosigkeit erklären könnte, nicht ausgewiesen sei. Nichts Anderes lasse sich aus dem Bericht von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ ableiten. Es sei folglich zu prüfen, ob die nicht objektivierbaren Beschwerden zu weitergehenden Leistungen nach dem UVG berechtigen würden.

In der Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 ging die Suva beim Sturz von einer Leiter aus 2 bis 2.5 m Höhe vom 27. März 2013 von einem knapp mittelschweren Unfall aus und sie beurteilte die für die Adäquanzprüfung zu berücksichtigen.

sichtigenden Kriterien als nicht erfüllt. Aufgrund der fehlenden adäquaten Unfallkausalität bestätigte die Suva die verfügte Leistungseinstellung und Verneinung des Anspruchs auf weitere Leistungen.

**3.8.1** Vor Verwaltungsgericht hält der Beschwerdeführer fest, die Gutachter der Schulthess Klinik kämen im Verlaufsgutachten von 2019 zum selben Ergebnis wie bereits im Gutachten 2016, wonach sowohl die lokale Schmerzproblematik wie auch das CRPS I organisch begründbar und beide überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien. Überraschenderweise würden sie im Verlaufsgutachten - anders als im Gutachten 2016 - aber die Frage, in welchem Umfang die organischen Verletzungsfolgen die Arbeitsfähigkeit einschränken würden, nicht mehr beantworten, sondern bezeichnen dies als nicht bestimmbar. Zudem würden sie neu die Ansicht vertreten, neben den nachweisbaren organischen Verletzungsfolgen liege eine dissoziative Störung vor, wobei sie selber anfügen würden, dies sei eigentlich dem psychiatrischen Fachgebiet zuzuordnen. Zudem werde verkannt, dass das vorliegende CRPS I als selbst minime Teilursache ausreiche für eine Leistungspflicht der Suva. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass zumindest ein Teil der Beschwerden organisch und unfallkausal seien. Die Frage nach einem Integritätsschaden würden die Gutachter neu derart beantworten, dass die organisch nachweisbaren Gesundheitsschäden keine dauerhafte Beeinträchtigung der Integrität bedingen würden, wogegen sie 2016 geschrieben hätten, die präsentierte Beschwerdesymptomatik sei objektivierbar, ohne Widersprüche, ausgeprägt und alltagseinschränkend, was zu einer Integritätsentschädigung berechtige. Schliesslich beurteilt der Beschwerdeführer das Verlaufsgutachten von 2019 als nicht nachvollziehbar. 2016 seien die Gutachter zum Schluss gekommen, es liege ein myofaszielles Schmerzsyndrom und ein CRPS Typ I vor und beides lasse sich organisch begründen. Gestützt hierauf hätten sie damals die Arbeits(un)fähigkeit eingeschätzt. Drei Jahre später würden sie die Unfallkausalität des Schmerzsyndroms und des CRPS Typ I bestätigen, gleichzeitig und nicht nachvollziehbar aber festhalten, dass sich das Funktionsniveau, einzig bedingt durch die nachweisbaren organischen Verletzungsfolgen, nicht mehr bestimmen lasse. Noch widersprüchlicher und unschlüssiger sei deren Feststellung, es sei 2019 gar vorstellbar, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit wieder arbeiten könnte, obwohl nirgends von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gesprochen werde. Was die Verdachtsdiagnose einer dissoziativen Störung anbelange, welche die beiden fachfremden Gutachter geäussert hätten, stehe im Widerspruch zur Diagnose von Dr.med. J.\_\_\_\_\_. Dieser sei zum Ergebnis gelangt, der Beschwerdeführer leide aus psychiatrischer Sicht einzig an einer Anpassungsstörung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

**3.8.2** Die Suva widerspricht den Ausführungen in der Beschwerde und betont, gemäss dem Verlaufsgutachten seien keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen ausgewiesen. Weder neurologisch noch orthopädisch liessen sich die Beschwerden objektivieren. Das CRPS Typ I habe nie mit rechtsgenügender Sicherheit festgestellt werden können und werde von den Gutachtern als stattgehabt beschrieben. Fehle es aber an objektivierbaren organischen Unfallfolgen, sei die Adäquanz zu prüfen. Die durch die Suva vorgenommene Adäquanzprüfung werde durch den Beschwerdeführer nicht als fehlerhaft gerügt. Soweit er das bidisziplinäre Verlaufsgutachten kritisiere, sei dem entgegenzuhalten, dass er dieses mitunter lückenhaft und damit aus dem Zusammenhang gerissen zitiere. 2016 hätten die Gutachter den medizinischen Endzustand noch als nicht erreicht bezeichnet, weshalb auch keine Widersprüchlichkeit vorliege. Entgegen der Kritik seien die Ausführungen in den Gutachten schlüssig und gut nachvollziehbar. Fakt sei schliesslich, dass die geklagten Beschwerden nicht auf ein unfallbedingtes organisches Korrelat zurückzuführen seien.

**4.1** Die Suva begründet ihre Leistungseinstellung und den Ausschluss einer Rente und Integritätsentschädigung mit dem Fehlen adäquat kausaler Unfallfolgen. Auf die von der Suva durchgeführte Adäquanzprüfung geht der Beschwerdeführer nicht ein. Viel mehr bemängelt er schon die Darstellung der Suva, es lägen keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen vor, weswegen die Adäquanz der geklagten Beschwerden zu prüfen sei. Mithin ist primär strittig, ob über den 31. Mai 2020 (Zeitpunkt der Leistungseinstellung) hinaus organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen bestanden.

**4.2.1** Rechtsprechungsgemäss sind Unfallfolgen dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 Erw. 5.1; Urteile BGer 8C\_15/2021 vom 12.5.2021 Erw. 7.1; 8C\_301/2017 vom 24.4.2018 Erw. 2).

**4.2.2** Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und ist ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteil BGer 8C\_123/2018 vom 18.9.2018 Erw. 4.1.2; VGE I 2014 110 vom 11.3.2015 Erw. 3.2.1). Auch bezüglich der Diagnostik und Abklärung des CRPS sind apparative Untersuchungen angezeigt wie Röntgen, Szintigraphie, Ninhyd-

rintest oder Thermographie (Urteil BGer 8C\_705/2017 vom 13.3.2018 Erw. 5.2 m.w.H.). Soweit ein CRPS nachgewiesen ist, ist es daher nicht gerechtfertigt, die Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage anzuwenden und die im Zusammenhang mit somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Kriterien (BGE 130 V 352; vgl. auch BGE 136 V 279) ebenfalls für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung eines CRPS heranzuziehen (Urteil BGer 8C\_1021/2010 vom 19.2.2011 Erw. 7).

**4.2.3** Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (vgl. Urteil BGer 8C\_15/2021 vom 12.5.2021 Erw. 7.3 m.H. auf SVR 2017 UV Nr. 41 S. 141, 8C\_833/2016 vom 14.6.2017 Erw. 5.2).

**4.2.4** 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). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva 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 Beweiskraft 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).

**4.3** Ausgangslage des mit dem Entscheid VGE I 2014 110 vom 11. März 2015 aufgehobenen Suva-Entscheides war die kreisärztliche Beurteilung vom 5. Juni 2014, dergemäss sich überwiegend wahrscheinlich keine strukturellen Unfallfol-

gen mehr zeigten (Erw. 2.13 des erwähnten Entscheides). Das Gericht hob den Entscheid nicht wegen dieser Beurteilung auf, sondern weil sich der Kreisarzt trotz entsprechender Hinweise nicht vertieft mit dem Vorliegen eines CRPS auseinandergesetzt hatte, mithin diese Frage ungeklärt blieb (vgl. oben Erw. 2).

**4.4** Im Gutachten vom 21. Oktober 2016 wird in der Beurteilung zusammenfassend festgehalten, es sei ein lokales ausgeprägtes, am ehesten myofaszielles Schmerzsyndrom am distalen lateralen linken Oberschenkel und ein CRPS Typ I zu konstatieren; daneben insgesamt geringfügige intrinsische Kniegelenksveränderungen, die einen sehr geringen Beitrag an die Schmerzsymptomatik hätten (Suva-act. 197 S. 37).

Beim myofasziellen Schmerzsyndrom handelt es sich, wie die Vorinstanz zu Recht festgestellt hat, nicht um eine objektivierte organische Unfallfolge (Urteile BGer 8C\_310/2011 vom 5.9.2011 Erw. 4.1; 8C\_124/2008 vom 17.10.2008 Erw. 6.1 m.w.H.). Bei den erwähnten geringfügigen intrinsischen Kniegelenksveränderungen stellten die Gutachter unter Berücksichtigung der Bildgebung sowohl den Unfall als Ursache als auch deren Beitrag an die Schmerzsymptomatik in Frage. Hinsichtlich CRPS Typ I fanden die Gutachter zusätzlich zur Temperaturdifferenz und zur Atrophie objektivierbare Ausfälle am linken Bein und sie beurteilten sowohl die Budapest-Kriterien als auch die etwas strengeren Forschungskriterien insgesamt als erfüllt (Suva-act. 197 S. 34 f.). Gleichzeitig wiesen Sie aber auch auf die insgesamt problematische Spezifität der Kriterien hin sowie auf gewisse Ungereimtheiten, so dass "zwar objektive Faktoren zur zumindest teilweisen Erklärung der Schmerzen vorhanden sind mit muskulärem Gewebsschaden (lokaler Schmerz) und formal Erfüllen der Kriterien eines CRPS am linken Bein i.B. Unterschenkel, das Schmerzausmass allerdings zum Gewebeschaden dysproportional erscheint und der lokale ausserordentlich starke (myofaszielle?) Druckschmerz nicht zu einem CRPS passt, Letzteres aber geeignet sein könnte, den besagten myofasziellen Schmerz aufgrund von Fehlbelastungen bzw. Nichtgebrauch massgebend zu unterhalten" (Suva-act. 197 S. 35 f.). Im Ergebnis schlugen sie vor, Therapiemöglichkeiten des CRPS zu evaluieren.

**4.5** In der kreisärztlichen Untersuchung vom 28. März 2018, für welche der Kreisarzt auch die aktuelle radiologische Bildgebung vom 26. Februar 2018 sowie 2. und 5. März 2018 zuzog (vgl. Suva-act. 276 - 278; 285 S. 2), wiederholt der Kreisarzt die Diagnose eines CRPS Typ I.

**4.6.1** Im Verlaufsgutachten 2019 erkannten die Gutachter eine grosse Diskrepanz zwischen Anamnese (unveränderter Zustand zu 2016) und der durch sie festgestellten weitgehenden Funktionslosigkeit des linken Beines. Sodann stell-

ten die Gutachter fest, dass die objektiv erhebbaren Befunde am linken Bein sich zu 2016 nicht negativ verändert haben. Diese Diskrepanz untermauern sie mit Feststellungen, dass etwa das Areal mit sehr hoher Berührungsempfindlichkeit keinem Nerv zugeordnet werden könne oder auch die durchgeführte Ausschlussdiagnostik keine Auffälligkeiten gezeigt habe.

Im klinischen Befund fanden die Gutachter deutliche Auffälligkeiten mit sehr starker Schmerzausgestaltung, die aber begleitet war von objektiven bzw. vegetativen Reaktionen. Auch die Oberschenkelmuskelatrophie, verminderte Fussbeschielung, verminderter Schuhsohlenabrieb, verminderte Funktion des linken Beines sowie MRI-Befunde, die mit Inaktivitätsbedingten Veränderungen in den Knochen und Muskeln vereinbar sind, anerkannten die Gutachter als objektive Zeichen der Beschwerden. Sie verweisen aber ebenso auf ein positives Hoover-Zeichen, was zum klinischen Eindruck einer Pseudoparese des linken Beines passe.

Gleichzeitig kamen die Gutachter aber auch zum deutlichen Schluss, dass der aktuelle Zustand mit weitgehender Funktionslosigkeit des linken Beines organisch nicht begründet werden könne; weder eine neurologische noch orthopädische Ursache könne als Erklärung gefunden werden.

**4.6.2** Auch im Verlaufsgutachten 2019 äussern sich die Gutachter zur Frage eines CRPS. Zum einen halten sie dazu fest, die Budapest-Kriterien CRPS Typ I seien weiterhin und wiederum formal erfüllt. Zum andern verweisen sie aber - wie schon 2016 - auf die Problematik der unbefriedigenden Spezifität und sie betonen insbesondere, dass weder ein bestehendes noch ein stattgehabtes CRPS den aktuellen Zustand zu erklären vermöge. Dieser gehe auch weit über das hinaus, was bei myofaszialen Beschwerden gesehen werden könne.

**4.7.1** Gestützt auf das Verlaufsgutachten 2019 stellte die Suva die Leistungen per 31. Mai 2020 ein. Dies begründet die Suva derart, dass gemäss dem Verlaufsgutachten 2019 (wenn überhaupt) ein durchgemachtes, stattgehabtes CRPS Typ I vorliege und damit keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen mehr. Die noch geklagten Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar und die Adäquanz sei zu verneinen. Der Beschwerdeführer bemängelt diese Darstellung der Suva. Seinerseits interpretiert er dasselbe Gutachten derart, dass die Gutachter nach wie vor die Diagnose eines CRPS Typ I stellen.

In diesem Punkte bezüglich Diagnose eines CRPS erweist sich das Gutachten vom 29. November 2019 in der Tat als nicht eindeutig, weshalb das Gericht den Gutachtern am 2. September 2021 Ergänzungsfragen unterbreitete.

**4.7.2** Nach einem (erneuten) Hinweis auf die Budapest-Kriterien und die Problematik der geringen Spezifität sowie auf die Wünschbarkeit, dass eine Methodologie mit einer höheren Spezifität vorläge und diese dem versicherungsmedizinischen Kontext würdiger wäre, beantwortete der Gutachter Dr.med. G. \_\_\_\_\_ die Ergänzungsfragen (VG-act. 12) wie folgt (VG-act. 16):

1. Das Gutachten vom 29. November 2019 nennt folgende Diagnosen (S. 23):

Unfall vom 27.03.2013: Leitersturz aus 2 bis 2,5m Höhe mit/bei

- Verletzung am linken Ober- und Unterschenkel mit Hämatom im Bereich des M. vastus lateralis links und möglichem Bone bruise an der lateralen Trochlea
  - o Chronisches, im Verlauf zunehmendes Schmerzsyndrom mit Fokus auf den anterolateralen distalen Oberschenkel mit Entwickeln eines myofaszialen Schmerzsyndromes und eines CRPS Typ I (07 /16) und bis dato (09/19) weiterer Verschlechterung mit nun hochgradiger Funktionsminderung des gesamten linken Beines
    - Neurologisch und orthopädisch nicht zu erklären
      - DD: Dissoziative Störung F44.4, F44.6; Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41
    - o Elektrophysiologisch: verzögerte und verminderte sudomotorische Hautantwort am linken Fuss 07/16 und 07/19; MEP zum Motoneuronenpool L4/5 bds unauffällig und EMG 09/19 aus dem M. tibialis anterior links ohne pathologischen Befund
    - o MRI der LWS und des Plexus lumbosacralis links vom 20.09.2019 ohne relevante Pathologien
  - Anamnestisch Commotio cerebri mit geringer retrograder und anterograder Anamnese
    - o GCS bei Eintritt ins Spital 15, unauffällige Überwachung
    - o Im Verlauf keine Hinweise auf Residuen

Zur Frage, welche festgestellten Gesundheitsschäden mindestens überwiegend wahrscheinlich unfallkausal seien, hielten die Gutachter (u.a.) fest (S. 27):

Im Kern unfallkausal kann zwar eine gewisse lokale Schmerzproblematik im Bereich des antero-lateralen Oberschenkels links mit zusätzlich Entwickeln eines CRPS Typ I überwiegend wahrscheinlich konstatiert werden.

In der 'Zusammenfassung und Beurteilung' führen die Gutachter u.a. aus:

Auch wenn aktuell die sog. Budapest-Kriterien für ein CRPS (complex regional pain syndrome) Typ I weiterhin und wiederum formal erfüllt sind (bezüglich der in diesem Kontext zu erwähnenden Problematik der unbefriedigenden Spezifität dieser Kriterien sei auf das Gutachten dat. 21.10.16 verwiesen) lässt sich der aktuelle Zustand bei weitem nicht durch ein CRPS oder ein Status nach CRPS erklären und geht auch weit über das hinaus, was bei myofaszialen Beschwerden gesehen werden kann (S. 25).

Der aktuelle Zustand mit weitgehender Funktionslosigkeit des linken Beines kann hingegen organisch nicht begründet werden. Jedenfalls lässt sich sagen, dass weder eine neurologische noch orthopädische Ursache als Erklärung für den vorliegenden quasi Funktionsverlust des linken Beines gefunden werden können. Ein stattgehabtes CRPS Typ I und begleitende myofasziale Schmerzen sind im Kern durchaus möglich, erklären aber die ausserordentlich negative und therapieresistente Entwicklung und den aktuellen Zustand nicht (S. 26 f.).

Wie ist die Diagnose ("Chronisches ... Schmerzsyndrom ... mit Entwickeln eines myofaszialen Schmerzsyndromes und eines CRPS Typ I (07 /16) und bis dato (09/19) weiterer Verschlechterung ...") gemäss Gutachten vom 29. November 2019, gestützt auf die berücksichtigten Verlaufsakten, die erhobene Anamnese und die persönlichen

Untersuchungen (bei geringster Berührung starke Schmerzauslösung = Allodynie / massive Hypersensibilität mit einer Dysästhesie / deutliche Hypo- Atrophie der Oberschenkelmuskulatur links / Unterschenkel links mit Hypothermie von 2,5° C und livider Verfärbung / sensomotorische Reizantwort im linken Fuss verzögert und mit verminderter Amplitude), zu verstehen:

- a) als Verdachtsdiagnose CRPS Typ I (im Sinne, dass ein CRPS Typ I nie mit rechtsgenügender Sicherheit festgestellt werden konnte)?
- b) als die Diagnose eines bestehenden CRPS Typ I; bestehend im Juli 2016 (7/16) und auch im November 2019 (11/19)?
- c) die Diagnose eines im Juli 2016 (7/16) bestehenden, jedoch im November 2019 (11/19) durchgemachten / abgeklungenen / stattgehabten, nicht mehr vorhandenen CRPS Typ I?
- d) weiteres?

*Antwort: Sie ist als Diagnose eines fortbestehenden CRPS Typ I, sowohl bestehend im Juli 2016 (07 /2016) als auch im November 2019 (11/2019) zu verstehen.*

2. Die Aussage, ein stattgehabtes CRPS Typ I und begleitende myofasziale Schmerzen seien im Kern möglich, erklärten aber die Entwicklung und den Zustand nicht (Gutachten S. 26), lässt verschiedene Lesarten zu. Bitte präzisieren Sie Ihre Aussage im Sinne der nachfolgenden Möglichkeiten, die sich nicht zwingend ausschließen müssen, also mehrere vorkommen können:
  - a) Selbst ein stattgehabtes CRPS Typ I ist nur möglich, nicht aber überwiegend wahrscheinlich, d.h. das CRPS Typ I war immer nur Verdachtsdiagnose und nie Diagnose.
  - b) Ein CRPS Typ I war sicher gegeben (7/16), inzwischen (11/19) aber sicher abgeheilt.
  - c) Wenn ein im November 2019 bestehendes oder auch stattgehabtes (durchgemachtes) CRPS Typ I gegeben ist, wäre dieses für die Entwicklung und den Zustand gar nicht (auch nicht teil-) ursächlich.
  - d) Wenn ein im November 2019 bestehendes oder auch stattgehabtes (durchgemachtes) CRPS Typ I gegeben ist, wäre dieses für die Entwicklung und den Zustand nicht allein, aber doch zumindest teilursächlich.

*Antwort: Die Frage d ist am ehesten zutreffend: "Wenn ein im November 2019 bestehendes oder auch stattgehabtes (durchgemachtes) CRPS Typ I gegeben ist, wäre dieses für die Entwicklung und den Zustand nicht allein, aber doch zumindest teilursächlich."*

3. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und ist ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden (Urteil BGer 8C\_123/2018 vom 18.9.1018 Erw. 4.1.2).

Wenn Herr A. \_\_\_\_\_ ein CRPS Typ I erlitt, hat dieses bei ihm überwiegend wahrscheinlich objektivierbare organische Gesundheitsschäden verursacht, die über das Abklingen des CRPS hinaus anhalten und eine objektivierbare organische Folge des CRPS und damit letztlich des (für das CRPS ursächlichen) Unfalles darstellen?

*Antwort: Ja, dies ist anzunehmen. Hinzuweisen ist allerdings nochmals auf das einleitend Erwähnte und das Dilemma, dass wie hier vorliegend, die im Kern*

*von dieser Problematik ausgehende Funktionsminderung aufgrund der deutlichen dissoziativen Überlagerung nicht quantifiziert werden kann.*

4. Zur Frage der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund unfallbedingter Gesundheitsschäden hielten die Gutachter (u.a.) fest (S. 28):

Das Funktionsniveau einzig bedingt durch die nachweisbaren organischen Verletzungsfolgen lässt sich allerdings aufgrund der massiven psychogenen Überlagerung nicht bestimmen.

Bedeutet dies, dass erstens organisch nachweisbare Verletzungsfolgen grundsätzlich vorliegen und diese zweitens zumindest und überwiegend wahrscheinlich eine Teilursache für die Einschränkung des Funktionsniveaus darstellen? Oder liegen zwar organisch nachweisbare Verletzungsfolgen vor, die aber überwiegend wahrscheinlich auch nicht teilursächlich sind für das eingeschränkte Funktionsniveau?

*Antwort: Ersteres gilt.*

5. Zur Frage, ob unfallbedingte Gesundheitsschäden die körperliche, geistige oder psychische Integrität von Herrn A. \_\_\_\_\_ dauerhaft beeinträchtigen würden, hielten die Gutachter (u.a.) fest (S. 29):

Die organisch nachweisbaren Gesundheitsschäden bedingen keine dauerhafte Beeinträchtigung der Integrität. Allerdings ist das linke Bein aktuell quasi funktionslos, was wiederum hauptsächlich durch nicht organische Faktoren bzw. durch psychogene Faktoren bedingt ist.

Bedeutet diese Aussage, dass die Quasi-Funktionslosigkeit des linken Beines 'hauptsächlich' durch nicht-organische Faktoren bedingt ist, dass organische Faktoren dennoch teilweise Ursache sind? Falls ja, um welche handelt es sich und sind diese organischen Gesundheitsschäden überwiegend wahrscheinlich zumindest teilweise auf den Unfall zurück zu führen?

*Antwort: Die Quasi-Funktionslosigkeit des linken Beines ist hauptsächlich durch nicht-organische Faktoren bedingt, organische Faktoren sind allerdings teilweise vorhanden, können aber im Kern aufgrund der massiven Überlagerung nicht quantifiziert beziehungsweise identifiziert werden. Dabei handelt es sich um besagtes CRPS und dieses ist überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen.*

**4.8.1** Auch nach Vorliegen des Ergänzungsgutachtens hält die Suva mit Stellungnahme vom 27. Oktober 2021 an ihrem Entscheid fest. Der Gutachter bezeichne in seiner Antwort 2 das CRPS als "stattgehabtes (durchgemachtes) CRPS Typ I". Daraus lasse sich einzig ableiten, dass aufgrund des CRPS zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine Einschränkungen der Arbeits(un)fähigkeit mehr bestanden hätten. In Antwort 5 führe er aus, die quasi Funktionslosigkeit des linken Beines sei hauptsächlich durch nicht organische Faktoren bedingt. Entsprechend sei die Funktionsminderung auf somatisch nicht erklärbar Befunde zurückzuführen. Diesbezüglich werde im Einspracheentscheid vom 26. März 2021 unter Ziff. 4 ausführlich dargelegt, weshalb diesbezüglich Einschränkungen

zumindest nicht in einem adäquat kausalen Zusammenhang zum Unfallereignis stünden.

**4.8.2** Demgegenüber sieht der Beschwerdeführer durch das Ergänzungsgutachten seine Darstellung bestätigt. Der Gutachter halte fest, die Diagnose des CRPS Typ I habe beim letzten Untersuch im November 2019 noch Bestand gehabt und sei für die Entwicklung der schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung zumindest teilursächlich. Er bestätige damit, dass organisch nachweisbare Verletzungsfolgen vorlägen und diese überwiegend wahrscheinlich zumindest teilursächlich für die noch vorhandene Einschränkung des Funktionsniveaus seien. Dem entsprechend habe die Suva für den gesamten Gesundheitsschaden im Sinne des UVG aufzukommen.

**4.9.1** Mit der Beantwortung der Ergänzungsfragen konnten die aufgrund des Gutachtens 2016 und des Verlaufsgutachtens 2019 bestehenden Unklarheiten beseitigt werden. Auch wenn Dr.med. G. \_\_\_\_\_ einleitend noch einmal auf die unbefriedigende Spezifität der Budapest-Kriterien hinweist, so präzisiert er mit den gegebenen Antworten doch unzweideutig, dass die Diagnose eines fortbestehenden CRPS Typ I sowohl im Juli 2016 als auch im November 2019 bestand (Frage 1). Damit widerspricht er der Interpretation der Suva, welche das Verlaufsgutachten 2019 dahingehend verstand, als im Begutachtungszeitpunkt 2019 das CRPS als stattgehabt zu qualifizieren sei. Vielmehr lautet die Diagnose im November 2019 auf fortbestehendes CRPS Typ I. Nicht gefolgt werden kann der Vorinstanz, wenn sie in der Stellungnahme vom 27. Oktober 2021 ausführt, gemäss Antwort zu Frage 2 habe der Gutachter bestätigt, es liege ein stattgehabtes CRPS vor. Vielmehr antwortete er, ein bestehendes oder stattgehabtes CRPS Typ I wäre für die Entwicklung und den Zustand nicht allein, aber doch zumindest teilursächlich.

**4.9.2** Aufgrund des Ergänzungsgutachtens steht fest, dass im Zeitpunkt der Begutachtung im November 2019 noch immer ein CRPS Typ I bestand. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und stellt rechtsprechungsgemäss einen organischen bzw. körperlichen Gesundheitsschaden dar (vgl. oben Erw. 4.2.2).

Gemäss Gutachter stellt aber nicht allein das CRPS Typ I einen objektivierbaren organischen Gesundheitsschaden dar. Vielmehr hat er in Beantwortung von Frage 3 festgehalten, das CRPS Typ I habe beim Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich objektivierbare organische Gesundheitsschäden verursacht, die eine objektivierbare organische Folge des CRPS und damit letztlich des (für das CRPS ursächlichen) Unfalles darstellen. Damit aber steht zweifellos fest, dass

der Unfall mindestens teilursächlich ist für die nachweisbaren organischen Gesundheitsschäden.

**4.9.3** Der Gutachter hält indes auch fest, dass der Zustand, wie er sich im Begutachtungszeitpunkt präsentierte, nicht ausschliesslich auf den Unfall zurück zu führen ist. Gleichzeitig aber beantwortet er die Fragen 2, 4 und 5 ebenso deutlich derart, dass die Unfallfolgen, namentlich das CRPS Typ I, mindestens teilursächlich sind für den Gesundheitszustand mit den objektivierbaren organischen Gesundheitsschäden und für die Einschränkung des Funktionsniveaus. Dass eine Quantifizierung der nicht-organischen und organischen Faktoren nicht möglich sei, ändert nichts daran, dass gemäss Gutachter unfallkausale Folgen mitursächlich sind. Im Übrigen besteht gemäss Dr.med. J. \_\_\_\_\_ keine klare Psychopathologie bzw. kein psychopathologischer Befund (vgl. Erw. 3.7.2).

**4.10** Somit steht fest, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung objektivierbare organische Unfallfolgen ihre Ursächlichkeit für den die Funktionalität einschränkenden Gesundheitsschaden nicht vollständig verloren haben. Der im angefochtenen Einspracheentscheid vorgenommenen Beurteilung, wonach ein unfallbedingtes organisches Korrelat, das die geklagten Beschwerden und die Funktionslosigkeit erklären könnte, nicht ausgewiesen sei (Einspracheentscheid S. 7), kann daher nicht gefolgt werden. Vielmehr lag ein unfallbedingtes organisches Korrelat vor; der Unfall ist zumindest teilursächlich. Weil die objektivierbaren organischen Unfallfolgen im Zeitpunkt der Leistungseinstellung nicht vollständig dahingefallen sind, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nicht nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhte, bestand weiterhin eine Leistungspflicht des Unfallversicherers. Damit aber hatte die Suva die Leistungen zu Unrecht eingestellt.

**5.** Die Beschwerde erweist sich damit als begründet. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. März 2021 ist aufzuheben und die Sache zur Prüfung und Festlegung der Versicherungsleistungen an die Vorinstanz zurück zu weisen.

**6.1** Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. <sup>fbis</sup> ATSG).

**6.2** Das Verlaufsgutachten 2019 war in seiner Aussage unklar und liess widersprüchliche Interpretationen zu. Es hätte der Vorinstanz noch keine Basis für einen Entscheid bilden dürfen. Vielmehr wäre sie gehalten gewesen, den Gutachtern die nun durch das Gericht gestellten Ergänzungsfragen zu unterbreiten. Die Kosten des Ergänzungsgutachtens in der Höhe von Fr. 900.-- sind daher durch

die Vorinstanz zu tragen. Sie hat diesen Betrag dem Verwaltungsgericht, das die Gutachtenrechnung bereits beglichen hat, zu erstatten.

**6.3** Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihm zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG / § 74 Abs. 1 VRP). Die Parteientschädigung ist in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975, welcher für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien sowie in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf insgesamt Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

## **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 26. März 2021 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Prüfung und Festsetzung von Versicherungsleistungen an die Vorinstanz zurückgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem Gericht die Kosten für das Ergänzungsgutachten in der Höhe von Fr. 900.-- zurück zu erstatten.
4. Die Vorinstanz hat dem beanwalteten Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
5. 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 Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde\* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
6. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 13. Dezember 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die 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: 11. Januar 2022