VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiber: MLaw Patrick Trütsch

U R T E I L vom 21. September 2021
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A._____,
Beschwerdeführer
vertreten durch RA B._____

gegen

Suva, Versicherungsleistungen, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2019 155

A. Der 1978 geborene A._____ war seit dem 27. Juni 2016 bei der C._____ AG als Betonverschaler angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen Berufsunfälle versichert. Am 27. Juli 2016 fiel er auf einer Baustelle in D._____, beim Ausschalen von einem Schalungselement runter und zog sich dabei einen Bruch am rechten Fuss zu (Suva-act. 2). Die Suva anerkannte in der Folge ihre Leistungspflicht und richtete die gesetzlichen Leistungen aus. Nach Einholung medizinischer Berichte und mehrerer kreisärztlicher Beurteilungen schloss die Unfallversicherung mit Verfügung vom 22. November 2018 den Unfall per 31. Dezember 2018 folgenlos ab. Sie verneinte insbesondere einen adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 27. Juli 2016 (Suva-act. 194). Die dagegen erhobene Einsprache (Suva-act. 195) wies die Suva mit Entscheid vom 14. Oktober 2019 ab (Suva-act. 222).

B. Beschwerdeweise lässt A._____ beantragen, in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 14. Oktober 2019 sei die Suva zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen rückwirkend wieder auszurichten und eine Rente in noch zu bestimmender Höhe zuzusprechen. Eventualiter sei die Suva zu verpflichten, über die streitige Kausalitätsfrage ein Gutachten einzuholen und die gesetzlichen UVG-Leistungen rückwirkend wieder auszurichten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht liess er die Durchführung einer mündlichen Verhandlung beantragen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angeführt, hinsichtlich des Vorliegens eines CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) bestehe eine divergente Aktenlage, welche mittels eines Gutachtens zu klären sei. Ferner sei die Adäquanzprüfung verfrüht erfolgt, welche allerdings ohnehin gegeben wäre, da die physischen und psychischen Beschwerden in ausgeprägter Form vorlägen (act. 1).

C. Die Suva schloss vernehmlassend auf Abweisung der Beschwerde. Sie begründete dies damit, dass ein CRPS nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei. Ferner zeige die Adäquanzprüfung, dass ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 27. Juli 2016 zu verneinen sei. Der Zeitpunkt für die Prüfung sei ebenfalls rechtens, da keine Heilbehandlung bezüglich der somatischen Unfallfolgen mehr indiziert gewesen sei (act. 5).

D. Im Rahmen eines zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 7 und 9).

E. Auf Antrag des Beschwerdeführers hin (act. 12) wurde das Verfahren mit Verfügung vom 26. Januar 2021 bis zur Erstattung des von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachtens sistiert (act. 15).

F. Am 31. Mai 2021 legte der Beschwerdeführer das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 17. Mai 2021 ins Recht (act. 16). Die Suva liess sich hierzu vernehmen und reichte die neurologische und orthopädisch-chirurgische Beurteilung vom 24. Juni 2021 ein (act. 19 sowie Suva-act. 228).

G. Mit Eingabe vom 28. Juli 2021 äusserte sich der Beschwerdeführer zur Stellungnahme der Suva vom 15. Juli 2021 (act. 21). Die Beschwerdegegnerin reagierte darauf am 24. August 2021 (act. 23).

H. Auf Anfrage des Gerichts hin (act. 25) erklärte der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 9. September 2021 seinen Verzicht auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung (act. 26).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 14. Oktober 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Dementsprechend sieht Art. 82a ATSG vor, dass für im

Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 5. November 2019 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

1.2 Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 bzw. am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Entsprechend den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen). Der hier zu beurteilende Unfall hat sich am 27. Juli 2016 ereignet, weshalb die bis 31. Dezem-ber 2016 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 58 Abs. 2 ATSG – Zuständigkeit am Sitz des letzten schweizerischen Arbeitgebers des im Ausland wohnhaften Beschwerdeführers – gegeben, arbeitete der im Ausland wohnhafte Beschwerdeführer zuletzt für die C._____ ag in E._____/ZG. Der angefochtene Einspracheentscheid datiert vom 14. Oktober 2019 (Suva-act. 222) und ist frühestens am Folgetag beim Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingetroffen. Die Beschwerdeschrift wurde am 5. November 2019 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht Zug ein. Damit gilt die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG als gewahrt. Der Beschwerdeführer ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen verständlichen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen im Regelfalle dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt nebst dem Vorliegen eines Unfalls (Art. 4 ATSG) oder einer körperähnlichen Schädigung (Art. 6 Abs. 2 UVG) zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1; 129 V 177 E. 3.1).

3.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der

Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2).

Hervorzuheben ist, dass die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle spielt, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, aber nicht organisch objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz besonders zu prüfen. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so kommen grundsätzlich die Adäquanzkriterien zum Zuge, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa [sog. Psycho-Praxis]; BGE 138 V 248 E. 4).

3.4 Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 139 V 176 E. 5.3) nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der

versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (BGer 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 2 und 8C_901/2009 vom 14. Juni 2010 E. 3.2, je mit Hinweisen).

3.5 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidsgrundlagen. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 E. 3 festgelegt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4).

4. Vorliegend streitig und zunächst zu prüfen ist, ob beim Beschwerdeführer ein CRPS vorliegt, mithin ob im Zeitpunkt der Leistungseinstellung noch ein objektivierbarer organischer Gesundheitsschaden vorlag.

4.1

4.1.1 Die Rechtsprechung umschreibt den Begriff der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolge – als Differenzierungsmerkmal für das Erfordernis einer Adäquanzprüfung –

wie folgt: Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht. 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 E. 5.1; BGer 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.1).

4.1.2 Das CRPS ist eine Sammelbezeichnung für Krankheitsbilder, die die Extremitäten betreffen. Es entwickelt sich nach einem schädigenden Ereignis und führt beim Betroffenen zu anhaltenden Schmerzen mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik. Das CRPS I (früher: Sudeck-Syndrom oder sympathische Reflexdistrophie) ist eine Erkrankung der Extremität, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Eingeteilt wird es in drei Stadien: I: Entzündungsstadium; II: Dystrophie; III: Atrophie (irreversibel). Das CRPS II (früher: Kausalgie) zeichnet sich aus durch brennende Schmerzen und Störungen des sympathetischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion. Klinische Zeichen bzw. Symptome eines CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) kombiniert mit sensiblen, motorischen und autonomen Störungen (u.a. Ödeme, Temperatur- und Schweisssekretionsstörung, evtl. trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum). Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose sowie Funktionsverlust kommen. Das CRPS ist eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und ein organischer bzw. körperlicher Gesundheitsschaden. Für die Annahme eines CRPS ist praxisgemäss nicht erforderlich, dass die Diagnose von den Ärzten bereits innerhalb von sechs bis acht Monaten nach dem Unfall gestellt worden sein muss, um sie als unfallbedingt anzusehen. Entscheidend ist, dass anhand echtzeitlich erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten (BGer 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.2).

4.2 Aus den medizinischen Akten ergibt sich das Folgende:

4.2.1 Durch seinen Sturz am 27. Juli 2016 erlitt der Beschwerdeführer ein Supinationstrauma am rechten Fuss und am oberen Sprunggelenk (OSG) mit/bei MT-V-Basisfraktur, Impressionsfraktur des Calcaneus und Verdacht auf subtalare Läsion und OSG-Distorsion Grad III mit Verdacht auf Bänderriss medial- und lateralseits. Die Arbeitsunfähigkeit wurde mit 100 % vom 27. Juli bis 10. August 2016 beziffert (Notfallbericht des Spitals F._____ vom 28. Juli 2016 [Suva-act. 13]).

4.2.2 Erstmals erwähnt wird der Verdacht auf ein CRPS im Sprechstundenbericht von PD Dr. med. G._____, Teamleiter Fuss- und Sprunggelenkschirurgie, Leitender Arzt an der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals F._____, vom 30. November 2016. Der Arzt stellte ein hinkendes Gangbild fest. Der rechte Fuss werde praktisch nicht belastet. Im Seitenvergleich bestehe eine diffuse Weichteilschwellung mit rötlich livider Verfärbung des Integuments medialseitig. Es liege aktuell keine Hyperhidrose vor. Die rechte Seite sei etwas kühler im Vergleich zur Gegenseite. Es bestünden diffuse Weichteildruckschmerzen sowohl medial am OSG wie lateral über dem Rück- und Vorfuss. Der Punctum maximum sei schon über dem Plattenlager bei doch gut palpabler Platte. Soweit beurteilbar liege keine Instabilität im OSG vor. Die Aktivierung der Tibialis posterior-Sehne sowie Peronealsehnen sei nur sehr eingeschränkt überprüfbar, aber würden zu aktivieren scheinen. Es liege eine Allodynie vor, jedoch keine Hypästhesie im Vorfussbereich. Die Arteria dorsalis pedis sowie die Arteria tibialis posterior seien gut palpabel. Der Klinikarzt ergänzte, bei klinisch deutlichem Verdacht auf ein CRPS werde die konsiliarische Vorstellung bei den Kollegen der Schmerztherapie empfohlen (Suva-act. 30).

4.2.3 Nach der ambulanten Schmerzsprechstunde am 12. Dezember 2016 hielt MSc H._____, Oberarzt der Schmerzsprechstunde Standort I._____, fest, die Ursache der massiven Schmerzen sei heute aufgrund der klinischen Untersuchung nicht klar ersichtlich. Die Parästhesien an der Fusssohle würde aber auf eine Mitbeteiligung des Nervus tibialis hindeuten (Tarsaltunnel). Möglicherweise könnte auch der Nervus suralis mitbeteiligt sein. Ein CRPS sei nicht ausgeschlossen, die diagnostischen Kriterien seien heute allerdings nicht erfüllt. Befundmässig führte er auf, der Patient könne den Fuss rechts aufgrund von Schmerzen nicht belasten. Die Prüfung von Stand und Gangbild sei deshalb nicht möglich. Die Untersuchung sei im Liegen durchgeführt worden. Inspektorisch bestehe immer noch eine leichte Schwellung des gesamten Fusses rechts

mit dunkler Verfärbung. Im Bereich der Fussaussenkante und im Kleinzehenbereich bestehe ein Hämatom. Im Bereich der Achillessehne, ca. 2 cm oberhalb des Sehnenansatzes, gebe es beidseits dunkle Druckmarken. Im Bereich des Innenknöchels sei unterhalb des Malleolus eine halbmondförmige dunkle Verfärbung. Der Fuss sei kalt, es bestehe jedoch kein Unterschied zur Gegenseite. Die Prüfung der Sensibilität auf Berührung und Kälte zeige im Bereich des linken Fusses eine verminderte Sensibilität im Bereich der medialen Fusssohle und im Bereich der lateralen Fusskante, fraglich auch im Bereich des Innenknöchels. Eine Druckdolenz bestehe vor allem im Bereich der Metatarsale 3 bis 5 plantar. Die Kraft des rechten Fusses sei schmerzbedingt eingeschränkt, aber in alle Richtungen kräftig (Bericht vom 12. Dezember 2016 [Suva-act. 34]).

4.2.4 Am 25. Januar 2017 berichtete PD Dr. G._____, die in der Schmerzklinik durchgeführten Nervenblockaden des Nervus suralis und des Nervus peroneus superficialis mittels Radiofrequenztherapie hätten zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden geführt. Es persistierten jedoch belastungsunabhängige Schmerzen, sodass die Gehfähigkeit auf ca. eine Stunde beschränkt sei. Hier käme es dann begleitend auch zu rezidivierenden Schwellungszuständen. Ruhe- und Nachtschmerzen bestünden keine mehr. Der behandelnde Arzt ergänzte, am rechten Fuss befinde sich eine reizlose trockene Narbe. Die Haut sei noch leicht diskret dunkler als auf der Gegenseite. Jedoch bestehe keine Überwärmung, Rötung oder Überbehaarung. Die Weichteile seien abgeschwollen. Es liege eine isolierte Druckdolenz über der Basis Metatarsale V vor. Die Peroneus brevis-Sehne sei kräftig aktivierbar, jedoch schmerzhaft. Sowohl das OSG wie auch untere Sprunggelenk (USG) seien frei beweglich. Die Durchblutung, Motorik und Sensibilität seien soweit unauffällig. Beurteilend fügte PD Dr. G._____ an, es persistiere der Verdacht auf eine Pseudarthrose im Bereich der Fraktur. Da die Symptomatik des CRPS nun abgeklungen sei, wäre eine operative Revision der Pseudarthrose indiziert. Es sei eine OSME mit Débridement und, je nach Bedarf, der Einsatz von Beckenkammspongiosa sowie eine Re-Osteosynthese geplant (Suva-act. 57).

4.2.5 Am 30. Oktober 2017 fand eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. J._____, Fachärztin Chirurgie, statt. Sie führte aus, es zeige sich ein Gangbild mit Schonhinken rechts. Der Fuss werde ohne Abrollbewegung aufgesetzt. Inspektorisch zeigten sich verstrichene Weichteile im Bereich des Rückfusses bei reizlosen Narbenverhältnissen nach OSG-Arthroskopie und Metatarsale V-Basisfraktur Osteosynthese. Im Bereich der Narbe lateral über dem Metatarsale V zeige sich proximal

über dem Plattenlager eine deutliche Druckschmerzhaftigkeit. Ein Tinelphänomen könne nicht ausgelöst werden. Eine weitere Druckschmerzhaftigkeit bestehe über dem Ligamentum talofibulare anterius. Die Peronealsehnen seien indolent. Die Hauttrophik und das Kolorit seien seitengleich. Es gebe keine Hinweise auf eine Hyperhidrose. Es werde eine leichte Hyposensibilität im Bereich des Nervus peronaeus superficialis rechtsseitig angegeben. Der Zehenstand sei möglich gewesen, nicht hingegen der Fersenstand, Fersen- und Zehengang. Der Einbeinstand sei eingeschränkt möglich gewesen. Es sei keine Schwellung vorgelegen. Die Beschwielung der Füsse sei seitengleich weich gewesen. Die OSG- und USG-Beweglichkeit seien seitengleich regelrecht gewesen. Beurteilend hielt Dr. J._____ fest, es sei im Verlauf zu einer Pseudarthrosenentwicklung gekommen, weshalb am 14. Februar 2017 eine OSME und Re-Osteosynthese durchgeführt worden sei. Nach der initialen Operation habe sich ein fragliches CRPS entwickelt, welches in der heutigen kreisärztlichen Untersuchung nicht habe nachgewiesen werden können. Es persistiere jedoch eine deutliche Schmerzhaftigkeit im Bereich des lateralen Fusses rechts, welche insbesondere bei Abrollbewegungen und Belastung auftrete, weshalb der Versicherte diese Bewegungen vermeide. Da physiotherapeutisch bis zum heutigen Zeitpunkt noch kein Kraftaufbau durchgeführt worden sei und sich eine deutlich eingeschränkte Fussbeweglichkeit bei Abrollbewegungen zeige, sollte nochmals eine intensive Physiotherapie mit dem Ziel der Verbesserung der Fussbeweglichkeit, Gangbildverbesserung und Muskelkräftigung durchgeführt werden (Suva-act. 128).

4.2.6 In seinem Bericht vom 9. Januar 2018 hielt Dr. med. K._____, Oberarzt der Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Spital F._____, die Diagnose CRPS Fuss rechts fest. Befundmässig hielt er eine diffuse Druckdolenz über den Weichteilen, mit Punctum maximum Metatarsale V, und eine gute Aktivierbarkeit der gelenkübergreifenden Sehnen, insbesondere der Peronealsehnen, fest. Er äusserte sich dahingehend, dass die Fraktur geheilt sei. Das Osteosynthesematerial liege vollständig intraossär und störe nicht. Eine Entfernung sei nicht notwendig. Die Schmerzen sehe er im Rahmen des CRPS, wobei im weiteren Verlauf eine spontane Besserung zu erwarten sei. Unterstützend sei die Fortsetzung der Physiotherapie mit Kraftaufbau indiziert. Die Rückkehr in den Beruf als Betonverschaler sei unrealistisch. Diesbezüglich sollten umschulende Massnahmen mit mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten angedacht werden. Aus seiner Sicht erfolge der Behandlungsabschluss. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage 100 % (Suva-act. 139).

4.2.7 Der Facharzt am Zentrum für ambulante Schmerztherapie und Anästhesie, Dr. med. L._____, FMH für Anästhesie, führte in seinem Überweisungsschreiben vom 24. Januar 2018 aus, auffallend sei, dass der Patient ein ganz groteskes Gangbild habe. Mit beiden Beinen, rechts mehr als links, gehe er in einer Art "Stepper-Gang" mit gleichzeitigem Federn im Bein und einem groben Zittern, das sich auf den restlichen Körper übertrage. Dabei seien die Knie leicht flektiert und der Oberkörper entweder nach vorne oder nach hinten flektiert. Die Arme seien abgespreizt und versuchten das Gleichgewicht zu halten. Beim Rückwärtslaufen gehe der Patient fast nur auf den Zehenspitzen. Die oben beschriebenen Symptome seien deutlich weniger ausgeprägt und der Oberkörper sei eher nach ventral gebeugt. Optisch habe man den Eindruck, dass der Oberkörper sich langsamer in die Gehrichtung bewege, als die Beine. Dies gelte auch für das Bremsen und Anhalten in beide Gehrichtungen. Spontan erinnere das Gangbild an eine Mischung aus Spastik und Parkinson. Laut Patient könne er in dieser Form ca. 60–90 Minuten maximal Laufen und/oder Stehen, dann bekomme er beidseits taube Füsse und müsse sich hinsetzen oder hinlegen. Gelegentlich komme es auch noch zu plötzlichen, attackenartigen Kopfschmerzen, die selbstlimitierend seien, und zu stechenden Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS). Für diese beiden Schmerzlokalisationen seien keine Auslöser bekannt oder typische Situationen und auch keine eindeutig wirksame Therapie. Die Schmerzstärke im Fuss gebe er in Ruhe mit VAS 4–5 an, beim Laufen steige sie bis auf VAS 7. Dann komme es auch zur Ausweitung der Schmerzen in die Wirbelsäule und Hände. Die Schmerzen in der Wirbelsäule beschreibe er als drückend. Die Schmerzen im rechten Bein reichten von Mitte Oberschenkel bis zum Fuss und er könne sie nicht genau beschreiben. Subjektiv sei es eher ein Schwächegefühl als ein Schmerz. Physiotherapie verstärkten die Symptome, insbesondere das Zittern in beiden Beinen. Die aufgrund des vermuteten CRPS durchgeführte Spiegeltherapie habe ihn total durcheinander gebracht und er könne seither nicht mehr richtig laufen bzw. die Motorik sei gestört. Weiter hielt Dr. L._____ fest, der grobe Tremor scheine sich beim grotesken Gangbild zu verstärken, sodass immer wieder der ganze Körper erfasst werde. Auf der Untersuchungsliege sei das rechte Bein auch nicht in Ruhe. Der grobe Tremor bleibe erhalten. Die Sensibilität im rechten Bein gegenüber links sei nicht dermatombezogen vermindert. Trotzdem bestehe eine Hypersensibilität, vor allem im Dermatom L5. Jede Berührung am Unterschenkel führe zu einem Verstärken des Tremors nach peripher. Auffallend sei auch, dass der Patient das rechte Knie nicht strecke, sondern immer in einer leichten Flexion halte. Wenn der Tremor stärker werde, entweder beim Laufen oder bei Berührung der Peripherie am rechten Unterschenkel/Fuss, trete oftmals auch ein Tremor im rechten Arm auf. Auffallend sei, dass nur im Sitzen und

gleichzeitigem Druck auf die Ferse der Patient anscheinend den Tremor unterdrücken könne. Der Patient berichte, dass zu Hause, nach ca. 30 Minuten Liegen im Bett, der Tremor sich langsam zurückbilde, es aber, sobald er aufstehe, wieder vollständig zurück komme. Der Facharzt bemerkte, er sei sich nicht sicher, ob der Patient tatsächlich Schmerzen habe. Er selbst beschreibe die Empfindungen bei Berührungen nicht als Schmerz, wie z.B. bei einer Alodynie, sondern eher als ein unangenehmes Gefühl. Nach Aussagen des Patienten sei dieser Tremor erst nach einer Untersuchung im F._____ aufgetreten. Dort habe man etwas untersuchen wollen und deshalb eine Nadel ins Bein gestochen. Dabei sei plötzlich ein blitzartiger starker Schmerz aufgetreten und sofort habe der Tremor begonnen. Genaueres sei nicht bekannt. Deshalb sei er – Dr. L._____ – nicht sicher, ob tatsächlich ein CRPS vorliege, wie vom Spital F._____ diagnostiziert. Der Tremor und das damit verbundene Verhalten des Patienten erinnere ihn mehr an eine psychische Ursache bzw. ein demonstratives Verhalten. Differentialdiagnostisch müsse aber eine andere Ursache ausgeschlossen werden, die nichts mit dem Unfall zu tun haben müsse, wie z.B. ein neurologisches Leiden, eine Multiple Sklerose, Parkinson, usw. Problematisch sei, dass der Patient in diesem Zustand noch Auto fahre (Suva-act. 142).

4.2.8 Der Versicherte wurde am 25. Januar 2018 durch Prof. Dr. med. M._____, Chefarzt der Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Spital F._____ untersucht. Er berichtete, dass sicherlich eine äusserst schwierige Situation vorliege. Die derzeitigen Beschwerden seien jedoch nicht auf ein strukturelles Problem am rechten Fuss zurückzuführen. Die MT-V-Basisfraktur sei vollständig konsolidiert. Allenfalls seien bei stattgehabten Avulsionen im Subtalargelenk degenerative Folgeerscheinungen zu erwarten. Das aktuelle Beschwerdebild scheine insgesamt jedoch entkoppelt von der strukturellen Entwicklung. Es liege ein primäres Schmerzproblem vor, welches einer medikamentösen bzw. interventionellen Behandlung bedürfe. Gegebenenfalls wäre eine solche Therapie im stationären Umfeld anzuraten. Zu diskutieren wäre dabei die Gabe von Pregabalin oder anderer Co-Analgetika sowie eine selektive Nervenblockade am rechten Unterschenkel. Als ultima ratio sei eine Amputation des rechten Beins nicht auszuschliessen (Suva-act. 145).

4.2.9 Am 27. Februar 2018 berichtete der Neurologe Dr. med. N._____, FMH Neurologie, über seine Untersuchung vom 23. Februar 2018. Er führte aus, es handle sich um eine komplexe, sich chronifizierte Situation, nachdem sich der Versicherte am 27. Juli 2016 bei der Arbeit ein Supinationstrauma am OSG und eine Metatarsale Basisfraktur V rechts zugezogen habe mit seither anhaltenden Beschwerden im rechten Bein fussbetont

trotz zweimaligen Operationen. Der Patient berichte eindeutig seit diesem Ereignis und den Operationen über eine Überempfindlichkeit für Schmerz und Berührung am rechten Bein fussbetont, über eine Schwellung am rechten Fuss (bis letzten Herbst, in der Zwischenzeit kein Ödem mehr), einen kälteren Fuss sowie eine reduzierte Beweglichkeit und Belastbarkeit im rechten Bein (im Sinne von Schwäche) mit Tremor, dies gleichzeitig mit einem permanenten Spontanschmerz (vor allem unangenehmes Kältegefühl, manchmal auch Hitzegefühl im rechten Fuss). Bei der heutigen Untersuchung eineinhalb Jahre nach dem akuten Ereignis zeigten sich weiterhin Befunde, die gemäss IASP (International Association for the Study of Pain) Diagnosekriterien (Budapest-Kriterien) für ein CRPS sprächen. Jedoch zeigten sich weitere Auffälligkeiten bei der klinischen Untersuchung, inklusive im linken, vom CRPS nicht betroffenen Bein und im Rumpf bis in die oberen Extremitäten mit Auslösung von Rigidität und Spasmen der unteren Extremitäten bis in den Rumpfbereich rechtsbetont mit ausgeprägter Aktions- und Stimulussensitivität bei taktilen Reizen und vegetativen Begleitbeschwerden (starkes Schwitzen, Tachykardie). Bei diesen Attacken reagiere der Versicherte mit Angstzuständen. Bei den Gangproben hätten sich ein groteskes Gangbild (wie eine Art von Hüpfen mit dem Oberkörper stark nach vorne geneigt) mit Tremor und Dystonie der unteren Extremitäten sowie sehr lebhafte bis gesteigerte Reflexe und ein tendenziell positives Babinski-Zeichen links (rechts wegen ausgeprägter Fluchtreaktion nicht überprüfbar) gezeigt. Differentialdiagnostisch käme für diese zweite neurologische Problematik eine seltene Krankheit im Sinne eines Stiff-Man-Syndroms (SMS) in Frage. Bei ca. 80 % der Patienten mit SMS finde man im Serum Antikörper gegen Glutamat Decarboxylasehemmer (GAD). Auch zeigten sich bei dieser Erkrankung sehr oft Neigungen für organspezifische Autoimmunerkrankungen. Diese festgestellten zusätzlichen Auffälligkeiten seien nicht mit einem klassischen CRPS zu erklären. Für den Facharzt scheint mit grosser Wahrscheinlichkeit ein CRPS vorzuliegen. Aufgrund der weiteren Auffälligkeiten und bei Verdacht auf eine äusserst seltene neurologische Erkrankung des Stiff-Person-Spektrums, welche bekannterweise ausgesprochen psychogen wirke, was oft zu einer Verzögerung der Diagnose führe, sei eine Zweitmeinung einzuholen (Suva-act. 150).

4.2.10 Im Zentrum für Schmerzmedizin O._____ fand eine interdisziplinäre Untersuchung in den Fachbereichen Orthopädie, Neurologie und Schmerzpsychologie statt. Die Ärzte des Zentrums O._____ diagnostizierten einen chronischen posttraumatischen Fussschmerz rechts lateral (ICD-10 M79.67) nach Metatarsale-V-Fraktur am 27. Juli 2016, aktuell ohne Hinweise auf ein CRPS (Budapest-Kriterien

vorläufig nicht erfüllt, CRPS-Severity-Score 7/17), einen unspezifischen Handgelenkschmerz beidseits (ICD-10 M25.53), ein Kreuzschmerz mit Schmerzausweitung nach proximal (ICD-10 M54.5), ein AC-Gelenkschmerz beidseits (ICD-10 M25.51), Schmerzen im Sprunggelenk links (ICD-10 M79.67), eine intermittierende Myalgie an der Innenseite des rechten Beines (ICD-10 M79.16), einen chronischen multilokulären Schmerz (Chronic widespread pain; ICD-10 R52.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Hundephobie (ICD-10 F40.2), den Verdacht auf eine Angststörung, nicht näher bezeichnet (Differentialdiagnose: Panikstörung; ICD-10 F41.9), Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2), eine krankheitsbedingte Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) und eine Armut in der Kindheit (ICD-10 Z59). In der zusammenfassenden Beurteilung wurde festgehalten, der Patient biete ein komplexes, stark chronifiziertes, multilokuläres Schmerzbild. Die Ausweitung der Schmerzsymptomatik und die progrediente körperliche Dysfunktion liessen sich nur durch erhebliche Belastungsfaktoren auf der psychischen und sozialen Ebene erklären. Die körperliche Untersuchung des Bewegungsapparates sei aufgrund der Schmerzausgestaltung nur sehr eingeschränkt möglich gewesen. Die im Vorfeld geäusserten Diagnosen wie CRPS, Morbus Parkinson oder Stiff-Man-Syndrom fänden bei der heutigen Untersuchung keine klinische Entsprechung. Insbesondere seien die Kriterien für das Vorliegen eines CRPS nicht erfüllt. Die neurologische Untersuchung sei aufgrund der seitens des Patienten angegebenen Schmerzen, der Angst vor Berührung/Untersuchung sowie geäusserten Missempfindung bzw. einem unangenehmen Gefühl bei Berührung am ganzen Körper und dem nahezu dauerhaft demonstrierten Zittern/Willkürinnervation der rechten unteren Extremität bzw. teilweise auch der übrigen Extremitäten nur eingeschränkt möglich gewesen. Die Aussagekraft sei daher ein wenig eingeschränkt. Eine weiterführende elektrophysiologische Diagnostik, insbesondere auch die Durchführung einer Thermographie und eines Ninhydrin-Tests (Überprüfung der Schweisssekretion) zur ätiologischen Abklärung bzw. Erhalt objektiver Befunde sei vorgesehen. Soweit aktuell beurteilbar, sei die Ursache der Hauptschmerzen im Bereich der distalen rechten unteren Extremität neurologisch nicht sicher zuordenbar. Die CRPS-Diagnosekriterien (Budapest-Kriterien) seien aktuell nicht sicher erfüllt. Kriterium 1 und 2 träfen zu, bezüglich 3 und 4 bleibe die weiterführende Diagnostik abzuwarten. Der CRPS-Severity-Score mit 7/17 sei aktuell nicht erfüllt. Allein die Tatsache, dass der Patient normale Schuhe, Strümpfe und das Tragen von langen Hosen toleriere, eine seitengleiche Fussbeschwielung sowie keine nennenswerte Umfangsdifferenz im Bereich der rechten unteren Extremität oder gar Muskelatrophien zu konstatieren seien, spreche gegen eine längere Inaktivität der rechten

unteren Extremität, wie sie am Tage der Untersuchung demonstriert worden sei. Die ausgeprägte Angst bzw. Reaktion auf Berührung sowie die ständige Willkürinnervation im Bereich der Extremitäten, betont im Bereich der rechten unteren Extremität (Zittern, Zucken), lasse vor allem an eine psychische Genese denken. Anhand der klinischen Untersuchung hätten sich keinerlei Hinweise für eine systemische neurologische Erkrankung ergeben. Aus schmerzpsychologischer Sicht bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Er berichte von einigen psychosozialen Belastungsfaktoren (Arbeitslosigkeit, schwierige finanzielle Situation, Rollenverlust in der Familie und mehrere Ängste), die schmerzverstärkend wirken könnten. Im Vordergrund stehe auch die erlebte Ungerechtigkeit in seiner bisherigen Behandlung. Der Patient berichte von suizidalen Gedanken, die auch Thema in der Psychotherapie bei Dr. P._____ seien. Aufgrund der angespannten psychischen Lage sollte er die Therapie unbedingt weiterführen. Darüber hinaus biete sich ein stationärer Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik an (Suva-act. 173). Am 8. August 2018 fand die neurologische Zusatzdiagnostik im Zentrum O._____ statt. In der durchgeführten elektrophysiologischen Zusatzdiagnostik habe sich insgesamt kein wegweisender pathologischer Befund bei leicht eingeschränkter Durchführbarkeit (aufgrund der Überempfindlichkeit) gezeigt. In der CRPS-spezifischen Diagnostik habe sich visuell erneut keine Seitendifferenz (Schwellung, Hautfarbe) gezeigt. In der Thermografie habe keine signifikante Hauttemperaturdifferenz zwischen beiden Seiten festgestellt werden können. Lediglich im Ninhydrin-Schweisstest hätten sich Hinweise auf eine Schädigung sudomotorischer Fasern zur rechten Fusssohle ergeben. Die Wertung dieses Befundes müsse noch offen bleiben. In Zusammenschau der Befunde, einschliesslich der obgenannten apparativen Zusatzdiagnostik, seien die CRPS-Diagnosekriterien (Budapest-Kriterien) nicht erfüllt. Die Kriterien 1 bis 3 träfen zu, Kriterium 4 nicht. Das CRPS-Severity-Score mit 8/17 sei nicht erfüllt. Elektroneurographisch sei, soweit beurteilbar, keine periphere Nervenläsion als Ursache der Beschwerden nachzuweisen gewesen (Suva-act. 179).

4.2.11 Die Kreisärztin Dr. J._____ nahm am 8. November 2018 eine (abschliessende) Untersuchung vor. Sie erklärte, da zwischen der Intervention am 11. September 2017 (ultraschallgesteuerte gepulste Radiofrequenztherapie des Nervus peronaeus superficialis und Nervus suralis rechtsseitig), welche vom Versicherten als ursächlich für die massivsten Schmerzen und Zuckungen des rechten Beins verantwortlich gemacht werde, und der sechs Wochen später durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung die nun vom Versicherten aktuell beklagten Beschwerden weder demonstriert worden seien noch

hätten nachgewiesen werden können, sei es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Zuckungen und die Schmerzexazerbation auf die therapeutische Intervention vom 11. September 2017 zurückzuführen seien, da eine Verletzung im Rahmen einer Intervention zu einem sofortigen Auftreten von Beschwerden führe, welche im vorliegenden Fall jedoch nicht dokumentiert worden seien. Die neurologischen Abklärungen hätten strukturelle Läsionen an den Nerven der rechten unteren Extremität ausschliessen können. In der heutigen kreisärztlichen Untersuchung fänden sich neben den Zuckungen und einem grotesken Gangbild nahezu seitengleiche Muskelumfänge der beiden unteren Extremitäten und eine seitengleiche Fussbeschwielung. Diese Befunde sprächen gegen eine Inaktivität der rechten unteren Extremität, wie sie im Gangbild demonstriert werde. Diese Tatsache sei bereits im Bericht des Zentrums O._____ vom 21. Juni 2018 festgehalten. Diese Diskrepanz könne nicht erklärt werden. Insgesamt seien die vom Versicherten demonstrierten Beschwerden nicht mit strukturellen Unfallfolgen oder mit den in der Folge durchgeführten Therapien erklärbar. Die Metatarsale-V-Fraktur sei radiologisch nachgewiesen vollständig konsolidiert. Somit seien die strukturellen Unfallfolgen der Metatarsale-V-Fraktur verheilt und der medizinische Endzustand liege vor. Weitere Behandlungen der Unfallfolgen seien daher nicht notwendig. Bezogen auf die strukturellen Unfallfolgen mit Metatarsale-V-Fraktur bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit. Bezogen auf die strukturellen Unfallfolgen gebe es keine Einschränkungen für das Tätigkeitsprofil (Suva-act. 188).

4.2.12 Laut Bericht von Q._____, Médico Ortopedia, R._____, vom 20. Dezember 2018 liege beim Patienten basierend auf den klinischen Kriterien und seinem Zustand das beschriebene Syndrom (CRPS) vor. Der Faktor, welcher zu diesem Zustand geführt habe, sei die vom Patienten eingewilligte Operation, welche alle Beteiligten als nicht risikobehafteter Eingriff genannt hätten. Ein solcher Zustand sei nicht vorhersehbar gewesen. Die Diagnose sei durch die Knochenszintigraphie bestätigt worden. In der Anfangsphase nach dem ersten postoperativen Arztbesuch sei wegen der Klagen des Patienten sofort Physiotherapie verschrieben worden, was der wichtigste Bestandteil der Therapie sei. Die Therapie sei sofort eingesetzt worden, als der Verdacht der Krankheitsursache aufgetreten sei. Nach der Bestätigung der Krankheit mit eigener klinischer Entwicklung sei der Patient zur Schmerztherapie verwiesen worden. Im Krankenhaus, wo der Patient behandelt worden sei, sei nach der ersten Operation ein CRPS diagnostiziert und eine adäquate Therapie – von MFP bis Vitamin C und Kalzium – angewendet worden. Zusammenfassend handle es sich um eine unvorhersehbare und unvermeidbare Situation. Es handle sich um ein klinisches Bild, das keine Risikofaktoren

aufgewiesen habe. Andererseits handle es sich auch um eine Situation, die nicht von der realisierten Operation abhänge. Trotzdem, und weil nach der Fraktur eine chirurgische Intervention notwendig gewesen sei, müsse der Zustand des Patienten als Ursache/Wirkung des Arbeitsunfalles betrachtet werden (Suva-act. 198 S. 10 und 11).

4.2.13 In ihrem Arztbericht vom 14. Februar 2019 hielt Prof. C. S._____, Spital T._____, fest, die neurologische Untersuchung am 13. Februar 2019 sei erschwert bis unmöglich gewesen, da der Patient eine Berührung des rechten unteren Gliedes nicht verkraftet habe. Es sei ein atypischer Gang festzustellen gewesen, der sich mit einer Aussenrotation und einem "Pferdefuss" bemerkbar gemacht habe. Im Liegen bestehe keine solche Haltung wie auch keine Aussenrotationsposition der unteren Extremität, dennoch behalte der Patient eine dreifache Rückzugsstellung der rechten unteren Extremität und teilweise auch der unteren linken Extremität. Es sei unmöglich, diese zu berühren. Er zeige eine spontane schmerzhafte Symptomatologie bei einfacher Berührung. Die plantaren Hautreflexe hätten nicht geprüft werden können. Die osteotendinösen Reflexe seien unmöglich zu beurteilen gewesen. Es liege ein intermittierender, eher ruhender Tremor der unteren rechten Extremität vor, dessen Ablenkbarkeit schwer einzuschätzen gewesen sei. Sie habe keine Anomalien im Bereich des Rumpfes, der oberen Gliedmassen oder Hirnnerven feststellen können. Der Patient zeige eine ganz atypische schmerzhafte Symptomatologie mit vasomotorischer Unruhe, die in den Bereich einer Algodystrophie oder ein regionales Schmerzsyndrom fallen könnte. Im neurologischen Bereich sei es vollkommen unmöglich gewesen, eine klinische Untersuchung durchzuführen. Der Gang erscheine atypisch wie auch das Zittern und das Verhalten des Patienten. Im Verlaufe der Untersuchung hätten sich Atembeschwerden und anormale Gesichtszüge ereignet, die als ein ernstzunehmender extremer Angstzustand zu betrachten seien. Sie denke nicht, dass der Patient eine evolutive neurologische Pathologie habe. Es scheine, dass die Symptomatologie im Rahmen einer Funktionsstörung nach dem Arbeitsunfall liege, welche durch ein Angstzustand verschlimmert werde. Eine Behandlung durch einen Psychiater erscheine als angemessen. Für neue zusätzliche Untersuchungen sehe sie keine Notwendigkeit (Suva-act. 209 S. 2 f.).

4.2.14 Am 2. September 2019 nahm der Kreisarzt Dr. med. U._____, FMH Neurologie, eine neurologische Beurteilung vor. Er fasste zusammen, der Heilverlauf sei durch bereits nach der ersten Operation aufgetreten invalidisierende Schmerzen gekennzeichnet gewesen. Der behandelnde Orthopäde PD Dr. G._____ sei nach der

Untersuchung am 28. November 2016 diagnostisch von einem Verdacht auf ein CRPS bei delayed union nach Operation am 2. August 2016 ausgegangen. Nach der Behandlung in der Klinik für Schmerztherapie am Spital F._____ ab 12. Dezember 2016 bis 20. Januar 2017 habe PD Dr. G._____ nach der Untersuchung am 23. Januar 2017 festgestellt, dass die Symptomatik eines CRPS abgeklungen sei und die operative Revision einer Pseudarthrose des Metatarsale V durchgeführt werden könne. Nach erfolgter Revisionsoperation am 14. Februar 2017 habe die Orthopädin Dr. V._____ anlässlich regelmässiger postoperativer Verlaufskontrollen zwischen dem 29. März und 26. Juni 2017 von einem fristgerechten Verlauf berichtet und den Versicherten aufgrund anhaltender Schmerzen erneut in die Schmerzsprechstunde überwiesen. Der Orthopäde und Traumatologe Dr. K._____ sei nach seiner Untersuchung am 8. Januar 2018 erneut von einem CRPS ausgegangen. Die Diagnose sei jedoch abgestützt auf seinen Untersuchungsbericht nicht hinreichend nachvollziehbar. Etwa zu diesem Zeitpunkt sei eine bis heute ursächlich nicht geklärte Bewegungsstörung mit Zittern des rechten Beins und einem grotesken Gangbild aufgetreten. Der Schmerztherapeut Dr. L._____ haben den Versicherten schliesslich am 24. Januar 2018 zu einer neurologischen Abklärung bei Dr. N._____ überwiesen und vermerkt, dass er sich nicht sicher sei, ob tatsächlich ein CRPS vorliege. Er habe Zweifel an der Beschwerdevalidität geäussert und sei sich nicht sicher gewesen, ob der Versicherte überhaupt an Schmerzen leide. Nachdem der Neurologe Dr. N._____ unter Verweis auf die Budapest-Kriterien ein CRPS diagnostiziert habe und zudem von einer zweiten neurologischen Problematik im Sinne eines Stiff-Man-Syndroms ausgegangen sei, habe nach ausführlicher klinisch neurologischer und apparativer Zusatzdiagnostik einschliesslich quantitativer sensorischer Testung (QST) und elektrophysiologischer Diagnostik durch den Schmerzmediziner Dr. W._____ und den Neurologen Dr. X._____ weder die Diagnose CRPS noch die Diagnose SMS bestätigt werden können. Zum eingereichten Arztbericht von Dr. Q._____ hielt Dr. U._____ fest, dieser gehe in seinem Bericht vom 20. Dezember 2018 diagnostisch von einem CRPS aus. Die Diagnose sei im Wesentlichen durch eine angeblich positive Knochenszintigraphie vom 19. Dezember 2018 begründet. Hierbei sei anzumerken, dass die diagnostische Wertigkeit einer über ein Jahr nach der letzten Operation durchgeführten Knochenszintigraphie im Hinblick auf die Diagnose eines CRPS als gering einzustufen sei. Darüber hinaus seien die von Dr. Q._____ mitgeteilten Informationen zu berichteten Beschwerden und erhobenen Befunden nicht ausreichend umfassend, um zuverlässig die Diagnose eines CRPS zu untermauern. Schliesslich habe die Neurologin Dr. S._____ den Versicherten am 13. Februar 2019 untersucht und sei zum Schluss gekommen, dass beim Versicherten

eine völlig untypische klinische Symptomatik bestehend aus Schmerzen, vasomotorischen Störungen und einem untypischen Gangbild verbunden mit Zittern vorliege. Gemäss ihrer Einschätzung könnte die Symptomatik zwar zu einem komplexen regionalen Schmerzsyndrom passen, gleichwohl schien ihr eine funktionelle, d.h. nicht organisch erklärbare, Störung zu bestehen. Diesbezüglich habe sie eine weitere Abklärung empfohlen. Zu den diagnostischen Kriterien eines CRPS erklärte Dr. U._____, nach ausführlicher Analyse der im Zeitverlauf durch die behandelnden/beurteilenden Ärzte erhobenen Beschwerden und Befunde müsse festgestellt werden, dass die diagnostischen Kriterien zu keinem Zeitpunkt zweifellos erfüllt gewesen seien. Problematisch sei insbesondere, dass die geforderten Kriterien nicht durchgehend von den behandelnden/beurteilenden Ärzten dokumentiert worden seien. Einzig anlässlich der Untersuchungen im Zentrum O._____ am 21. Juni und 8. August 2018 seien die Beschwerden und Befunde ausreichend umfangreich dokumentiert worden. Anlässlich dieser Abklärung sei eine ausführliche und systematische apparative Zusatzdiagnostik in Form einer quantitativen sensorischen Testung (QST) und elektrophysiologischen Diagnostik mit Ausschluss der Diagnose eines CRPS und Ausschluss einer peripheren Nervenläsion erfolgt. Die später vorgelegten ärztlichen Berichte vermöchten in Anbetracht nicht ausreichend umfassender Beschwerde- und Befunddokumentation an dieser Einschätzung nichts zu ändern. Zuletzt sei von Dr. S._____ eine funktionelle Störung, d.h. eine nicht organisch erklärbare Beschwerdesymptomatik, differentialdiagnostisch berücksichtigt worden. Aus neurologischer Perspektive seien unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden medizinischen Dokumentation zu keinem Zeitpunkt nach dem Unfall am 27. Juli 2016 die diagnostischen Kriterien (Budapest-Kriterien) eines CRPS erfüllt gewesen (Suva-act. 221).

4.2.15 Die MEDAS Zentralschweiz erstattete am 26. Mai 2021 ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie (inkl. Neuropsychologie) und Innere Medizin (Bf-act. 9). Die Ärzte diagnostizierten folgende Gesundheitsschäden: ein posttraumatisches CRPS Fuss rechts nach Budapestkriterien mit/bei Status nach Metatarsale V-Basisfraktur am 27. Juli 2016 (Zone 3 nach Lawrence und Botte, Zone 2 nach Polzer), Status nach offener Reposition und Plattenosteosynthese Metatarsale V-Basis am 2. August 2016 und Status nach OSME und Pseudarthrosen-Anfrischung mit Re-Osteosynthese mittels intramedullärer Schraube Metatarsale V am 14. Februar 2017; dezentes subacromiales Impingement Schulter beidseits; Dystonie (peripherally induced Movement disorder) nach Fussfraktur rechts; chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; Angst und Depression

gemischt; Verdacht auf intellektuelle Beeinträchtigung; Schwierigkeiten im Rechnen und anamnestisch zeitlich verminderte mentale Belastbarkeit; leichte Hypercholesterinämie. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bezifferten sie aus somatischen Gründen mit 0 %. Aus somatischer Sicht sei eine sitzende Tätigkeit zumutbar, allerdings nur reduziert, ca. zu 30 bis 50 %, da repetitive Pausen während der Arbeitszeit angezeigt seien (Gutachten S. 20 f.).

Der orthopädische Sachverständige Dr. med. Y._____, Stv. Oberarzt der Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Spitals Z._____, begründete seine Diagnose eines posttraumatischen CRPS mit den vorliegenden Akten, den anamnestischen Angaben des Exploranden, seiner Untersuchung und den vorliegenden bildgebenden Befunden. Er hielt fest, die orthopädische Problematik des Patienten lokalisiere sich hauptsächlich im Bereich des rechten Fusses/Beins, weshalb eine freie Mobilisation ohne Gehstöcke aktuell nicht mehr möglich sei. Aufgrund dessen sei der Versicherte in der Geh- und Stehfähigkeit erheblich eingeschränkt. Von Seiten der oberen Extremität sei er auch bei dem dezent vorliegenden positiven Impingement beider Schultergelenke nicht eingeschränkt. Die Anamnese sei kohärent mit den Akten ohne Inkonsistenzen. Beim körperlichen Untersuch seien keine Inkonsistenzen aufgefallen (orthopädisches Teilgutachten S. 8).

Aus neurologischer Sicht wurde eine Dystonie (peripherally induced Movement disorder) nach Fussfraktur diagnostiziert. Der Experte führte aus, phänomenologisch entspreche das Beschwerdebild einer Dystonie. Solche würden gelegentlich nach peripheren Traumen auftreten, teilweise mit aber auch ohne vorangegangenem oder begleitendem CRPS. Als Ursache würden adaptive Veränderungen im zentralen Nervensystem (ZNS) diskutiert. Überwiegend aber werde von einer Psychogenese ausgegangen. Der Gutachter schloss sich ebenfalls der Meinung an, ein Stiff-Limb-Syndrom könne weitgehend ausgeschlossen werden, aber eine Dystonie sei anzunehmen. Der Zusammenhang mit dem Trauma sei zumindest zeitlich gegeben, so dass eine idiopathische Genese oder eine primäre Affektion im ZNS als Ursache doch ausgeschlossen werden könne. Anhaltspunkte für eine Verletzung peripherer Nerven ergäben sich weder aus der Anamnese noch aus den Akten. Es sei schwierig abzuschätzen, ob bei der Entwicklung dieses Leidens bewusstseinsnahe Komponenten vorlägen (neurologisches Gutachten S. 6).

5.

5.1 Die Suva verweist zutreffend auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach für die Annahme eines unfallbedingten CRPS entscheidend ist, dass anhand echtzeitlich

erhobener medizinischer Befunde der Schluss gezogen werden kann, die betroffene Person habe innerhalb der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen nach dem Unfall zumindest teilweise an den für ein CRPS typischen Symptomen gelitten. Das gleiche gilt, wenn das CRPS Folge einer unfallkausalen Operation ist (vgl. auch E. 4.1.2 hiervor). Der Beschwerdeführer erlitt den Unfall am 27. Juli 2016 (Suva-act. 2). Am 2. August 2016 fand die operative Versorgung des Hyperextensions-Supinationstraumas am rechten OSG statt (Suva-act. 22). Die Latenzzeit dauerte somit bis am 28. September 2016. Für diese Zeitspanne liegen allerdings keine echtzeitlichen Berichte in den Akten. Der erste Bericht im Nachgang zur Operation datiert vom 7. Oktober 2016 (Suva-act. 29). Daraus kann ersehen werden, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund einer Schwellneigung und des Unvermögens, die rechte untere Extremität zu belasten, vorgestellt hat. Befundmässig stellten die Ärzte eine deutliche Schwellung des gesamten Fusses und Unterschenkels sowie eine leicht livide Verfärbung des Fusses fest. Ein CRPS konstatierten die Ärzte des Spitals F._____ nicht. Erstmals genannt wurde der Verdacht auf ein CRPS im Bericht vom 30. November 2016 (Suva-act. 30), mithin mehrere Wochen nach Ablauf der Latenzzeit. Damit muss – wie die Suva zu Recht mehrfach vorbringt – davon ausgegangen werden, dass trotz der im Bericht vom 7. Oktober 2016 erhobenen Befunde (Schwellung, leicht livide Verfärbung, allerdings weder ein Schwitzen noch eine vermehrte Behaarung) zwar zumindest gewisse, für das Vorliegen eines solchen Gesundheitsschadens notwendigen klinischen Kriterien vorhanden waren, indessen nicht innerhalb der verlangten Latenzzeit, sodass eine Unfallkausalität angenommen werden könnte. Selbst wenn anzunehmen wäre, es hätten während der erforderlichen Latenzzeit einschlägige Symptome nachgewiesen werden können, ist damit noch keineswegs rechtsgenüglich erwiesen, dass tatsächlich die Diagnose eines CRPS zu stellen wäre. Denn für die Annahme eines posttraumatischen CRPS sind weitere Kriterien unabdingbar und es bedarf ebenfalls einer korrekt gestellten Diagnose, was mit Blick auf das Nachstehende zu verneinen ist.

5.2 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann auf die abschliessende kreisärztliche Beurteilung von Dr. U._____ vom 2. September 2019, wonach kein CRPS gegeben ist, abgestellt werden. Es trifft zwar zu, dass der Beweiswert eines Berichtes von einem versicherungsinternen Arzt nicht der gleiche ist wie bei einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten und bereits auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ausreichen, damit ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Allerdings sind reine Aktengutachten beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung

eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (BGer 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E. 3).

Im hier zu beurteilenden Fall liegen zahlreiche Arztberichte vor, welche Angaben über die erhobenen Befunde enthalten. Letztlich hat der Kreisarzt diese Informationen gewürdigt und geprüft, ob ein CRPS rechtsgenüglich ausgewiesen ist. Er hat hierfür eine Tabelle mit den relevanten Arztberichten aufgestellt und festgehalten, welche Kriterien erfüllt sind, welche nicht und über welche es gar keine Hinweise gab. Mithin hat er einzig einen feststehenden medizinischen Sachverhalt gewürdigt und in nachvollziehbarer Weise geschlussfolgert, dass die diagnostischen Kriterien eines CRPS (Budapest-Kriterien) seit dem Unfallereignis zu keiner Zeit vollständig erfüllt gewesen seien (vgl. Suva-act. 221).

5.3 Was der Beschwerdeführer hiergegen vorbringt, vermag keine andere Betrachtungsweise zu rechtfertigen.

5.3.1 Die Schlussfolgerung von Dr. U._____ findet eine ausreichende Stütze in den Akten. Hierzu sind insbesondere die Berichte des Zentrums O._____ vom 12. Juli (Suva-act. 173) und 6. September 2018 (Suva-act. 179) zu nennen. Der Versicherte wurde dort eingehend abgeklärt, namentlich in den Disziplinen Orthopädie, Neurologie und Schmerzpsychologie. Die Ärzte des Zentrums O._____ führten sodann schlüssig aus, dass die Kriterien für ein CRPS nicht erfüllt sind. Dies stellten sie unter den Vorbehalt einer weiterführenden Diagnostik, welche sie sodann am 7. August 2018 durchführten. Insbesondere untersuchten sie den Beschwerdeführer mittels Elektroneurographie, Thermographie, einem SSR-Test (Sympathische Hautantwort) sowie Ninhydrin-Schweisstest und prüften die somatosensorisch evozierten Potentiale (SEP). Diese Zusatzdiagnostik brachte die Ärzte des Zentrums O._____ zur Überzeugung, dass kein CRPS vorliegt. Es zeigte sich in der elektrophysiologischen Zusatzdiagnostik insgesamt kein wegweisender pathologischer Befund bei leicht eingeschränkter Durchführbarkeit. In der CRPS-spezifischen Diagnostik zeigte sich visuell anhand des Digitalfotos erneut keine Seitendifferenz (Schwellung, Hautfarbe). In der Thermographie konnte keine signifikante Hauttemperaturdifferenz zwischen den beiden Seiten festgestellt werden. Lediglich der Schweisstest ergab Hinweise auf eine Schädigung sudomotorischer Fasern. Auch eine periphere Nervenläsion konnte nicht als Ursache nachgewiesen werden. Angesichts dessen hielten sie unmissverständlich fest, dass ein CRPS ausgeschlossen werden könne. Dieser interdisziplinären Einschätzung, welche nach

eingehenden Untersuchungen gefasst wurde, kann ohne weiteres gefolgt werden. Denn die Ärzte stellten im Weiteren zusätzliche Befunde fest, welche starke Zweifel an den geklagten Beschwerden aufkommen lassen. Sie erklärten, allein die Tatsache, dass der Beschwerdeführer normale Schuhe, Strümpfe und das Tragen von langen Hosen toleriere, eine seitengleiche Fussbeschwielung sowie keine nennenswerte Umfangdifferenz im Bereich der rechten unteren Extremität oder gar Muskelatrophien aufweise, spreche gegen eine längere Inaktivität der rechten unteren Extremität, wie sie am Tage der Untersuchung demonstriert werde. Sie schlossen insgesamt auf eine psychische Genese, insbesondere auch aufgrund der ständigen Willkürinnervation (Zittern und Zucken) und der ausgeprägten Angst (Suva-act. 173 S. 2).

5.3.2 Die Ärzte des Zentrums O._____ waren zudem nicht die einzigen, welche Inkonsistenzen konstatiert haben. Als erster Mediziner äusserte sich Dr. L._____ skeptisch über das Beschwerdebild. Er stellte klar, dass er nicht sicher sei, ob der Patient tatsächlich Schmerzen habe. Der Tremor und das damit verbundene Verhalten erinnere ihn mehr an eine psychische Ursache bzw. an ein demonstratives Verhalten. Insbesondere fand er ein groteskes Gangbild vor, welches mit einem groben Zittern einherging (Suva-act. 142). Auch Prof. Dr. M._____ sah die derzeitigen Beschwerden nicht in einem strukturellen Problem begründet. Er erachtete es als von der strukturellen Entwicklung entkoppelt. Er bezeichnete es als Schmerzproblem, welches einer medikamentösen bzw. interventionellen Behandlung bedürfe (Suva-act. 145). Ebenfalls konnte Dr. N._____ Auffälligkeiten feststellen, insbesondere im linken, von einem möglichen CRPS nicht betroffenen Bein, im Rumpf bis in die oberen Extremitäten mit Auslösung von Rigidität und Spasmen der unteren Extremitäten bis in den Rumpfbereich rechtsbetont mit ausgeprägter Aktions- und Stimulussensitivität bei taktilen Reizen und vegetativen Begleitbeschwerden (Suva-act. 150). Sodann erwähnte auch die Kreisärztin Dr. J._____ die Zuckungen und das groteske Gangbild. Im Weiteren fand sie ebenfalls nahezu seitengleiche Muskelumfänge der beiden unteren Extremitäten und eine seitengleiche Fussbeschwielung vor. Strukturelle Unfallfolgen konnten die Beschwerden nicht erklären (Suva-act. 188). Die französische Medizinerin Prof. S._____ war ebenfalls der Ansicht, dass die Symptomatologie im Rahmen einer Funktionsstörung zu sehen sei, welche durch einen Angstzustand verschlimmert werde. Deshalb regte sie die Behandlung durch einen Psychiater an (Suva-act. 209). Damit liegen insgesamt ausreichend ärztliche Meinungen vor, welche die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen nicht im Rahmen eines CRPS sehen bzw. ein solches ausdrücklich verneinen und widerlegen.

5.3.3 Zu berücksichtigen ist ausserdem, dass die behandelnden Ärzte des Spitals F._____ erstmals im Bericht vom 30. November 2016 den Verdacht auf ein CRPS äusserten (Suva-act. 30). Deshalb wurde er an die Klinik für Schmerztherapie des Spitals F._____ überwiesen. Der behandelnde Arzt MSc H._____ führte in seinem Bericht vom 12. Dezember 2016 aus, ein CRPS könne nicht ausgeschlossen werden, die diagnostischen Kriterien seien heute allerdings nicht erfüllt (Suva-act. 34). In allen nachfolgenden Berichten des Spitals F._____ vom 9., 16. und 20. Januar 2017 wurde stets von einer Verdachtsdiagnose gesprochen (Suva-act. 47, 49 und 51). Demgegenüber listete PD Dr. G._____ in seinem Sprechstundenbericht vom 25. Januar 2017 in der Diagnoseliste nun einen Status nach postoperativem CRPS auf, obschon bis anhin nur von einem Verdacht die Rede war (Suva-act. 57). Die Herleitung der Diagnose ist allerdings in keiner Weise begründet. Indessen führte dies dazu, dass diese Diagnose fortan in den nachfolgenden Berichten unkritisch übernommen (vgl. etwa Suva-act. 65) oder von einem Status nach CRPS gesprochen wurde (vgl. etwa Suva-act. 90 und 92). Doch bereits Dr. J._____ verneinte in ihrem Bericht vom 1. November 2017 das Vorliegen eines solchen Gesundheitsschadens (Suva-act. 128). Demgegenüber hielt Dr. K._____ wiederum ein CRPS fest, ohne aber darzulegen, weshalb die Diagnose gestellt werden kann. Er erklärte einzig, die Schmerzen sähen sie im Rahmen des CRPS (Suva-act. 139). Es ist davon auszugehen, dass er die Diagnose unkritisch von den vorbehandelnden Ärzten übernommen hat. Insgesamt ist ein CRPS zu keinem Zeitpunkt rechtsgenüglich konstatiert worden.

5.3.4 Aus dem von ihm eingereichten Bericht von Dr. Q._____ vom 20. Dezember 2018 (Suva-act. 198 S. 3–11) kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Auch vermag er an der kreisärztlichen Beurteilung keine Zweifel zu erwecken. Er begründete seine Diagnosestellung einerseits mit den klinischen Kriterien und andererseits mit der Anfertigung einer 3-Phasen-Knochenszintigraphie am 19. Dezember 2018. Bei dieser Untersuchungsmethode ist allerdings zu beachten, dass die Sensitivität der Szintigraphie im Verlaufe der Krankheit abnimmt, weshalb eine solche nur in den ersten fünf Monaten nach Beginn der Symptomatik empfohlen werden kann (vgl. Macrea et al., CRPS – das komplexe regionale Schmerzsyndrom, in: ARS Medici 6, 2011, S. 249). Das von ihm durchgeführte EMG war innerhalb der Grenzen und ergab keine nachweisbaren Verletzungen (Suva-act. 198 S. 6). Im Weiteren setzte sich Dr. Q._____ in keiner Weise kritisch mit den demonstrierten Beschwerden auseinander. Ferner ist aus dem Bericht kein Hinweis zu entnehmen, dass er Kenntnis der

relevanten Vorakten, insbesondere der umfassenden Untersuchung am Zentrum O._____, hatte.

5.3.5 Weder auch nur geringe Zweifel zu begründen noch eine andere Beurteilung aufzudrängen vermag die Expertise der MEDAS Zentralschweiz (Bf-act. 9). Wohl diagnostiziert der orthopädische Teilgutachter ein posttraumatisches CRPS. Allerdings kann auf dieses Gutachten nicht abgestellt werden, erfüllt es doch die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien hinsichtlich Beweiswert bei Weitem nicht. Es liegen krasse Mängel vor, welche zur Beweisuntauglichkeit der Expertise führen. Das orthopädische Teilgutachten ist äusserst mangelhaft und weder nachvollziehbar noch schlüssig. Der Sachverständige begründet seine Diagnose bzw. die Herleitung derselben mit keinem Wort. Er bezieht sich zwar auf die Budapest-Kriterien, legt aber nirgends dar, inwiefern diese erfüllt sein sollen. Eine Diskussion unterbleibt vollständig. Soweit er zudem festhält, die Diagnose stütze sich u.a. auf die Akten, kann dem Experten nicht gefolgt werden. Er nimmt keinerlei Bezug zu den vorhandenen Arztberichten, so insbesondere zu den Berichten des Zentrums O._____ vom 12. Juli und 6. September 2018, in welchen ein CRPS nachvollziehbar und schlüssig aufgrund eingehender sowie zusätzlicher Untersuchungen verneint wurde. Die darüber hinaus vorliegenden zahlreichen Inkonsistenzen würdigt er mit keinem Wort. Zu denken ist dabei an die im Aktenverzeichnis aufgeführte Stellungnahme des beratenden Arztes der Versicherung AA._____ vom 18. November 2019, der gleich mehrere Punkte benannte, die insbesondere gegen eine längere Inaktivität der unteren Extremität sprächen (vgl. Gutachten S. 9). Damit mangelt es in der orthopädischen Teilexpertise an einem gewichtigen Punkt. Von einem Gutachter wird verlangt, dass er sich zu anderslautenden Arztberichten äussert und darlegt, weshalb einer Ansicht nicht gefolgt werden kann. Dies hat der Sachverständige gänzlich unterlassen. Das orthopädische Teilgutachten ist mithin völlig unbrauchbar und ohne jegliche Beweiskraft.

Ebenso wenig ist das neurologische Teilgutachten beweiskräftig. Auch dieses beinhaltet zahlreiche erhebliche Mängel. Dem Experten stand gemäss seinen Angaben lediglich die Zusammenfassung der Akten von Seiten des Fallführers zur Verfügung, mithin nicht die vollständigen Arztberichte. Das Gutachten fusst demnach nicht auf sämtlichen relevanten Vorakten. Eine eingehende Auseinandersetzung mit den vorangehenden Beurteilungen ist ebenfalls nicht vorhanden. Einzig gewürdigt wurde die von Dr. N._____ aufgeworfene Diagnose eines Stiff-Man- bzw. Stiff-Limb-Syndroms. Komplett ausser Acht gelassen wurden auch hier die vom Psychiater festgestellten Inkonsistenzen betreffend die

Dystonien. Diese seien leicht durchbrechbar durch Ablenkung und hätten recht bewusstseinsnah gewirkt. Sie seien theatralisch übertreibend gewesen (psychiatrisches Teilgutachten S. 12 und 14). Damit setzte sich der neurologische Sachverständige nicht annähernd auseinander, weshalb seine Aussage zur Konsistenz nicht einleuchtend ist. Inwiefern zudem ein zeitlicher Zusammenhang der Dystonie mit dem Trauma gegeben sein soll, wird auch nicht begründet. Erstmals die Rede von einer Dystonie war im Bericht von Dr. N._____ vom 27. Februar 2018 (vgl. E. 4.2.9 hiervor) bzw. von einem Tremor im Bericht von Dr. L._____ vom 24. Januar 2018 (vgl. E. 4.2.7 hiervor), mithin rund eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis. Inwiefern hier eine zeitliche Nähe bestehen soll, ist schlicht nicht erkennbar. Hinzu kommt, dass die Diagnose "Peripherally Induced Movement Disorder" keine allgemein anerkannte Diagnose darstellt.

Auf diese mangelhaften Punkte weisen auch die Kreisärzte der Suva in ihrer Stellungnahme vom 24. Juni 2021 (Suva-act. 228) zutreffend hin. So kritisierten sie, dass der orthopädische Gutachter sich nicht mit den Einschätzungen der Vorbeurteiler auseinandergesetzt habe, dass die vom Experten dokumentierten Befunde in Bezug auf die nach den Budapest-Kriterien geforderten Befunde unvollständig seien, weshalb die Kriterien nicht abschliessend geprüft werden könnten, eine Auseinandersetzung mit ebendiesen Kriterien fehle, sodass die Aussage zur Diagnoseherleitung des CRPS nicht nachvollzogen werden könne und eine systematische Konsistenzprüfung, z.B. anhand der Kriterien nach Widder, fehle, sodass bei nicht objektivierbaren Beschwerden deren Vorhandensein und deren Ausmass nicht ausreichend zuverlässig nachvollzogen werden könne. Zur neurologischen Expertise hielten sie fest, dass eine notwendige Konsistenzprüfung nicht durchgeführt worden sei, eine diskrepante Einschätzung bezüglich der vom Versicherten präsentierten Bewegungsstörung durch den psychiatrischen Gutachter nicht diskutiert worden sei, die differenzialdiagnostischen Überlegungen hinsichtlich einer nicht somatisch unfallkausalen funktionellen Störung unvollständig seien, die neurologische Untersuchung im Hinblick auf die Differenzialdiagnose nicht zielgerichtet durchgeführt worden sei, die Diagnose "Peripherally Induced Movement Disorder" in wissenschaftlicher Diskussion sowie Gegenstand der Forschung und diese im Übrigen auch nicht überzeugend hergeleitet worden sei. All ihre Argumente untermauerten die Kreisärzte mit einschlägiger Fachliteratur. Insgesamt vermögen daher die Beurteilungen der Gutachter der MEDAS, gerade auch angesichts der eklatanten Mängel, keine auch nur geringen Zweifel an der kreisärztlichen Schlussfolgerung, es sei kein CRPS zu konstatieren, zu erwecken.

5.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf die kreisärztliche neurologische Beurteilung von Dr. U._____ vom 2. September 2019, wonach zu keiner Zeit die diagnostischen Kriterien eines CRPS erfüllt gewesen seien, ein solcher Gesundheitsschaden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan ist. Es fand eine eingehende und umfangreiche Abklärung mit entsprechenden Untersuchungen im Zentrum O._____ statt. Gestützt auf die Ergebnisse konnten die Ärzte das Vorliegen eines CRPS in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise verneinen, woran auch das mit gewichtigen Mängeln behaftete MEDAS-Gutachten nichts zu ändern vermag. Deshalb sind auch von weiteren Abklärungen keine entscheidwesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung: BGE 136 I 229 E. 5.3).

6. Insgesamt liegt nach der Verneinung eines CRPS somit keine organisch objektivierbare Unfallfolge mehr vor. Die Metatarsale-V-Basisfraktur ist nach der OSME am 14. Februar 2017 (Suva-act. 78) spätestens per 8. Januar 2018 vollständig konsolidiert (vgl. Suva-act. 139) und es gibt keinerlei Anhaltspunkte für anderweitige strukturelle Schädigungen. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt der Leistungseinstellung von einer Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung mehr erwartet werden konnte. Infolge dessen war die Suva zweifellos zur Adäquanzprüfung befugt (vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1). Dabei kommen vorliegend die Adäquanzkriterien zum Zuge, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 138 V 248 E. 4; 115 V 133 E. 6c/aa).

6.1 Nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen ist für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der psychischen Fehlentwicklung eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf eine Einteilung von banalen bzw. leichten, mittleren und schweren Unfällen vorzunehmen ist (BGE 115 V 133 E. 6).

Während bei leichten Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden kann, ist er bei schweren Unfällen regelmässig zu bejahen. Der mittlere Bereich umfasst jene Unfälle, welche weder der ersten noch der zweiten Gruppe zugeordnet werden können.

Gemäss Rechtsprechung lässt sich hier die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht zieht daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung mit ein. Solche unfallbezogenen Umstände dienen als Beurteilungskriterium, weil sie ihrerseits nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet sind, in Verbindung mit dem Unfall zu einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu führen oder diese zu verstärken. Als wichtigste Kriterien gelten:

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Kommt keinem Kriterium ein besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufter oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalls zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach anderen Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (zum Ganzen: BGE 115 V 133 E. 6).

6.2 Der Beschwerdeführer erachtet die Kriterien schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen und körperliche Dauerschmerzen als in ausgeprägter Form erfüllt, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang ohne weiteres gegeben sei (act. 1 Ziff. 17).

6.3

6.3.1 Es gilt zunächst, den streitbetroffenen Unfall – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf (vgl. BGer 8C_129/2009 vom 15. September 2009 E. 5.2) – nach seiner Schwere zu gewichten. Praxisgemäss werden Stürze aus einer Höhe zwischen zwei und vier Metern in die Tiefe noch als im engeren Sinne mittelschwere Unfälle qualifiziert (BGer 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 8.3). Den Akten kann lediglich entnommen werden, dass der Beschwerdeführer zwischen das Schalungselement und die Wand gefallen sei (Suva-act. 23). Zur Sturzhöhe finden sich keinerlei Angaben und auch die Suva hat hierzu keine Erhebungen getätigt. Die Unfallversicherung geht indessen von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu einem leichten aus (act. 5 Ziff. 13.1; Suva-act. 222 E. 4). Zu Gunsten des Beschwerdeführers ist vorliegend von einem mittelschweren Unfall im eigentlichen Sinne auszugehen. Demzufolge kann der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden, wenn mindestens drei der massgeblichen Kriterien bzw. eines davon in ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGer 8C_147/2017 vom 2. August 2017 E. 5.1).

6.3.2 Der Berücksichtigung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffenen Person während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Bewegung zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können. Dabei sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was im einzelnen Betroffenen beim Unfall psychisch vorgeht – sofern sich dies überhaupt zuverlässig feststellen liesse – soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei Betroffenen psychische Vorgänge der genannten Art auszulösen. Zu beachten ist zudem, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (BGer 8C_212/2019 vom 21. August 2019 E. 4.3.3).

Mit der Suva ist einig zu gehen, dass trotz einer gewissen Eindrücklichkeit des Geschehens, bei welchem aber die erlittene Verletzung unbeachtlich zu bleiben hat (vgl.

statt vieler: BGer 8C_721/2011 vom 11. November 2011 E. 5.1), das Kriterium nicht erfüllt ist. Gegenteiliges wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht.

6.3.3 Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist insbesondere deren erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen (BGer 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6.2).

Wie die Suva zutreffend vorbringt, hat sich der Beschwerdeführer einzig eine Metatarsale-V-Basisfraktur zugezogen. Ein CRPS ist nicht überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen. Damit ist die erlittene Verletzung nicht von besonderer Art oder Schwere.

6.3.4 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der physisch bedingten ärztlichen Behandlung ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Gesamthaft betrachtet wird eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden vorausgesetzt. Dabei reichen ärztliche Verlaufskontrollen, medikamentöse Therapie sowie Physiotherapie nicht aus. Auch manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes und medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren kommt nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (BGE 140 V 356 E. 5.6.2; BGer 8C_344/2013 vom 10. Oktober 2013 E. 10).

Der Versicherte wurde lediglich zwei Mal operiert, namentlich am 2. August 2016 (Fixation der Basis MT-V rechts; Suva-act. 22) und am 14. Februar 2017 (OSME, Pseudarthrosenanfrischung und Re-Osteosynthese; Suva-act. 78). Ausweislich der Akten war die Fraktur spätestens per 8. Januar 2018 vollständig konsolidiert (Suva-act. 139). Ansonsten wurde der Beschwerdeführer im Wesentlichen mittels Physiotherapie behandelt. Insgesamt kann damit nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der physisch bedingten ärztlichen Behandlung gesprochen werden.

6.3.5 Bezüglich der Dauerschmerzen ist entscheidend, ob über den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden vorlagen (BGer 8C_53/2019 vom 9. Mai 2019 E. 5.3). Die organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden können hierbei nicht berücksichtigt werden (BGer 8C_654/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.3).

Der Beschwerdeführer klagte im Nachgang zur Operation am 2. August 2016 an massiven, belastungsabhängigen Schmerzen (Bericht vom 30. November 2016 [Suva-act. 30]). Im Rahmen der Schmerzsprechstunde äusserte er ebenfalls Schmerzen im rechten Fuss, welche nach Abnahme des Gipses und unter Belastung eingetreten seien. Die Schmerzintensität in Ruhe, mithin ohne Belastung des Fusses, gab er mit NRS (Numerische Rating-Skala) 2 an. Sobald er auf den Fuss stehe, erreiche die Intensität einen Wert von NRS 8 (Bericht vom 12. Dezember 2016 [Suva-act. 34]). Gegenüber von PD Dr. G._____ berichtete der Versicherte über eine deutliche Besserung nach den durchgeführten Nervenblockaden mittels Radiofrequenztherapie. Es persistierten aber belastungsabhängige Schmerzen, welche die Gehfähigkeit auf eine Stunde beschränkten (Bericht vom 25. Januar 2017 [Suva-act. 57]; vgl. auch Suva-act. 49 und 51 [in Ruhe keine Schmerzen, bei Belastung nach 30 Minuten Schmerzscore von 5]). Im Anschluss an die zweite Operation am 14. Februar 2017 (Suva-act. 78) war er nach der sechs-wöchigen Gipsruhigstellung schmerzarm (Bericht vom 3. April 2017 [Suva-act. 90]). Einen Monat später berichtete der Versicherte, dass er im Vergleich zur letzten Kontrolle sowie im Vergleich zum präoperativen Zustand eine deutliche Schmerzbesserung erfahren habe. Es persistierten einzig belastungsabhängige Schmerzen, welche zum Teil auch in Ruhe vorhanden seien (Bericht vom 5. Mai 2017 [Suva-act. 92]). Am 19. Juni 2017 stellte sich der Beschwerdeführer im Spital F._____ vor und äusserte eine Schmerzexazerbation, nachdem zunächst eine stetige Schmerzbesserung eingetreten sei und er einen Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % vorgenommen habe (Bericht vom 22. Juni 2017 [Suva-act. 106]). Hierzu erklärte Dr. med. S. V._____, Oberärztin am Spital F._____, die Schmerzen im Bereich des medialen und lateralen Rückfusses zeigten in der bildgebenden Abklärung kein morphologisches Korrelat (Bericht vom 26. Juni 2017 [Suva-act. 108]; vgl. auch CT des Fusses/OSG vom 26. Juni 2017 [Suva-act. 110]). Im September war die Situation nach der Zweitoperation in Bezug auf die Schmerzen wie nach der Erstoperation (Bericht vom 11. September 2017 [Suva-act. 120]). Im Bericht vom 6. Oktober 2017 hielt Dr. K._____ fest, die vor zwei Wochen begonnene Schmerztherapie habe eine Besserung der Beschwerden bewirkt (Suva-act. 126). Gleiches berichtete der Beschwerdeführer der Kreisärztin Dr. J._____. Die Beschwerden seien weiterhin vorhanden, dies im Bereich des lateralen Fusses, welche bei Belastung mit einem stechenden Schmerz imponierend auftreten würden mit Ausstrahlung in die Zehen. Nach der Schmerztherapie im September 2017 hätten die Schmerzen etwas abgenommen, würden jedoch nach ca. 30 Minuten Gehen und im Stehen auftreten (Bericht vom 1. November 2017 [Suva-act. 128]). Laut Bericht vom 9. Januar 2018 verbesserte sich die Situation unter Physiotherapie. Das durchgeführte CT

ergab eine vollständige Konsolidierung der Fraktur (Suva-act. 139). Bis zu diesem Zeitpunkt hin schilderte der Beschwerdeführer zwar immer wieder Schmerzen, die in ihrer Intensität aber stark variierten. Ebenfalls erstaunt es nicht, dass unmittelbar an die operativen Eingriffe die Schmerzen sich verstärkten. Indessen berichtete der Versicherte nach der ersten Operation über eine deutliche Besserung. Erst nach einem zweitägigen Arbeitsversuch exazerbierten die Schmerzen wieder. Spätestens mit dem CT vom 8. Januar 2018 können die geklagten Schmerzen aber nicht mehr organisch erklärt werden, weshalb jene über diesen Zeitpunkt hinaus ohnehin keine Beachtung mehr finden können. Insgesamt waren die Schmerzen während der eineinhalb Jahre bis zur vollständigen Konsolidierung nicht durchgehend in einer solchen Intensität gegeben, als dass das Kriterium bejaht werden könnte.

6.3.6 Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ärztlichen Fehlbehandlung liegen keine vor und werden denn auch nicht geltend gemacht. Weiterungen hierzu erübrigen sich. Das Kriterium ist nicht erfüllt.

6.3.7 Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf dazu besonderer Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden kann, genügt allein nicht (BGer 8C_803/2017 vom 14. Juni 2018 E. 3.6). Gleiches gilt für die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien (BGer 8C_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 7.6).

Den Akten sind keinerlei Hinweise zu entnehmen, welche auf einen schwierigen Heilungsverlauf schliessen liessen. Es kam weder zu einer Infektion im Nachgang zu den Operationen noch zu anderweitigen Komplikationen. Wie vorstehend dargelegt, reicht der Umstand, dass keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, nicht aus, um das Kriterium bejahen zu können.

6.3.8 Das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (BGer 8C_53/2019 vom 9. Mai 2019 E. 5.3).

Ob das Kriterium als erfüllt betrachtet werden kann, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden, da selbst bei dessen Vorliegen die Adäquanz nicht bejaht werden könnte. Jedenfalls wäre es nicht in ausgeprägter Form gegeben. In den Akten finden sich zwar spärliche Angaben zur Arbeitsfähigkeit, insbesondere auch in angepasster Tätigkeit. Die Kreisärztin Dr. J._____ führte in ihrem Bericht vom 12. November 2018 aus, bezogen auf die strukturellen Unfallfolgen mit Metatarsale-V-Fraktur bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit (Suva-act. 188). Sicherlich kann davon ausgegangen werden, dass mit vollständiger Konsolidierung der Fraktur und keinen anderweitigen somatischen Unfallfolgen zumindest eine volle Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bestanden haben dürfte. Dies wäre dem Bericht von Dr. K._____ folgend per 8. Januar 2018, mithin knapp eineinhalb Jahre nach dem Unfall, der Fall gewesen.

6.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass von den zu prüfenden Adäquanzkriterien – falls überhaupt – höchstens eines in einfacher Weise erfüllt ist, namentlich das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Infolgedessen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 27. Juli 2016 und den weiterhin geklagten Beschwerden zu verneinen.

7. Insgesamt steht damit fest, dass in der hier zu beurteilenden Angelegenheit ein CRPS nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist bzw. ein solches zu verneinen ist. Die weiterhin geklagten, indessen nicht organisch erklärbaren Beschwerden stehen ferner nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 27. Juli 2016. Die Suva hat demnach zu recht ihre Leistungen per 31. Dezember 2018 eingestellt. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

8. Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen Fassung). Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist bei diesem Ausgang nicht auszurichten.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Kosten erhoben.

3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.

5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 21. September 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am