

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2017 37

## Entscheid vom 13. Dezember 2017

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Stefan Getzmann, Gerichtsschreiber

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Bruno Küttel,  
Unterer Althof 1, 8854 Siebnen,

**gegen**

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358,  
6002 Luzern,  
Vorinstanz,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reto Bachmann,  
Schwanenplatz 4, 6004 Luzern,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Versicherungsleistungen; Kausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. am \_\_\_\_\_1975) war seit dem 15. März 1999 bei der B.\_\_\_\_\_ AG in Horgen als Schweisser angestellt. Im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses war er bei der Suva gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle obligatorisch unfallversichert. Gemäss Unfallmeldung vom 18. Januar 2002 glitt er am 29. Dezember 2001 in C.\_\_\_\_\_ (Serbien) beim Laufen auf der eisigen Strasse aus. Am gleichen Tag fand im Gesundheitszentrum C.\_\_\_\_\_ (Serbien) eine Erstbehandlung durch Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (Chirurgie- und Orthopädie spezialist) statt, wo eine Unterschenkelfraktur links festgestellt und konservativ mittels Gips behandelt wurde. Ab dem 29. Dezember 2001 wurde A.\_\_\_\_\_ eine 100-%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Suva erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Suva-act. 1 und 2). Bei diagnostizierter verzögerter Frakturheilung bei Status nach Unterschenkel-multifragmentärer Fraktur mit Retrokuration am Übergang zum distalen Drittel links führte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ (FMH Chirurgie) im D.\_\_\_\_\_ (Spital) am 16. April 2002 eine offene Reposition, eine Osteosynthese und Spongiosa-Plastik durch (Suva-act. 3). Nach vollständiger Konsolidation der Fraktur entfernte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ am 14. August 2003 das Osteosynthesematerial und nahm eine Narbenexzision vor (Suva-act. 17). Ab dem 6. Oktober 2003 war A.\_\_\_\_\_ wieder zu 100% arbeitsfähig (Bf-act. 1 und Suva-act. 18; die Arbeit nahm er indessen bereits am 18.9.2002 zu 50% in der Spedition wieder auf, vgl. Suva-act. 11).

**B.** Am 15. Juni 2004 wurde der Suva ein Rückfall zum Unfall vom 29. Dezember 2001 wegen persistierenden Unterschenkelschmerzen gemeldet (Suva-act. 21). Kreisarzt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ untersuchte A.\_\_\_\_\_ am 25. August 2004 und hielt fest, dass die Beschwerden noch unklar seien, aber weniger im Frakturgebiet, sondern mehr im Sprunggelenkbereich zu lokalisieren seien. Gestützt auf den MR-Untersuchungsbericht über das linke obere Sprunggelenk (OSG) vom 7. September 2004 kam Dr.med. N.\_\_\_\_\_ am 13. September 2004 zum Schluss, dass die Heilung noch Zeit brauche und dem Versicherten noch für drei Monate Chondrosulf zu geben sei. Im Übrigen könne der Fall unter Wahrung des Rückfallmelderechtes abgeschlossen werden (Suva-act. 22-24; 66).

**C.** Am 19. März 2010 verspürte A.\_\_\_\_\_ nach einem Schlag mit einem Hammer auf eine geschweisste Schiene einen heftigen Schmerz am rechten Arm. Der Vorfall wurde der Suva am 23. März 2010 gemeldet. Am 5. November 2010 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung bei Dr.med. P.\_\_\_\_\_, die auch den linken Fuss untersuchte, nachdem A.\_\_\_\_\_ über seit dem Unfall 2001 bestehende Beschwerden klagte. In der Folge wurde A.\_\_\_\_\_ ab 1.

Dezember 2010 eine 100% Arbeitsfähigkeit attestiert (seit April 2010 arbeitete er zu 50%).

**D.** Am 9. November 2012 knickte A. \_\_\_\_\_ bei der Arbeit der rechte Fuss um. Bei der Erstbehandlung im Spital E. \_\_\_\_\_ wurde ein Supinationstrauma des rechten OSG diagnostiziert. Ab dem 9. November 2012 wurde dem Versicherten eine 100-%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Suva richtete die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus. Bei persistierenden Schmerzen wurde eine MR-Untersuchung des rechten OSG veranlasst und eine undislozierte Fraktur des Processus anterior calcanei rechts diagnostiziert. Es erfolgten weitere Abklärungen in der F. \_\_\_\_\_ Klinik (Zürich), wobei neben Restbeschwerden nach erfolgtem OSG-Distorsionstrauma rechts vom 9. November 2012 auch persistierende Schmerzen beim linken OSG bei Zustand nach distaler Unterschenkelfraktur 2001 diagnostiziert wurden (vgl. Bf-act. 1; Suva-act. 33, 40, 54 und 55).

**E.** Vom 2. September 2013 bis 31. Oktober 2013 (mit Unterbruch vom 30.9. bis 11.10.2013) befand sich A. \_\_\_\_\_ in der G. \_\_\_\_\_ (Klinik). Ab dem 18. November 2013 ging die Suva von einer 50-%igen Arbeitsfähigkeit mit steigender Tendenz aus und ab dem 1. April 2014 von einer 75-%igen Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 40).

**F.** Am 25. April 2014 stellte die Suva ihre Versicherungsleistungen bezüglich den Beschwerden am linken Fussgelenk per 30. April 2014 ein, da eine strukturelle Läsion am linken Fussgelenk als Folge des Unfalls vom 29. Dezember 2001 nicht mehr überwiegend wahrscheinlich habe nachgewiesen werden können. Zudem hielt die Suva fest, der Unfall am 9. November 2012 bezüglich des rechten Fussgelenks sei folgenlos abgeheilt (Suva-act. 47). Gegen diese Verfügung liess A. \_\_\_\_\_ mit Eingabe am 28. Mai 2014 Einsprache erheben (Suva-act. 58). Nachdem Dr.med. J. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH Anästhesiologie, Interventionelle Schmerztherapie, \_\_\_\_\_) ein CRPS Typ I diagnostiziert hat (Suva-act. 74) und in der Folge PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ (Chefarzt Rheumatologie Uniklinik H. \_\_\_\_\_), der von der Suva mit einem Konsilium beauftragt wurde, differenzialdiagnostisch ein CRPS bestätigte (Suva-act. 89), zog die Suva mit Schreiben vom 4. August 2015 ihre Verfügung vom 25. April 2014 zurück, anerkannte weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und richtete A. \_\_\_\_\_ rückwirkend ab dem 1. Mai 2014 wieder Taggeldleistungen aus.

**G.** Mit Schreiben vom 4. August 2015 beauftragte die Suva das I. \_\_\_\_\_ -Zentrum (O. \_\_\_\_\_) mit der Evaluation einer Implantation eines Neurostimulators (Suva-act. 94). Nach Eingang des Berichtes des I. \_\_\_\_\_ -Zentrums vom 18. November 2015 (Suva-act. 102) sowie einer neurologischen Beurteilung durch

Dr.med. R.\_\_\_\_\_ (Fachärztin für Neurologie (CH), Neurologie und Psychiatrie (D) der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva) vom 6. Mai 2016, die beide ein CRPS nicht bestätigten, verneinte die Suva mit Verfügung vom 24. Mai 2016 die Adäquanz zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 29. Dezember 2001, stellte die Versicherungsleistungen per 31. Mai 2016 ein und verneinte auch einen Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung (Suva-act. 115).

**H.** Gegen diese Verfügung liess A.\_\_\_\_\_ mit Eingabe vom 22. Juni 2016 Einsprache erheben. Dabei beantragte er sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 24. Mai 2016 sowie die weitere Ausrichtung der gesetzlichen Versicherungsleistungen (Suva-act. 118).

**I.** Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Vorinstanz das von der IV-Stelle Schwyz in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten der MEDAS AO.\_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2016 sowie eine Beurteilung des Kreisarztes Dr.med. S.\_\_\_\_\_ vom 9. März 2017 ein. Mit dem Einspracheentscheid vom 23. März 2017 wurde die Einsprache abgewiesen (Suva-act. 133).

**J.** Gegen den Einspracheentscheid lässt A.\_\_\_\_\_ am 8. Mai 2017 fristgerecht (unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes über Ostern) beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Beschwerde einreichen mit den Anträgen:

1. Die Beschwerde sei gutzuheissen und der Einsprache-Entscheid vom 23.3.2017 sei aufzuheben.
2. Die Taggeldzahlung sei fortzusetzen. Dem Beschwerdeführer sei ein Taggeld von 100% zu gewähren.
3. Es seien berufliche Abklärungen zu treffen.
4. Es sei die Frage der Invalidität zu prüfen, und dem Beschwerdeführer sei eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen.
5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Versicherung.

**K.** In der Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2017 beantragt die Vorinstanz, dass, soweit auf die Beschwerde vom 8. Mai 2017 eingetreten werden könne, diese abzuweisen und der Einsprache-Entscheid vom 23. März 2017 zu bestätigen sei.

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

**1.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung

bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**1.2.1** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

**1.2.2** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere; wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 134 V 109 Erw. 9.5; Urteil des BGer 8C\_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.4; BGE 119 V 337 Erw. 1; BGE 117 V 360 Erw. 4a je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (im Beschwerdefall der Richter) im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat (BGE 126 V 360 Erw. 5b mit Hinweisen). Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Be-

gründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 Erw. 3.1; BGE 119 V 338 Erw. 1; BGE 118 V 289 Erw. 1b).

**1.2.3** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des 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 Erw. 3.2; BGE 125 V 461 Erw. 5a, je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 Erw. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 Erw. 2). Unfallfolgen sind 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 hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil des BGer 8C\_849/2011 vom 29.5.2012 Erw. 4.1 m.w.H.).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hiebei 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; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 Erw. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: Urteil 8C\_216/2009 vom 28.10.2009 Erw. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C\_584/2010 Erw. 2). Die Prüfung der Adäquanz, d.h. der Fallab-

schluss, ist bei Anwendung der Psycho-Praxis in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (BGE 134 V 109 Erw. 6.1 S. 116; Urteil 8C\_184/2017 vom 13.7.2017 Erw. 2.2).

**1.3.1** Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 Erw. 2c S. 296 f. mit Hinweisen). Dabei kann nicht zwingend von der natürlichen Kausalität zwischen Unfall und Grundfall auf die natürliche Kausalität zwischen Unfall und Rückfall geschlossen werden, denn die unfallkausalen Faktoren können durch Zeitablauf wegfallen. Vielmehr obliegt es dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines leistungsbe gründenden natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 Erw. 3b; Urteil des EVG U 69/03 vom 7.4.2004 Erw. 2.3, je mit Hinweis; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. A., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 78 f.). Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des BGer 8C\_331/2015 vom 21.8.2015 Erw. 2.2.2 mit Hinweis auf 8C\_521/2008 vom 5.12.2011 Erw. 2.2.2 mit Hinweisen).

**1.3.2** Unfallbedingte Fehlbelastungen (wegen Fuss- und Beinverletzungen, Beinlängenverkürzung usw.) können im Sinne indirekter Unfallfolgen zu Rückenbeschwerden führen. Es liegt in der Natur solcher Fehlbelastungsbeschwerden, dass sie erst einige Zeit nach dem Unfall auftreten und nicht direkt traumatisch bedingt sind. Dies muss allerdings im Einzelfall medizinisch abgeklärt werden (RKUV 2003 Nr. U 487 S. 337 Erw. 5.2.2 [U 38/01]; vgl. auch Bundesgerichtsurteile 8C\_747/2013 vom 18.3.2014 Erw. 3.2; 8C\_588/2013 vom 16.1.2014 Erw. 4.3.3; 8C\_456/2009 vom 28.7.2009 Erw. 5.2). Ein Schonhinken ist nicht geeignet, eine Fehlbelastung der Wirbelsäule zu verursachen, wenn nicht zusätzlich schwerwiegende Deformationen (wie Beinlängendifferenz oder Hüftarthrose) vorliegen (Urteil BGer 8C\_248/2008 vom 4.7.2008 Erw. 3.2 mit Hinweis).

**1.4** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten 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 (vgl. SVR 2011 UV Nr. 4 S. 12 Erw. 3.2 mit Hinweisen [8C\_901/2009]; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 Erw. 3b).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so spricht die Rechtsprechung von einer richtunggebenden Verschlimmerung (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; Urteil des BGer 8C\_212/2015 vom 10.7.2015 Erw. 2.2.1 mit Hinweisen). Bei einer bloss vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei Eintritt des Status quo sine vel ante (vgl. Urteile des BGer 8C\_557/2015 vom 7.10.2015 Erw. 5.2 ff.; 8C\_320/2013 vom 5.9.2013 Erw. 3.1).

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 nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht

beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Der Beweis des Wegfalls des 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 (Urteile des BGer 8C\_847/2008 vom 29.1.2009 Erw. 2; 8C\_126/2008 vom 11.11.2008 Erw. 2.3. und U 143/02 vom 25.10.2002 Erw. 3.2).

Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend. Diese Rechtsprechung beschlägt dabei einzig die rechtlichen Folgen der Abklärung, insofern als dem Unfallversicherer die Beweislast zugewiesen wird für den Fall, dass ungeklärt bleibt, ob dem Unfall (noch) eine kausale Bedeutung für den andauernden Gesundheitsschaden zukommt. Bevor sich aber überhaupt die Frage der Beweislast stellt, ist der Sachverhalt im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes richtig und vollständig zu klären (vgl. SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 Erw. 2.2 [8C\_354/2007] mit Hinweisen).

**1.5** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 2. A., Art. 43 Rz. 18). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären, bis er mit dem im Sozialversicherungsbereich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 125 V 146 Erw. 2c; 121 V 47 Erw. 2a) erstellt ist (Kieser, a.a.O., Art. 43 Rz. 12). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

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

teilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten (siehe auch Art. 25 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; SRSZ 234.110] vom 6.6.1974).

**1.6.2** Zur Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. 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).

**1.6.3** Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Suva und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb; 104 V 212 Erw. c; RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5a mit weiteren Hinweisen). Zu beachten ist, dass die Suva bei der Einholung von solchen Gutachten gemäss § 44 ATSG sowie sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. des Bundesgesetzes über den Bundeszivilprozess (BZP; SR 273) vom 4. Dezember 1947 genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat (RKUV 1993 Nr. U 167 S. 96 Erw. 5b), was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt (BGE 120 V 361 f. Erw. 1c).

**1.6.4** Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungs-gemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien

gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. 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 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

**1.6.5** In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C\_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

**1.6.6** Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des BGer 8C\_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

**2.1** Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob der Kausalzusammenhang zwischen den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und dem Unfall im Jahr 2001 von der Vorinstanz zu Recht verneint wurde und sie ihre Leistungspflicht entsprechend zu Recht abgelehnt hat.

## 2.2 Der Beschwerdeführer hält dazu in seiner Beschwerde namentlich fest:

- 2001 habe er in Serbien einen schweren Unfall erlitten. Er sei auf einer abfallenden Strasse mit glitschigem Untergrund aus Eis und Schnee ausgeglitten und dabei mit dem linken Fuss und Bein in ein Loch geraten. Er habe gehört, wie das Bein gebrochen sei und sei dann vorübergehend bewusstlos geworden. Ein Orthopäde vor Ort habe ihm das Bein notdürftig fixiert und ihn ans Spital verwiesen. Dort habe man geröntgt und den Bruch konservativ behandelt sowie ihn entlassen. Nach drei Monaten ohne Besserung und mit Schmerzen sei er in die Schweiz gekommen, wo er durch Dr.med. L. \_\_\_\_\_ operiert worden sei.
- Auch nach den Operationen sei die Heilung nicht wie gewünscht eingetreten. Er habe stets Schmerzen gehabt. Die Arbeit habe er nur unter Druck eines Stellenverlustes wieder aufgenommen.
- 2004 sei es zu einer Rückfallmeldung gekommen; versicherungstechnisch ohne Folgen. Er habe daher trotz anhaltenden Schmerzen weiterarbeiten müssen, was nur möglich gewesen sei, weil er in seinem Team gut aufgehoben und von diesem von verschiedenen Arbeiten entlastet worden sei. Nur so sei die Arbeit trotz Schmerzen und Behinderung überhaupt möglich gewesen.
- Nach dem Unfall 2010 mit Verletzung am rechten Arm und erneuter Arbeitsunfähigkeit seien die vorbestehenden Beschwerden im linken OSG auch vom Suva-Arzt bestätigt worden. Es habe der Suva klar sein müssen, dass er mehr leiste, als ihm nach dem Unfall von 2001 noch zumutbar gewesen sei.
- Im 2012 sei noch der Unfall mit Verletzung des rechten Fusses dazugekommen. Völlig zu Unrecht habe die Suva ihn dann bereits per 30. April 2014 wieder für arbeitsfähig beurteilt. Entsprechend habe sie diese Verfügung nach dem Konsilium von PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ zurücknehmen müssen.
- Denn nach dem Untersuch in der Schmerzlinik habe Dr.med. J. \_\_\_\_\_ 2015 die Diagnose eines CRPS I im linken Fuss und Unterschenkel gestellt und dieses CRPS I sei von PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ klar bestätigt worden. Es gehe nicht an, seine Aussage mit dem Hinweis zu relativieren, er habe nur eine Differenzialdiagnose gestellt und damit selber Zweifel geäussert. PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ sei bestausgewiesener Fachexperte und habe explizit festgehalten, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne von einem unfallkausal aufgetretenen CRPS ausgegangen werden.
- Absolut willkürlich und skandalös sei, wie das Schweizerische Paraplegiker Zentrum den Auftrag der Vorinstanz nach Evaluation einer Neurostimulation eigenmächtig abgeändert habe und auch die von PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_

klar und deutlich beantworteten Fragen noch einmal untersucht habe. Das Schweizerische Paraplegiker Zentrum habe sich seinen eigenen Auftrag formuliert und die Vorinstanz habe nicht dagegen opponiert. Ein Gutachten, das auf diese Weise zustande komme, bei welchem die Parteirechte nicht gewährt worden seien, sei Willkür.

- Die neurologische Beurteilung von Dr.med. R. \_\_\_\_\_-von Stosch vermittele den Anschein von Seriosität und Sachlichkeit mit dem einzigen Bestreben, die klare und verbindliche Beurteilung von PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_, die das CRPS und die Unfallkausalität bejaht habe, umzustossen. Es komme gar der Verdacht auf, zwischen Dr.med. R. \_\_\_\_\_ und den Ärzten des Schweizerischen Paraplegiker Zentrums gebe es informelle Verbindungen, die nicht sein dürfen. Die Verfügung und der Einspracheentscheid der Suva seien auf dieser Grundlage Willkür im höchsten Grad.
- Indem der Einspracheentscheid auf die Vorwürfe in Sachen Gutachten I. \_\_\_\_\_ Zentrum und Suva nicht eingegangen sei, sei dem Beschwerdeführer das rechtliche Gehör verweigert worden.
- Ebenso sei das Gehör verweigert worden, indem die Suva nicht auf die Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten eingegangen sei. Tatsache sei, dass das Konsilium von PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ den Wert einer fachärztlichen Begutachtung habe und das MEDAS Gutachten sich mit der abweichenden Beurteilung von PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ in keiner Weise auseinandergesetzt habe. Es sei daher nicht geeignet, die Beurteilung von PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ zu widerlegen. Im Übrigen bestätige das orthopädische MEDAS-Teilgutachten die Arbeitsunfähigkeit.
- Unhaltbar sei schliesslich die Prüfung der Psycho-Praxis. Das Unfallgeschehen sei in jedem Fall als mittelschwer zu taxieren und nicht als banal. Indem sie die dramatischen Begleitumstände verneine, zeige die Vorinstanz, dass sie sich mit den Umständen gar nicht befasst habe. Der Heilverlauf sei entgegen der Darstellung der Suva schwierig gewesen. Der Beschwerdeführer habe unter Dauerschmerzen gelitten. Die Arbeit habe er nur mit grossem Kraftakt wieder aufnehmen können wegen dem Druck des Stellenverlustes. Die Beschwerden, physisch und psychisch, seien noch immer da. Die IV bescheinige dem Beschwerdeführer einen IV-grad von 30%, was noch zu prüfen sei.
- Unabhängig von CRPS und Psycho-Praxis sei die Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit als Schienenschweisser ohnehin unfallkausal. Die Suva sei damit leistungspflichtig, der Einspracheentscheid und die Verfügung seien aufzuheben und es seien allenfalls berufliche Abklärungen zu treffen.

**2.3** Dem hält die Vorinstanz entgegen, für die beklagten Beschwerden sei kein organisches Korrelat objektivierbar. Die adäquate Kausalität sei daher rechtsprechungsgemäss nach der Psycho-Praxis zu prüfen. Diesbezüglich habe es sich, anders als vom Beschwerdeführer dargestellt, 2001 um ein banales oder leichtes Unfallereignis gehandelt. Der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und nicht objektivierbaren Unfallfolgen sei zu verneinen, eine Leistungspflicht entfalle. Soweit der Beschwerdeführer beim Beschrieb des Unfallherganges von der aktenkundigen, ersten Angabe abweiche, sei nach der Beweismaxime der Aussage der ersten Stunde auf die erste, unbefangene Aussage abzustellen. Tatsache sei auch, dass der Beschwerdeführer die Arbeit nach dem Unfall und den Operationen wieder habe aufnehmen können. Während mehrerer Jahre sei weder eine Einschränkung noch eine medizinische Behandlung aktenkundig. Je grösser der zeitliche Abstand zwischen Unfall und Auftreten von Beschwerden sei, desto strengere Anforderungen seien an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen. Insgesamt sei die Suva mit den verschiedenen Untersuchungen nur ihrer Untersuchungspflicht nach Art. 43 ATSG nachgekommen; ein Skandal könne darin nicht erblickt werden. Bezüglich MEDAS-Gutachten der Invalidenversicherung sei festzuhalten, dass allfällige Erkenntnisse daraus nicht ohne weiteres auf die kausal ausgestaltete Unfallversicherung übernommen werden könnten. Im Übrigen stelle der Beschwerdeführer in seinen Ausführungen auf keine einzige medizinische Stellungnahme ab. Er mutmasse oder aber seine Ausführungen seien nicht relevant. Sowohl der Einspracheentscheid als auch die Verfügung seien rechtmässig, die Beschwerde unbegründet.

Schliesslich hält die Vorinstanz fest, auf Antrag Ziff. 3 des Beschwerdeführers könne gar nicht eingetreten werden, da im UVG keine Pflicht zur Abklärung in beruflicher Hinsicht vorgesehen sei.

**3.** Was den Gesundheitszustand und -verlauf des Beschwerdeführers für die hier relevante Frage anbelangt, so ergibt sich aus den Akten:

**3.1** Am 18. Januar 2002 meldete der Arbeitgeber des Beschwerdeführers der Vorinstanz den Unfall vom 29. Dezember 2001: "Beim Laufen auf der Strasse ausgeglitten und hingefallen" (Suva-act. 2). Dr.med. K. \_\_\_\_\_ berichtet als Diagnose: "Fractura spiralis partis distalis cruris lat.sin. cumdislocat laevis". Es sei eine Reposition durchgeführt und mit Gips immobilisiert worden. Am 31. Dezember 2001 und am 5. Januar 2002 sei eine Kontrolluntersuchung mit Röntgen durchgeführt worden. Der Verletzte sei fünf Monate arbeitsunfähig (Suva-act. 1).

Am 26. Juni 2002 berichtete der Beschwerdeführer gegenüber der Suva, er sei beim Unfall im Schnee ausgerutscht und mit dem Bein in ein Loch geraten, worauf er notfallmässig ins Spital gegangen sei. Man habe versucht, konservativ zu behandeln. Er habe während zwei Monaten einen Gips übers ganze Bein erhalten. Er habe im Gips permanent Schmerzen gehabt, sich kaum bewegen können (Suva-act. 5).

**3.2** Am 16. April 2002 nahm Dr.med. L. \_\_\_\_\_ bei klinischer Diagnose "Verzögerte Frakturheilung bei St.n. Unterschenkel-multifragmentärer Fraktur mit Retrokurvation am Übergang zum distalen Drittel links" eine offene Reposition, Osteosynthese mittels 9-Loch-DCP und einer Korikalis-Zugschraube sowie Spongiosaplastik vor. Dr.med. L. \_\_\_\_\_ hielt fest, der Beschwerdeführer sei vor einigen Tagen notfallmässig zur Beurteilung erschienen. Nach Gipsentfernung hätten eine massive Schwellung und Schmerzen am Unterschenkel bestanden. Radiologisch habe keine Kallusbildung, jedoch Retrokurvation und geringe Verkürzung der Fragmente festgestellt werden können. Aufgrund dieser Feststellung, der noch immer mässigen Mobilität sowie der Schmerzen entschloss sich Dr.med. L. \_\_\_\_\_ zur genannten Operation. Dabei zeigte sich eine mässig mobile Fraktur mit massiver Retrokurvation, ein massives Weichteilinterponat im Frakturspalt, kein Anhalt für Kallusbildung und zudem eine mässige Verkürzung des Unterschenkels (Suva-act. 3).

Am 26. Juni 2002 informiert der Beschwerdeführer die Suva, er müsse permanent einen Stützstrumpf tragen, da der Fuss sonst stark anschwelle. Im Fussgelenk habe er noch grosse Beweglichkeitsdefizite, weil er den Fuss im Gips nicht habe bewegen können. Er habe viel Schmerzen, vor allem nachts (Suva-act. 5). Mit ärztlichem Zwischenbericht vom 9. Juli 2002 berichtet Dr.med. L. \_\_\_\_\_ von einem unkomplizierten Verlauf, guter Stellung der Fragmente, keine Lockerungszeichen, Osteoporose besser, beginnender Durchbau der Fragmente. Am Unterschenkel sei es wahrscheinlich wegen dem Kompressionsstrumpf zu einer allergischen Reaktion gekommen (Suva-act. 6). Auch am 7. August 2002 berichtete er von einem unkomplizierten Verlauf; der Beschwerdeführer könne die Arbeit per 6. September 2002 zu 100% wieder aufnehmen, wobei eine sitzende, nicht belastende Arbeit zugesichert sei (Suva-act. 8).

Am 19. November 2002 berichtete der Beschwerdeführer der Suva, er habe noch ständig Schmerzen im verletzten Bein von verschiedener Stärke. Auch schwellte es immer noch auf. Er nehme alle zwei Tage ein Ponstan und reibe sich regelmässig eine Salbe ein. Seit dem 18. September 2002 arbeite er halbtags in der Spedition; mehr gehe nicht, weil sonst das Bein aufschwelle und schmerze. Die erbrachte Leistung entsprach gemäss Vorgesetztem nur der Hälfte der ange-

stammten Arbeit als Geleiseschweisser, die der Beschwerdeführer stets gut, speditiv und sorgfältig erledigt habe, so dass die Chance, Gruppenführer zu werden, bestanden habe. Aktuell arbeite er nur in der Spedition; die Firma hoffe, den Beschwerdeführer ab Frühling wieder in der angestammten Tätigkeit beschäftigen zu können. Man könne da allerdings keine "halben Leute" gebrauchen. Ab 18. September 2002 anerkannte die Suva eine AUF von 75% (Suva-act. 9).

Am 17. Dezember 2002 hielt Dr.med. L. \_\_\_\_\_ fest, die Fraktur sei radiologisch konsolidiert (Suva-act. 11).

**3.3** Nach der Kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Januar 2003 (ca. 9 Monate nach OP und gut 1 Jahr nach Unfall) hielt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer gebe einen leichten, dauernden Schmerz im Bein, da wo es gebrochen sei, an. Sie würden im Verlaufe des Tages zunehmen, ebenso sei das Bein am Abend stärker geschwollen. Dr.med. N. \_\_\_\_\_ stellte fest, der linke distale Unterschenkel sei im Vergleich zur Gegenseite eine Spur verdickt, aber kein offensichtliches Ödem um 11.00 Uhr. Die Frakturgegend und der ganze distale Unterschenkel sei im Vergleich zur Gegenseite noch recht deutlich überwärmt und druckempfindlich. Die Verhältnisse bezüglich Hautcolorit, Schweisssekretion und Behaarungsmuster seien seitengleich. Für einen Infekt fänden sich keine Hinweise und keine zuverlässigen Hinweise für eine Sudeckdystrophie; allenfalls liege eine Metallüberempfindlichkeit vor. Der Beschwerdeführer sei kooperativ und zeige keine aggraviorischen Tendenzen; die Beschwerden seien durch deutliche Schonungszeichen objektiviert (Suva-act. 12).

Nach weiterer Kreisärztlicher Untersuchung am 9. Mai 2003 hielt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ fest, das Frakturgebiet sei nur noch gering überwärmt. Das OSG sei reizlos, in der Beweglichkeit noch etwas eingeschränkt, die Beweglichkeit im USG sei frei. Es lägen keine Sudeck verdächtigen trophischen Störungen vor. Die Beschwerden seien im Wesentlichen gleich geblieben. Er vermutet erneut eine Metallüberempfindlichkeit, da ja sonst keine Komplikationen aufgetreten seien, welche diesen etwas protrahierten Verlauf erklären könnten (Suva-act. 14). Nach Anfertigung von Röntgenbildern am 9. Mai 2003, welche eine konsolidierte Unterschenkelfraktur bei reizloser Lage des Osteosynthesematerials zeigten, sprach sich Dr.med. N. \_\_\_\_\_ am 30. Mai 2003 für die Metallentfernung aus (Suva-act. 15). Am 14. August 2003 nahm Dr.med. L. \_\_\_\_\_ die Metallentfernung vor sowie eine Narbenexzision (Suva-act. 17). Am 22. September 2003 berichtete Dr.med. L. \_\_\_\_\_ von einem unkomplizierten Verlauf; der Beschwerdeführer habe die Arbeit per 15. September 2003 zu 50% aufgenommen.

**3.4** Am 1. Juni 2004 berichtete die Hausärztin Dr.med. W.\_\_\_\_\_ dem Kreisarzt, der Beschwerdeführer berichte, er leide seit dem Eingriff an ständigen Unterschenkelschmerzen, auch nach der Metallentfernung. Der Operateur habe ihm erklärt, die Heilung brauche ihre Zeit. Dennoch würden die Beschwerden persistieren, sowohl tags wie nachts bestünden ständig dumpfe Bein-/Fusschmerzen, eigentliche Entzündungen könne der Beschwerdeführer nicht beobachten (Suva-act. 19). Am 15. Juni 2004 meldete der Arbeitgeber einen Rückfall per 1. Juni 2004.

Nach Kreisärztlicher Untersuchung vom 25. August 2004 kam Dr.med. N.\_\_\_\_\_ gegenüber der Hausärztin zur Beurteilung, er habe sich über den Störfaktor der geklagten anhaltenden Belastungsschmerzen kein klares Bild machen können. Die Beschwerden würden weniger das Frakturgebiet, sondern den Sprunggelenkbereich betreffen. Das OSG zeige keine abnorme Schwellung, keine Verbreiterung der Knöchelkonturdistanz, aber leicht verwischte perimalleoläre Konturen. Keine Reizerscheinungen im Sinne von Überwärmung oder Erguss. Die Stabilität sei gewährleistet, die Beweglichkeit für Extension eingeschränkt. Er finde keine Hinweise für eine Synovialitis der Peronealsehnen, die tibialis posterior Sehne sei leicht druckempfindlich, aber funktionell intakt. Es bestehe zusätzlich eine leichte Sensibilitätsstörung am Fuss, wobei der laterale Fussrand ausgespart sei, aber er fände auch keine sicheren Hinweise für ein Tarsaltunnelsyndrom. Auch stellte er keine sudeckverdächtige trophische Störungen fest. Weil er klinisch keine sichere Ursache finden könne, liess er ein MR des Sprunggelenks machen (Suva-act. 23). Das MR OSG links vom 7. September 2004 zeigte laut PD Dr.med. X.\_\_\_\_\_ (LA Radiologie Universitätsklinik H.\_\_\_\_\_) bis auf ganz kleine Knorpelschäden im Bereiche der medialen Talusrolle nichts Auffälliges (Suva-act. 24). Entsprechend nahm Dr.med. N.\_\_\_\_\_ an, die noch geklagten Beschwerden würden in den kommenden Monaten spontan abklingen. Der Beschwerdeführer solle noch für drei Monate Chondrosulf nehmen; im Übrigen könne der Fall unter Wahrung des Rückfallmelderechtes abgeschlossen werden (Suva-act. 66).

**3.5** Am 19. März 2010 verletzte sich der Beschwerdeführer bei einem Schlag mit dem Hammer auf eine Schiene am rechten Arm. Das Spital E.\_\_\_\_\_ hielt am 22. März 2010 eine Zerrung der Extensoren am Unterarm rechts fest. Ein Arthro-MRI des rechten Ellbogens vom 1. April 2010 zeigte keine Binnenläsion oder posttraumatische Veränderungen. Da die Schmerzen persistierten, erfolgte am 5. November 2010 eine kreisärztliche Untersuchung. Weil der Beschwerdeführer neben den Beschwerden am rechten Arm auch über chronische Schmerzen am linken OSG klagte, untersuchte Kreisärztin Dr.med. P.\_\_\_\_\_ auch dieses und

liess es zur Dokumentation röntgen. Sie hielt fest, klinisch zeige sich eine eingeschränkte Flexions-/Extensionsbewegung im OSG ohne Konturveränderung. Auffällig sei eine explizite Druckdolenz im Bereich der distalen Tibia (am ehesten ehemaliger Frakturbereich). Die vom Patienten angegebene Schwellung, welche immer bestünde, könne visuell und auch beim Messen nicht nachvollzogen werden. Schliesslich hielt sie fest (Suva-act. 27):

Wir werden eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit ab 01.12.2010 attestieren. Im Gesamtbild bleibt zu vermerken, dass aufgrund der vorbestehenden Beschwerden im linken OSG zusammen mit den Unterarmbeschwerden und vom Patienten angegebene chronische Rückenbeschwerden davon auszugehen ist, dass der Versicherte auf längere Frist die sicherlich körperlich sehr schwere Arbeit als Gleisschweisser nicht mehr ausüben wollen wird. Je nach Befund des Neurologen kann die jetzt festgelegte Arbeitsfähigkeit von 100% ab 1.12.2010 nochmals evaluiert werden.

Als Befund der Röntgenaufnahmen linker Unterschenkel und linkes OSG a.p., lateral vom 23. Dezember 2010 hielt Dr.med. Z.\_\_\_\_\_ (LA Radiologie Spital E.\_\_\_\_\_) fest: "Alte konsolidierte distale Tibia- und Fibulaschaftfrakturen. Regelrechte Stellungsverhältnisse im OSG. Keine wesentlichen Arthrosezeichen." (Suva-act. 28).

**3.6** Am 9. November 2012 erlitt der Beschwerdeführer bei der Arbeit ein Distorsionstrauma des OSG rechts mit Bone bruise / nicht dislozierte Fraktur im Bereich des Processus anterior calcanei rechts sowie am Talushals. Wegen persistierenden Beschwerden im rechten OSG wurde der Beschwerdeführer an der F.\_\_\_\_\_ Klinik am 10. Juli und 16. August 2013 durch Dr.med. V.\_\_\_\_\_ und Dr.med. T.\_\_\_\_\_ (beide Zentrum für Fusschirurgie, F.\_\_\_\_\_ Klinik) untersucht. Da auch die Schmerzen im linken Fuss persistierten, fertigte die F.\_\_\_\_\_ Klinik am 16. August 2013 ein MRI des linken Fusses an. Dieses zeigte einen unauffälligen Befund, keinen Nachweis einer sicheren Schmerzur-sache und insbesondere einer osteochondralen Läsion im OSG und USG. Kein Weichteilödem. Intakte Bänder medial und lateral, normales Signalverhalten der Sehnen (Suva-act. 32). Dr.med. V.\_\_\_\_\_ und Dr.med. T.\_\_\_\_\_ gingen am ehesten davon aus, dass es sich um ein neuropathisches Schmerzsyndrom in Bezug auf den Nervus saphenus handeln könnte (Suva-act. 54). Deshalb überwiesen sie den Beschwerdeführer Herrn Dr.med. U.\_\_\_\_\_ (Leitender Arzt Neurologie, F.\_\_\_\_\_ Klinik) zur neurologischen Abklärung. Bei der Untersuchung vom 6. November 2013 fand Dr.med. U.\_\_\_\_\_ eine Hypästhesie und Hypalgesie am Unterschenkel und Fuss links. Bei Beklopfen der Narbe am linken Fuss, welche den Nervus saphenus kreuzt, konnte er lokale Schmerzen auslösen, nicht aber im Sinne eines positiven Tinelphänomens. Neurophysiolo-

gisch könne er jedoch keine Saphenus-Neuropathie links objektivieren (Suva-act. 55 und 56).

**3.7** Vom 2. September bis 31. Oktober 2013 hielt sich der Beschwerdeführer in der G.\_\_\_\_\_ (Klinik) auf (wobei die Rehabilitation vom 30.9.2013 bis 11.10.2013 unterbrochen wurde, damit sich der Beschwerdeführer zu seiner Tochter begeben konnte, welche einen Suizidversuch beging). Als diagnostische Beurteilung wurde im Austrittsbericht festgehalten (Suva-act. 33):

Herr A.\_\_\_\_\_ wurde ungefähr 1 Jahr nach oben genanntem Unfall mit OSG-Supinationstrauma rechts durch die Suva Linth zu einer stationären Rehabilitation zugewiesen. Er berichtet über belastungsverstärkte Schmerzen im OSG-Bereich rechts, jedoch sei in der letzten Zeit die Situation bezüglich OSG-Problematik rechts deutlich besser geworden. Klinisch zeigt sich eine leichte Druckdolenz über Malleolus lateralis sowie über der vorderen Tibiakante lateralbetont. Zudem besteht eine diskrete OSG-Beweglichkeitseinschränkung. Die im Vorfeld des Aufenthaltes durchgeführte Bilddiagnostik zeigte einen Bone bruise bzw. nichtdislozierte Fraktur mit einem regelrechten Hellverlauf bei allseits intakten Bandstrukturen.

Des Weiteren klagte Herr A.\_\_\_\_\_ über ständige starke Schmerzen im distalen Unterschenkel sowie im OSG-Bereich links, vor allem im Tibia-Vorderkanten-Bereich. Hierbei handelt es sich um Verletzungsfolgen eines früheren, ebenfalls Suva-versicherten Unfallereignisses vom 29.12.2001. Er habe oft ein Blockadefühl im OSG links mit ausgeprägter Schwellung und er berichtet auch über Schwierigkeiten beim Treppensteigen sowie beim Gehen in unebenem Gelände. Im letzten MRI des Rückfusses links vom 16.08.2013 zeigte sich jedoch ein unauffälliger Untersuchungsbefund ohne Nachweis einer sicheren Schmerzursache und insbesondere einer osteochondralen Läsion im OSG- oder USG-Bereich. Die Beschwerden am OSG stehen denn auch für den Patienten primär im Vordergrund.

Während der Rehabilitation erfolgte eine psychosomatische Abklärung durch Dr. phil. M.\_\_\_\_\_, mit folgendem Resultat: Der 38-jährige Geleiseschweisser serbischer Herkunft leidet schon seit einer Unterschenkelfraktur 2001 unter persistierenden Bein- und Fusschmerzen links, welche mit Schmerzmitteln unterdrückte, um seine Arbeitsstelle nicht zu verlieren, hinzu kam ein regelmässiger Diazepamkonsum seit Jahren von 5 - 10 mg (Bensedin, aus Serbien importiert) mit Entwicklung einer 'low-dose dependency', was insbesondere mit der Stressbelastung durch die degenerative Makula-Erkrankung der heute 14-jährigen Tochter einherging. Nach einer Fussverletzung rechts im November 2012 wurde dem Patienten nach 17-jähriger Betriebszugehörigkeit die Arbeitsstelle gekündigt, was das psychische Gleichgewicht schwer erschüttert hat. Anlässlich des aktuellen Reha-Aufenthaltes präsentiert sich ein psycho-motorisch gedämpft, stimmungsmässig bedrückt und sehr besorgt wirkender Mann mit deutlichem psychischem Leidensdruck, der über Traurigkeit, Freudlosigkeit, pessimistisches Grübeln und Energieverlust berichtet, hinzu kamen Störungen der Vitalgefühle (Müdigkeit, Schlappeheit) sowie Schlaflosigkeit und Libidoverlust. Das anfängliche psychische Beschwerdebild entsprach einer mittelgradigen depressiven Episode bei wahrscheinlich vorgängiger Dysthymie und psychosozialen Belastungsfaktoren. Im Verlaufe des Aufenthaltes besserte sich das depressive Zustandsbild unter psychopharmakologischer und psycho-therapeutischer Behandlung.

Gesamthaft betrachtet kann man aufgrund der Diagnosen, klinischen und radiologischen Befunde, die aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen zumindest am OSG links nicht gänzlich erklären, die Schmerzsymptomatik dürfte im Rahmen der oben dargelegten, psychischen Problematik zu einem gewissen Anteil auch überlagert sein.

Wegen den hauptsächlich bewegungs- und belastungsverstärkten Dauerschmerzen im Unterschenkel- und USG-Bereich links kam man zum Schluss, von einem weiteren Einsatz des Beschwerdeführers als Schienenschweisser inskünftig abzusehen. Gestützt auf das beschriebene Tätigkeitsprofil teilte die Suva dem Beschwerdeführer am 4. November 2013 mit, er sei aufgrund des Austrittsberichtes Bellikon ab dem 18. November 2013 zu 50% arbeitsfähig mit steigender Tendenz. Ab 1. Januar 2014 gelte eine Arbeitsfähigkeit von 75% (Suva-act. 40 S. 3).

**3.8** Da der Hausarzt den Beschwerdeführer im Februar 2014 erneut zu 50% arbeitsunfähig schrieb, ersuchte ihn die Suva um Auskunft (Suva-act. 34 und 35). Dr.med. W.\_\_\_\_\_ berichtete am 24. März 2014, der Beschwerdeführer sei vom SPD E.\_\_\_\_\_ vom 18. November 2013 bis 1. Januar 2014 aus psychischen Gründen zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden. Seit Aufnahme der durch das RAV vermittelten Tätigkeit hätten die Schmerzen im linken Fuss/OSG im Laufe des Morgens deutlich zugenommen und er habe Arbeiten nachmittags nur noch mit Mühe beenden können. Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 18. Februar 2014 habe eine vermehrte Druckdolenz mit schmerzhafter Einschränkung bei Flexion und Extension eruiert sowie eine Steigerung des Bezugs von Dafalgan und Spiralglin beobachtet werden können. Bei Konsultation vom 5. März 2014 habe eine leichte Besserung des Beschwerdebildes festgestellt werden können, die 50% AUF sei daher weiter attestiert worden. Mit der 50%igen Tätigkeit erreiche der arbeitswillige Beschwerdeführer die maximale Belastungsgrenze (Suva-act. 41).

Auf die Frage hin, ob die attestierte 50% AUF medizinisch nachvollziehbar sei, hielt der Kreisarzt Dr.med. AD.\_\_\_\_\_ am 24. März 2014 fest: "Das linke OSG wurde ausgedehnt untersucht und eine strukturelle Läsion als Folge des Traumas konnte nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen werden. Weitere Abklärungen können strukturell nicht begründet werden. Das Zumutbarkeitsprofil hat weiterhin Gültigkeit. Eine kreisärztliche Untersuchung ist nicht zwingend notwendig." (Suva-act. 42). In der Folge lehnte die Suva mit Verfügung vom 25. April 2014 eine Leistungspflicht für eine 50%ige AUF ab 19. Februar 2014 ab (Suva-act. 47), wogegen der Beschwerdeführer Einsprache erhob (Suva-act. 48 und 58).

**3.9** Im Rahmen des Einspracheverfahrens gab Kreisarzt Dr.med. AD. \_\_\_\_\_ gestützt auf das Dossier der Suva am 4. Juni 2014 eine ärztliche Beurteilung ab:

Der Versicherte erlitt 2001 eine Unterschenkelfraktur, welche anfänglich konservativ behandelt wurde. Da die Fraktur nicht zeitgerecht konsolidierte, erfolgte postprimär eine Osteosynthese und nach vollständiger Konsultation eine Osteosynthesematerialentfernung. Wiederholt wurden Beschwerden im Bereich des linken, oberen Sprunggelenkes angegeben. Ab 2010 werden weitere Konsultationen und zusätzliche Abklärungen veranlasst. Die Fraktur war konsolidiert und eine zunehmende Arthrose des oberen Sprunggelenkes konnte ausgeschlossen werden. Vor allem konnte im MRI eine ligamentäre, chondrale oder ossäre Ursache der Beschwerden nicht bestätigt werden. Ebenfalls war neurologisch nicht überwiegend wahrscheinlich eine strukturelle Läsion nachweisbar, weshalb der Bericht von Dr. Schmid mit dem Hinweis "neurologisch verifizierbar" zu relativieren ist. Der Neurologe hält eine sakkadierte Innervation fest, was auf eine submaximale Innervation und ein Vermeidungsverhalten hindeutet. Insgesamt konnten die Beschwerden strukturell nicht überwiegend wahrscheinlich begründet werden. Die Bildgebung war unauffällig und orthopädisch fanden sich auch keine Hinweise als Ursache für die Schmerzhaftigkeit.

Entsprechend wurde der Versicherte ausreichend abgeklärt und weitere Massnahmen im Rahmen der strukturellen Veränderungen nach achsengerecht konsolidierter Fraktur sind nicht zu begründen. Die Schmerzen können höchstens möglicherweise als Folge des Traumas erklärt werden.

**3.10** Da die Schmerzen am Unterschenkel / OSG links persistierten und unklar waren, überwiesen zuerst Dres. Binzer und Rutishuser (wegen dem Aufenthalt in der G. \_\_\_\_\_ (Klinik) konnte der Beschwerdeführer den Termin nicht wahrnehmen) und später der Hausarzt den Beschwerdeführer zur Abklärung und Behandlung an die \_\_\_\_\_ (Suva-act. 58 S. 13). Am 8. April 2014 wurde er in der Sprechstunde von Dr.med. J. \_\_\_\_\_ in der \_\_\_\_\_ erstmals gesehen.

Im seinem abschliessenden Bericht vom 4. Februar 2015 (Suva-act. 74 S. 4 ff.) hielt Dr.med. J. \_\_\_\_\_ bezogen auf den Unterschenkel / Fuss links als Diagnose fest:

- CRPS I Unterschenkel und Fuss links mit / bei
- St.n. Unterschenkelfraktur links 2001
- St.n. Osteosynthese 2002
- St.n. Osteosynthesematerialentfernung 2003
- St.n. multimodaler stationärer Rehabilitation 2013 ohne anhaltenden Effekt
- SMP (sympathetically maintained pain), mittels Sympathikusblockaden nicht anhaltend blockierbar (ED 07/2014)
- St.n. positivem sensorischem retrogradem transforaminalem Pain Mapping L3 und L4 links 11/2014

Als Lokalbefund links berichtete er:

Rötlich hyperämes Integuement, keine Ödeme, keine Asymmetrie von Nagel- und Haarwachstum, Asymmetrie der Hauttemperatur von durchschnittlich 1.0°C zugunsten der Gegenseite, Flexion/Extension 80/120°, deutlich eingeschränkte Supi-

nation, Druckschmerz über dem anterioren OSG-Spalt, pos. Tinel Zeichen prätibial sowie über dem medialen Malleolus, elektrisierend im Narbenbereich prätibial.

In der Beurteilung hielt er fest:

(...) Aufgrund der Anamnese und der erhobenen Befunde ist somit am Ehesten differenzialdiagnostisch an ein CRPS I zu denken, dessen Diagnose rein klinisch ist und sich an den aktuell gültigen Budapest-Kriterien orientiert, welche im Folgenden dargelegt werden:

Objektive/subjektive Befunde im Rahmen der klinischen Diagnose CRPS I (geäußerte Symptome und/oder beobachtete Zeichen sind fett dargestellt)

### 1. Fortgesetzter Schmerz unverhältnismässig zum auslösenden Ereignis

2a. Subjektiv: Anamnestisch zwingend ein Symptom aus mindestens 3 der 4 der folgenden Symptomgruppen

Sensorik: **Hyperästhesie** oder Allodynie

Vasomotorik: **Temperaturasymmetrie, Veränderungen der Hautfarbe**

Sudomotorik/Ödem: **Ödem und/oder Veränderungen der Schweißsekretion**

Motorik/Trophik: **verminderter ROM und/oder motorische Dysfunktion (Muskelschwäche, Tremor, Dystonie)** und/oder Dystrophie (Haare, Nägel, Haut)

2b. Objektiv (zum Zeitpunkt der Untersuchung zwingend ein erkennbares Zeichen aus 2 oder mehr der folgenden Symptomgruppen)

Sensorik: **Evidenz von Hyperästhesie** oder Allodynie

Vasomotorik: **Temperatur- oder Hautfarbenasymmetrie**

Sudomotorik/Ödem: **Evidenz von Ödem** und/oder Veränderungen der Schweißsekretion bzw. -asymmetrie (der Patient hat Ende April und Ende August 2014 Fotos von seinem deutlich geschwollenen linken Fuss und Unterschenkel eingereicht)

Motorik/Trophik: **Evidenz von vermindertem ROM und/oder motorischer Dysfunktion** (Muskelschwäche, Tremor, Dystonie) und/oder Dystrophie (Haare, Nägel, Haut)

### 3. Keine plausible Erklärung für eine andere Diagnose

Therapeutisch hat Dr.med. J.\_\_\_\_\_ einen konventionell medikamentösen Behandlungsversuch mit Prägabalin (Lyrika) 300mg/d und Duloxetin (Cymbalta) in einer Dosierung von 30mg/d eingeleitet, dies ohne Erfolg. Eine am 18. Juni 2014 durchgeführte diagnostische Blockade des sympathischen Grenzstrangs links auf Höhe von LWK 4 verlief positiv, indem die Beschwerden für die Wirkdauer des Medikaments deutlich gebessert werden konnten. Wiederholt durchgeführte Sympathikusblockaden am 25. Juni, 4., 14. und 21. Juli 2014 reduzierten die Symptome, aber ohne anhaltenden Erfolg. Am 22. September 2014 wurde eine diagnostische, selektive, transforaminale Blockade der Wurzeln L4, L5 und 51 links durchgeführt, mit nur partiellem Erfolg. Am 24. September 2014 wurde eine Katheter gesteuerte Spinalanästhesie durchgeführt, welche positiv war. Am 3. November 2014 wurde als weiterführende Diagnostik hinsichtlich neuromodulatorischer Massnahmen ein diagnostisches retrogrades transforaminales sensorisches Pain Mapping mit Stimulation der Nervenwurzeln L3 - L5 links durchgeführt bei Status nach unvollständiger diagnostischer radikulärer Blockade und

Status nach unvollständiger diagnostischer Spinalanästhesie. Dieses ergab die vollständige Adressierbarkeit des gesamten Schmerzareals bei L3, eine partielle Adressierbarkeit bei L4 sowie fehlende Adressierbarkeit bei L5.

Abschliessend gelangte Dr.med. J. \_\_\_\_\_ im genannten Bericht vom 4. Februar 2015 zur Beurteilung (Suva-act. 74):

Herr A. \_\_\_\_\_ leidet seit einer Unterschenkelfraktur im 2001 an therapierefrak-tären Schmerzen, welche strukturell nicht erklärbar sind. Die Fraktur ist nach Osteosynthese und Entfernung des Materials 2002 bzw. 2003 vollständig abgeheilt, signifikante Residuen können in Bildgebungen nicht dargestellt werden, eine neu-rophysiologische Evaluation konnte eine Nervenläsion nicht verifizieren. [...]

Die abschliessende Beurteilung ergibt somit einen an CRPS leidenden Patienten mit SMP, welcher mit konventionell-physikalischen, medikamentösen und minima-linterventionellen Massnahmen nicht therapierbar ist, das Schmerzleiden besteht ungebrochen seit 2001. Aufgrund des positiven sensorischen Pain Mappings mit guter Adressierbarkeit des Schmerzareals via Spinalganglien L3 und L4 kann da-von ausgegangen werden, dass die gezielte Rückenmark-Neurostimulation an den positiv getesteten Spinalganglien eine zufriedenstellende Symptomlinderung be-wirken kann und die Massnahme daher als erfolgversprechendste Massnahme in Betracht gezogen werden sollte. Die Indikation zur Evaluation der Neurostimulation ist meines Erachtens gegeben; sollte die perkutan durchgeführte Anlage von bila-teral je zwei epidural eingelegten Elektroden ein positives Testresultat ergeben, so wäre die Indikation zur definitiven Implantation eines Impulsgenerators gegeben.

In der Folge stellte Dr.med. J. \_\_\_\_\_ an die Suva einen Antrag auf Kosten-übernahme des Implantationsmaterial für eine Neurostimulation der Spinalgan-glien (Suva-act. 74).

**3.11** In der Folge diskutierte die Suva intern die Möglichkeit, ein neutrales Gut-achten bezüglich CRPS in Auftrag zu geben. Nach Rücksprache mit dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Suva-act. 85 und 86) beauftragte die Suva PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ (Chefarzt Rheumatologie Uniklinik H. \_\_\_\_\_, zerti-fizierter medizinischer Gutachter SIM) mit der Durchführung eines Konsiliums. Sie unterbreitete ihm zusammen mit den aufgelaufenen Akten die zwei Fragen:

1. Liegt ein CRPS I am Unterschenkel und Fuss links vor?
2. Falls ein CRPS vorliegt, ist dieses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 29.12.2001 zurückzuführen?

Nach der Rheumatologie-Sprechstunde vom 9. Juli 2015 berichtete PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ am 10. Juli 2015 (Suva-act. 89). Er nannte als Diagnose "Persistie-rende Schmerzsymptomatik Unterschenkel und Fuss links (EM 2001), DD: CRPS I in partieller Remission, neuropathisches Schmerzsyndrom". Dies bei Befund und Beurteilung:

### **Befund**

40jähriger Patient in schmerzbedingt reduziertem AZ. Schonhinken links. Fuss links mit minimaler Schwellung, im Verlauf der Untersuchung leicht rötliche Verfärbung. Temperaturdifferenz perimalleolär  $-1,0^{\circ}\text{C}$ , keine Hyperhidrose, keine Hypertrichose, symmetrische Nageltrophik.

Dorsalextension/Plantarflexion  $10-0-20^{\circ}$ . Massive Allodynie (Brush, Pinprick) im Narbenbereich, zirkuläre Hypästhesie und Hypalgesie ab Tuberositas tibiae nach distal zunehmend.

### **Beurteilung und Procedere**

Zuweisung via SUVA mit Frage nach vorliegendem CRPS am linken Unterschenkel/Fuss und Unfallkausalität.

Sowohl das Trauma vom 29.12.2001 als auch die Operation vom 16.4.2002 qualifizieren voll formal als potentiell auslösendes Ereignis eines CRPS am linken Fuss. Gemäss vorliegenden Akten, insbesondere dem Operationsbericht vom 16.4.2002 erwähnt eine massive Schwellung und massive Schmerzen im Rahmen der initialen Ruhigstellung. Der Patient schildert präzise dazu kongruente Symptome, welche mit einer Frühmanifestation eines CRPS vereinbar sind. Insbesondere bestanden bereits initial dysproportionale Schwellungen, Schmerzen, Verfärbungen und Temperaturdifferenzen. Im Verlauf traten dann auch Verfärbungen auf. Insgesamt kann somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem unfallkausal aufgetretenen CRPS ausgegangen werden.

Anlässlich der heutigen Konsultation zeigt sich ein CRPS in partieller Remission, wobei für den Patienten vor allem die heftigen sensiblen Veränderungen, insbesondere die neuropathisch anmutenden Schmerzen sowie die Funktionseinschränkung im Vordergrund stehen.

Nachdem bereits diverseste physiotherapeutische, medikamentöse und interventionelle Massnahmen inkl. eines stationären Aufenthaltes zu keiner substantiellen Besserung führten, empfehle ich die weitere Evaluation einer Implantation eines Neurostimulators, wie dies bereits durch den behandelnden Schmerztherapeuten initiiert wurde. Ansonsten sehe ich zurzeit keine erfolgsversprechenden Massnahmen.

Am 3. August 2015 orientiert die Suva den Beschwerdeführer, dass die Verfügung vom 25. April 2014 aufgehoben und rückwirkend per 1. Mai 2014 Taggeld aufgrund 100% Arbeitsunfähigkeit geleistet werde. Zudem zeigte sich der Beschwerdeführer einverstanden, im I.\_\_\_\_\_ Zentrum O.\_\_\_\_\_ eine Evaluation zur Implantation eines Neurostimulators in Auftrag zu geben. Sobald der Bericht vorliege, werde geprüft, ob die Suva für die Kosten aufkomme (Suva-act. 91).

**3.12** Mit Schreiben vom 4. August 2015 wurde das I.\_\_\_\_\_ Zentrum mit der Evaluation einer Implantation eines Neurostimulators beauftragt. Die Suva unterbreitete dazu alle zur Verfügung stehenden Unterlagen (Suva-act. 94). Am 13. November 2015 erfolgte eine umfassende Untersuchung im Zentrum für Schmerzmedizin des I.\_\_\_\_\_ Zentrums (Suva-act. 101). Zur Beantwortung der Fragestellung, inwieweit aus Sicht des Zentrums die Implantation eines Neurostimulators beim Beschwerdeführer indiziert sei, wurde der Beschwerdeführer im Sinne eines

Teamassessments durch die Fachbereiche Anästhesiologie inklusive fokussierte Untersuchung des Bewegungsapparates, Neurologie und Psychiatrie evaluiert. Im Bericht wird u.a. ausgeführt, aus neurologischer Sicht sei die Ursache laut Angaben dem bestehenden Schmerzsyndrom im distalen Unterschenkel und Sprunggelenk seit dem Unfall 2001 nicht zuordenbar. Bezugnehmend auf die Verdachtsdiagnose CRPS seien aktuell die Diagnosekriterien für ein CRPS nach Harden et al. nicht erfüllt. Zwar seien vier von vier anamnestischen Kriterien erfüllt. Alle übrigen jedoch nicht, insbesondere aus der klinischen Untersuchung ergab sich kein Nachweis nach einem CRPS. Es wurde die Diagnose "eines chronisch postoperativen Schmerzes gestellt mit einer nozizeptiven Schmerzkomponente bei ausgeprägter Schmerzzunahme unter Belastung sowie Nachweis von sensorischem Positivphänomen mit elektrisierendem Gefühl bei Prüfung mit Pinprick, dem kalten Roller und dem Pinsel nur im Narbengebiet, was unspezifisch im Rahmen eines chronischen postoperativen Schmerzes auftreten kann." Der Vorschlag einer Implantation eines Neurostimulators der Spinalganglien L3 und L4 links wurde unterstützt. Dies insbesondere vor dem Hintergrund des bereits durchgeführten positiven Mappings dieser Spinalganglien (Suva-act. 102).

**3.13** Das Dossier wurde auch dem Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin unterbreitet (Suva-act. 103). Am 6. Mai 2016 gab Dr.med. R. \_\_\_\_\_-von Stosch ihre neurologische Beurteilung ab. Nach Zusammenfassung der relevanten Vorgeschichte resp. medizinischen Akten kam sie zur Beurteilung (Suva-act. 113), die Diagnose eines CRPS werde 2014 erstmalig durch Dr.med. J. \_\_\_\_\_ gestellt. In keinem früheren echtzeitlichen Dokument werde die Diagnose genannt. Im Gegenteil schreibe der Kreisarzt Dr.med. N. \_\_\_\_\_ 2004 "keine sudeckverdächtige trophische Störungen". Er habe diese Differenzialdiagnose somit bedacht, aber ausgeschlossen. Nach Dr.med. J. \_\_\_\_\_ habe dann auch PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ im Rahmen einer Konsiliaruntersuchung ein CRPS I in partieller Revision [recte partieller Remission], bzw. ein neuropathisches Schmerzsyndrom als Differenzialdiagnose genannt und die Budapest Kriterien als erfüllt bezeichnet. Dies spreche aber dafür, dass auch er gewisse Zweifel an dieser Diagnose bzw. an einem Vollbild dieser Diagnose habe. Im Untersuchung in O. \_\_\_\_\_ sei dann ein neuropathisches Schmerzsyndrom wieder ausgeschlossen und die Diagnose eines nozizeptiven Schmerzsyndroms gestellt worden. Im Verlauf der ersten 12 Jahre nach Unfall sei somit die Diagnose eines CRPS nie gestellt worden und auch nach der ausführlichen Untersuchung in O. \_\_\_\_\_ könne sie zum aktuellen Zeitpunkt nicht gestellt werden. Aufgrund der Formulierung hege auch PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ gewisse Zweifel.

Die von der Vorinstanz gestellten Fragen beantwortet Dr.med. R. \_\_\_\_\_ wie folgt:

**Liegt ein CRPS vor?**

Ein kausal auf den Unfall vom 19.12.2001 zu beziehendes CRPS liegt nicht vor.

**Sind die vom Versicherten geklagten Beschwerden organisch erklärbar?**

Die im Verlauf nach dem Unfall, bzw. nach den Operationen am 16.04.2002 und 15.01.2003 zeitnah aufgetretenen Schmerzen waren aus Sicht des behandelnden Chirurgen und des Kreisarztes Dr. Frei für einen gewissen Zeitraum organisch erklärbar. Die jetzt vorhandenen Beschwerden sind gemäss der kreisärztlichen Stellungnahmen (zuletzt 2014 von Dr. Grab) nicht mehr organisch erklärbar.

**Kann von einer weiteren Behandlung noch eine erhebliche Verbesserung erwartet werden?**

Die Frage wird aufgrund der mangelnden Kausalität nicht beantwortet.

**Sollten stabile Verhältnisse (Endzustand) erreicht sein.**

**Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als Schweisser sowie die Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt?**

Die Arbeitsfähigkeit in Hinsicht auf die Unfallfolgen war bereits mit Aufnahme der Arbeit zu 100% am 16.09.2002, bzw. nach Wiederaufnahme der Arbeit nach Narbenexzision und OSME vom 14.01.2003, ein genaues Datum ist aus der Dokumentation nicht ersichtlich, wieder voll gegeben.

**IE-Schätzung?**

Keine Änderung im Vergleich zur Abschlussuntersuchung von Dr. Frei.

**Stehen die jetzt geklagten Rückenbeschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfall vom 29.12.01 (durch Fehlhaltung). Wenn ja, inwiefern wirken sich diese auf die Behandlung / Arbeitsfähigkeit / Zumutbarkeit etc. aus?**

Nein, da sich der Versicherte beim Unfall den Rücken selber nicht verletzte und eine asymmetrische Belastung als Ursache für Rückenschmerzen nicht als allgemein anerkannt gilt [2, 3]. Wie oben dargestellt sind die Beschwerden (Schmerzen) nicht mit der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unfallkausal.

In der Folge verfügte die Suva am 24. Mai 2016 (Suva-act. 115):

Aufgrund der Abklärungen sind die heute noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar. Es ist daher die Adäquanz zu prüfen. Nachdem das typische Beschwerdebild nicht vorliegt, erfolgt die Beurteilung gemäss Bundesgerichtsentscheid (BGE) 115 V 133. Nach Prüfung der massgebenden Kriterien ist die Adäquanz zu verneinen, weshalb die Versicherungsleistungen per 31. Mai 2016 eingestellt werden.

Mangels Vorliegen adäquater Unfallfolgen besteht auch kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Invalidenrente und/oder einer Integritätsentschädigung.

**3.14** Nachdem der Beschwerdeführer gegen diese Verfügung Einsprache erhob, holte die Vorinstanz bei der IV-Stelle Schwyz das im Rahmen des IV-Verfahrens in Auftrag gegebene MEDAS-Gutachten vom 25. Oktober 2016 sowie die RAD

Stellungnahme vom 15. November 2016 ein (Suva-act. 123). Das Gutachten stützt sich auf die zur Verfügung gestellten Akten sowie die persönliche Befragung und klinische Untersuchung in den Fachbereichen Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Innere Medizin (Suva-act. 124).

Das Gutachten nannte als Diagnosen aus allen Fachgebieten:

**Diagnosen mit Relevanz für die AF (Geleiseschweisser)**

- Chronische Schmerzen Unterschenkel/OSG links bei/mit:
  - St. n. Sturz mit distaler Unterschenkelfraktur links vom 29.12.2001 mit primärer Gipsbehandlung postprimär einige Monate später im April ORIF wegen Delayed Union
  - St. n. ME 14.08. 2003
  - St. n. Verdacht auf CRPS partiell in Remission distaler Unterschenkel (Klinik H. \_\_\_\_\_ 2015)
- Arthrose im STT- und Daumensattelgelenk Daumen links mit Instabilität bei UE 1997

**Diagnosen ohne Relevanz für die AF**

- OSG Beschwerden rechts bei/mit St.n. Bone bruise/nicht dislozierter Fraktur am Processus anterior calcanei sowie am Talushals vom 09.11.2012
- Ellbogenbeschwerden links bei/mit Status nach Muskelfaserriss im Extensor radialis longus und brevis vom 19.03.2010
- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung nach rechts ohne neurologische Ausfälle und ohne radiologisches Korrelat (MRI 29.04.2016)
- Zervikales Schmerzsyndrom ohne neurologische Ausfälle und ohne radiologisches Korrelat (MR 29.04.2016)
- Subjektiv angegebener Schwindel ohne organisches Korrelat
- Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z 73
- Status nach depressive Episode, gegenwärtig remittiert F32.4
- Extrasystolie
- Proteinurie unklarer Genese
- Adipositas Grad I

Das Orthopädische Teilgutachten hielt als Erwägung zur Befundkonsistenz fest (Suva-act. 124 S. 20):

Der Versicherte gibt an, dass er chronische Schmerzen habe im Bereiche des linken Knöchels und im Bereiche der alten US - Fraktur. Nach dem Supinationstrauma des rechten OSG fühle er sich instabil, die Schmerzen seien nicht ausgeprägt. Im rechten Ellbogen habe er ständig Schmerzen. (UE von 2010). Seit einem UE von 1997 sei das linke Daumengrundgelenk instabil. Schmerzen habe er ab und zu und die Tragfähigkeit sei reduziert. Er habe auch noch ab und zu Knieschmerzen bds. Er habe noch Nackenschmerzen mit Schwindel und auch noch Lumbalgien ohne Ausstrahlungen. Das sei jeden Tag und chronisch. Im Vordergrund seien die chronischen Schmerzen im Bereiche des linken Beines und des Rückens (HWS und LWS).

Für die Beschwerden des linken OSG/US wurde auswärts ein CRPS diagnostiziert. Dies konnte anlässlich der gutachterlichen Untersuchung orthopädisch weder klinisch noch radiologisch nachgewiesen werden. Hingehen konnte radiologisch eine OSG/USG Arthrose sowie Tendosynovitis der Tibialis posterior Sehne auf Höhe der Schmerzmarkierung festgestellt werden. Die Unterschenkelfraktur war konsolidiert. Für die Beschwerden im Bereiche des rechten Ellbogens, des rechten OSG und im Bereiche der HWS und der LWS konnten kein radiologisches Korrelat eruiert werden. Im Bereiche des linken Daumens findet sich klinisch eine Instabilität und radiologisch Arthrose im STT- und Daumensattelgelenk. Trotzdem wirkte der Versicherte authentisch auch wenn gewisse Beschwerden kein radiologisches Substrat fanden.

Aus neurologischer Sicht wurde unter "Beurteilung des objektivierbaren medizinischen Sachverhalts" festgehalten (Suva-act. 124 S. 34):

Der aktuell erhobene neurologische Untersuchungsbefund ist relativ blande: Die Muskeleigenreflexe sind seitengleich auslösbar, Paresen lassen sich nicht feststellen. Es wird eine strumpfförmige Sensibilitätsstörung des linken Fusses und Unterschenkels angegeben lateral 4 OF, medial ca. 8 OF unterhalb des Patellarandes endend. Beim Gehen rollt der linke Fuss etwas vermindert ab, Fersen- und Zehenspitzengang sowie Einbeinhüpfen werden links als nicht möglich angegeben. Im Hinblick auf einen angegebenen Schwindel findet sich ebenfalls kein organisches Korrelat, insbesondere kein Nystagmus. Zusammenfassend lassen sich auf neurologischem Fachgebiet weder Hinweise auf eine organische Ursache eines subjektiv angegebenen Schwindels eruieren noch finden sich Hinweise auf akute oder chronische radikuläre Schädigung bei angegebener HWS- und LWS-Schmerzsymptomatik noch Hinweise für einen neuropathischen Schmerz. Die angegebene Sensibilitätsstörung kann in wesentlichen Teilen Verletzungen sensibler Nervenendäste dem Narbengebiet entsprechen, dies betrifft jedoch nicht die Rückseite des Unterschenkels links und den linken Fuss. Hier ist eine neurologische Zuordnung nicht möglich.

In allen Fachgebieten wurde dem Beschwerdeführer ein authentisches Verhalten attestiert. Radiologisch konnten gewisse Beschwerden nur teilweise nachvollzogen werden. Die Waddellzeichen waren alle negativ. Die Behandlungsaktivität und die aktuellen Medikamentenspiegel liessen Zweifel an einer regelmässigen Therapie entstehen, von einer Therapieresistenz könne nicht ausgegangen werden. Aufgrund der orthopädischen Diagnosen und dem Zumutbarkeitsprofil wurde dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Geleiseschweisser keine verwertbare Arbeitsfähigkeit attestiert. In einer Verweistätigkeit bestehe eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit wegen einem vermehrten Pausenbedarf. Die übrigen Fachbereiche ergaben nur Diagnosen ohne Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 124 S. 25).

Der RAD Dr.med. AG. \_\_\_\_\_ erachtete das MEDAS Gutachten als problemlos nachvollziehbar (Suva-act. 124 S. 59). Als Gesundheitsschaden notierte er posttraumatische OSG-Beschwerden links sowie Arthrose im Daumensattelgelenk links (Code 938 05).

**3.15** Aufgrund des MEDAS Gutachtens vom 25. Oktober 2016 wurden dem Kreisarzt weitere Fragen unterbreitet, die Kreisarzt Dr.med. S.\_\_\_\_\_ am 9. März 2017 wie folgt beantwortete (Suva-act. 130):

1. Stehen die im Gutachten der MEDAS AO.\_\_\_\_\_ vom 25.10.2016 diagnostizierte OSG/USG-Arthrose links sowie die Tendosynovitis der Tibialis posterior-Sehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 29.12.2001?

Zur Kausalität der Beschwerden im Bereich des linken OSG wurde ausführlich von Kreisarzt Dr. Grab am 04.06.2014 Stellung genommen. Es liegen keine neuen medizinischen Erkenntnisse vor. Der Beurteilung ist nichts hinzuzufügen.

2. Vermögen diese Diagnosen (OSG/USG-Arthrose links und Tendosynovitis der Tibialis posterior-Sehne) die vom Versicherten beklagten Schmerzen zu erklären?

Eine OSG/USG-Arthrose sowie eine Tendosynovitis der Tibialis posterior-Sehne kann die vom Versicherten beklagten Beschwerden verursachen respektive erklären. Eine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität liegt jedoch nicht vor.

In der Folge wurde die Einsprache mit Entscheid vom 23. März 2017 abgewiesen (Suva-act. 133). Ein CRPS liege nicht vor. Die noch geklagten Beschwerden würden nicht auf einem unfallbedingten, objektivierbaren organischen Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung beruhen. Aufgrund der Adäquanzprüfung nach Psycho-Praxis bestehe auch kein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Störungen und dem Unfall. Eine Leistungspflicht bestehe damit nicht.

4. Was den beschwerdeführerischen Antrag betreffend Vornahme beruflicher Abklärungen durch die Suva anbelangt (Antrag Ziff. 3), so ist mit der Vorinstanz festzustellen, dass das Unfallversicherungsgesetz keine Leistungen des Unfallversicherers betreffend beruflicher Abklärung resp. Massnahmen kennt. Die Leistungen der Unfallversicherung sind im Dritten Titel des UVG (Art. 10 ff. UVG) abschliessend aufgezählt; berufliche Massnahmen zählen nicht dazu.

Einen Bezug zu den beruflichen Eingliederungsmassnahmen macht das UVG einzig insofern, als Art. 19 Abs. 1 UVG festhält, der Rentenanspruch entstehe, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden könne und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen seien. Rechtsprechungsgemäss kann sich der in Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG vorbehaltene Abschluss allfälliger Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung, soweit es um berufliche Massnahmen geht, nur auf Vorkehren beziehen, die geeignet sind, den der Invalidenrente der Unfallversicherung zugrunde zu legenden Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Ist der noch vorliegende Gesund-

heitsschaden jedoch nicht unfallkausal, vermag der Umstand der noch laufenden beruflichen Massnahme den Fallabschluss in der Unfallversicherung nicht zu verhindern (Urteil BGer 8C\_651/2016 vom 15.12.2016 Erw. 4.3 mit weiteren Hinweisen).

Vorliegend sind keine beruflichen Massnahmen der IV am Laufen (vgl. Vorbescheid der IV vom 10.4.2017, Bf-act. 2), welche einem Fallabschluss im Wege stehen würden. Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen seitens der Unfallversicherung besteht nicht. Soweit der Beschwerdeführer entsprechende Massnahmen beantragt, ist der Antrag abzuweisen.

**5.** Der Beschwerdeführer äussert den Verdacht auf ungebührliche Verflechtungen zwischen dem Schweizerischen Paraplegiker Zentrum und der Vorinstanz resp. Frau Dr.med. R.\_\_\_\_\_. Allerdings bringt er dafür keine nachvollziehbaren Anhaltspunkte vor. Dem Vorwurf kann nicht gefolgt werden.

Soweit die Gutachter schreiben "Herr A.\_\_\_\_\_ hat sich zur schmerzmedizinischen Evaluation zugewiesen", ist dies zwar nachweislich falsch. Der Beschwerdeführer kann daraus indes nichts zu seinen Gunsten ableiten. Vielmehr muss es sich um ein redaktionelles Versehen handeln, wird doch bereits im nächsten Absatz richtig beschrieben, dass die Zuweisung durch die Suva erfolgt sei (Suva-act. 102 S.1).

Auch fand keine selbständige Definition des Auftrages statt, wie dies der Beschwerdeführer darstellt. Die Suva erteilte dem Schweizerischen Paraplegiker Zentrum am 4. August 2015 den Auftrag zur Evaluation der Implantation eines Neurostimulators (Suva-act. 94). Mit Schreiben vom 11. August 2015 wurde der Auftrag bestätigt (Suva-act. 96) und in der zusammenfassenden Beurteilung festgehalten: "Auf Zuweisung der SUVA wurde Herr A.\_\_\_\_\_ am heutigen Tage im Sinne eines Teamassessments durch die Fachbereiche Anästhesiologie inklusive fokussierte Untersuchung des Bewegungsapparates, Neurologie und Psychiatrie evaluiert zur Beantwortung der Fragestellung, inwieweit aus unserer Sicht die Implantation eines Neurostimulators bei dem Patienten indiziert sei" (Suva-act. 102 S. 1). Mithin erteilte die Suva einen Evaluationsauftrag, ohne das Vorgehen vorzuschreiben. Das Schweizerische Paraplegiker Zentrum erfüllte diesen Auftrag (und empfahl die Implantation eines Neurostimulators) mittels Fragebogen und verschiedener Untersuchungen bei den Schmerzspezialisten der Bereiche Anästhesiologie, Neurologie und Psychiatrie, was nachvollziehbar ist und keine Abweichung vom Auftrag oder Ausweitung desselben darstellt. Die Vorinstanz führte im Einspracheentscheid (S. 12 von 18) zu Recht aus, die Implantation eines Neurostimulators setze voraus, dass eine entsprechende Diagnose vorliege, weshalb die Evaluatoren berechtigterweise zunächst abklärten,

welche Diagnosen gegeben seien, bevor zur Behandlung derselben Stellung genommen werde.

Gegen den Vorwurf unredlicher Absprachen oder Verbindungen zwischen der Suva und dem Schweizerischen Paraplegiker Zentrum spricht aber auch die Tatsache, dass Dr.med. R. \_\_\_\_\_-von Stosch den Ausführungen in der Beurteilung des Schweizerischen Paraplegiker Zentrums keineswegs vorbehaltlos folgt. Vielmehr stellte sie die vom Zentrum empfohlene Implantation in Frage. Einerseits sei ein postoperatives nozizeptives Schmerzsyndrom, wie es in O. \_\_\_\_\_ diagnostiziert worden sei, keine Indikation für eine Rückenmarkstimulation. Andererseits werde eine Stimulation L3 und L4 vorgeschlagen. Das vom Beschwerdeführer angegebene Schmerzareal am Fuss bzw. OSG bzw. distalen Schienbein liege jedoch im Versorgungsareal L4 und L5, weshalb die Wurzel L3 gar nicht zuständig sein könne (Suva-act. 113). Von einer Absprache kann daher keine Rede sein.

**6.** Der Beschwerdeführer wirft der Vorinstanz sodann vor, sein rechtliches Gehör verletzt zu haben, indem sie auf seine Vorwürfe in Sachen Gutachten Schweizerisches Paraplegiker Zentrum sowie MEDAS-Gutachten überhaupt nicht eingegangen sei.

Das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV verlangt, dass die Behörde die Vorbringen des vom Entscheid in seiner Rechtsstellung Betroffenen auch tatsächlich hört, prüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Daraus folgt die Verpflichtung der Behörde, ihren Entscheid zu begründen. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (BGE 134 I 83 Erw. 4.1 mit Hinweisen).

Der Einspracheentscheid (Erw. 3.b/bb) nimmt die Vorbringen des Beschwerdeführers auf und widerspricht diesen, indem ausgeführt wird, dass das Konsilium von PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_ kein externes Gutachten darstelle, das Schweizerische Paraplegiker Zentrum seinen Auftrag erfüllt hat, dessen Beurteilung als auch jene von Dr.med. R. \_\_\_\_\_-von Stosch betreffend CRPS durch das MEDAS-Gutachten geteilt werde. Und schliesslich wird auch festgehalten, dass die weiteren im MEDAS-Gutachten festgehaltenen, die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Diagnosen laut Kreisarzt Dr.med. S. \_\_\_\_\_ nicht überwiegend

wahrscheinlich unfallkausal seien. Damit aber hat sich die Vorinstanz im geforderten Masse mit den Vorbringen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und den eigenen Entscheid entsprechend begründet, so dass es dem Beschwerdeführer möglich war, sich seinerseits gegen den Entscheid zu wehren und ein begründetes Rechtsmittel einzureichen. Mithin hat die Vorinstanz das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers nicht verletzt.

7. Vor Verwaltungsgericht führt der Beschwerdeführer aus "Sogar CRPS hin oder her und Psycho-Praxis hin oder her, die Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit als Schienenschweisser ist ohne Zweifel unfallkausal" (Beschwerdeschrift S. 12). Soweit er diesbezüglich auf den Vorbescheid der IV-Stelle Schwyz verweist, ist darauf hinzuweisen, dass sich die Invalidenversicherung (und auch das MEDAS-Gutachten) nicht zur Unfallkausalität von Beschwerden zu äussern braucht. Ob bestehende Beschwerden, die zu einem eingeschränkten Tätigkeitsprofil führen, in natürlichem und adäquatem Kausalzusammenhang zu einem Unfallereignis stehen, ist für die Leistungspflicht der Invalidenversicherung nicht von Belang. Dies im Gegensatz zur Unfallversicherung (vgl. Erw. 1.2).

**8.1.1** Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung für die vom Beschwerdeführer als unfallkausal beurteilten Beschwerden besteht nur, wenn zwischen dem Unfallereignis und diesen Beschwerden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, wogegen die Frage der Adäquanz eine Rechtsfrage ist (BGE 123 V 98 Erw. 3f; Urteil BGer 8C\_430/2016 vom 31.10.2016 Erw. 7.3). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen spielt die Adäquanz praktisch keine Rolle, da sich die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken. Eine besondere Adäquanzbeurteilung ist damit dann gefordert, wenn die Beschwerden organisch nicht objektiv ausgewiesen werden können. Der Frage, ob die Beschwerden organisch ausgewiesen sind, kommt daher im Rahmen der Kausalitätsprüfung besondere Bedeutung zu.

**8.1.2** Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann rechtsprechungsgemäss erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/ bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (Urteil BGer 8C\_736/2009 vom 20.1.2010 m.w.H.). Dem entsprechend hält die Rechtsprechung fest, dass eine manuelle Untersuchung klinische, nicht aber objektivierbare Ergebnisse zu Tage fördert. Objektivierbar sind nur Ergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchun-

gen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse (Urteil BGer 8C\_806/2007 vom 7.8.2008 Erw. 8.2; BGE 127 V 102 Erw. 5b/bb S. 103 mit Hinweisen). In diesem Sinne stellen myofasziale, tendinotische beziehungsweise myotendinotische Befunde keine organisch hinreichend nachweisbaren Unfallfolgen dar. Auch Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen sowie Einschränkungen der Beweglichkeit können für sich allein nicht als klar ausgewiesenes organisches Substrat der Beschwerden qualifiziert werden (Urteil BGer 8C\_806/2007 vom 7.8.2008 Erw. 8.2-3 mit Hinweisen). Dies gilt ebenso für neurologische Symptome wie Hypästhesien, Dysästhesien, leichte Schwäche der Fussheber und Tinel-Zeichen, soweit mittels neurologisch-apparativen Untersuchung nicht eine Neuropathie erhoben wurde (vgl. Urteil Sozialversicherungsgericht Zürich UV.2012.00225 vom 24.3.2014 Erw. 3.4.1).

Diese Ausführungen gelten insbesondere auch beim Vorliegen einer Schmerzsymptomatik. Denn aus dem Vorliegen von Schmerzen kann nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden. Da sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht, muss eben verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Leistungsansprüche nicht gewährleisten liesse (Urteil BGer 8C\_736/2009 vom 20.1.2010 Erw. 3.2).

**8.2** Zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen gehört gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch das CRPS; mithin stellt das CRPS einen organischen bzw. körperlichen Gesundheitsschaden dar (vgl. Urteile BGer 8C\_955/2008 vom 29.4.2009 Erw. 6; 8C\_1021/2010 vom 19.2.2011 Erw. 7). Für die Frage der Kausalität der geklagten Beschwerden ist damit von Bedeutung, ob beim Beschwerdeführer ein CRPS vorliegt oder nicht, was unter den Parteien strittig ist.

**8.2.1** Der Beschwerdeführer beruft sich einerseits auf Dr.med. J. \_\_\_\_\_ der 2015 die Diagnose eines CRPS gestellt habe (Erw. 3.10) sowie insbesondere auf PD Dr.med. Q. \_\_\_\_\_. Dieser sei als Fachexperte durch die Suva beauftragt und mit der Frage nach dem Vorliegen eines CRPS I bedient worden, welche er klar und deutlich mit ja beantwortet habe: "Insgesamt kann somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem unfallkausal aufgetretenen CRPS ausgegangen werden" (zitiert in Beschwerde Ziffer 9 letzter Absatz; Suva-act. 89, Erw. 3.11). Es handle sich dabei um ein eigentliches fachärztliches Gutachten. Dem widerspricht die Vorinstanz mit Verweis auf die Gutachten des Schweizerischen Paraplegiker Zentrums sowie der MEDAS AO. \_\_\_\_\_.

**8.2.2** Beim komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS; ICD-10: M89.0) handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und der Motorik gekennzeichnet sind. Eingeteilt wird es in die drei Schweregrade Entzündungsstadium; Dystrophie und Atrophie (irreversibel) sowie in zwei Typen. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie [SRD]) stellt eine Erkrankung der Extremität dar, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor. Das CRPS II (früher Kausalgie) bezeichnet brennende Schmerzen und Störungen des sympathischen Nervensystems als Folge einer definierten peripheren Nervenläsion (häufig Hyperkompression). Klinische Zeichen bzw. Symptome des CRPS sind schwer lokalisierbare brennende Schmerzen (z.B. Allodynie, Hyperalgesie) zusammen mit autonomen (Ödeme, Temperatur- und Schweißsekretionsstörung, eventuell trophische Störung der Haut, Nagelveränderungen, lokal vermehrtes Haarwachstum), sensiblen und motorischen Störungen. Im weiteren Verlauf kann es zu Knochenabbau (Demineralisation), Ankylose und Funktionsverlust kommen. Das CRPS stellt einen organisch bzw. körperlichen Gesundheitsschaden dar.

**8.2.3** 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 allein, 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 (Urteile BGer 8C\_177/2016 vom 22.6.2016 Erw. 4.3; 8C\_714/2016 vom 16.12.2016 Erw. 4.1).

**8.3.1** Der vorliegende Fall erweist sich im Hinblick auf diese Fragen (Fussbeschwerden als organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen [Erw. 8.1.1-8.1.2]; CRPS [Erw. 8.2-8.2.3]) als aussergewöhnlich. Die vom Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 29. Dezember 2001 ununterbrochen geklagten Schmerzen im linken Fuss sind unbestritten. Dr.med. P. \_\_\_\_\_ hält 2010 eine Druckdolenz im Bereich der distalen Tibia (am ehesten ehemaliger Frakturbereich) fest (Erw. 3.5). 2013 wurde in der F. \_\_\_\_\_ Klinik der Verdacht auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom in Bezug auf den Nervus saphenus geäussert, was sich indes

neurophysiologisch nicht nachweisen liess (Erw. 3.6). Auch die G.\_\_\_\_\_(Klinik) berichtet von einer Schmerzsymptomatik (Erw. 3.7) und 2014 begründete der Hausarzt die Arbeitsunfähigkeit mit anlässlich der Verlaufskontrolle festgestellter vermehrter Druckdolenz mit schmerzhafter Einschränkung der Flexion und Extension (Erw. 3.8). Da eine Nervenläsion ausgeschlossen werden könne, hielt Dr.med. J.\_\_\_\_\_ fest, anamnestisch und aufgrund der erhobenen Befunde sei am ehesten differenzialdiagnostisch an ein CRPS I zu denken (Erw. 3.10). PD Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ spricht dann von neuropathisch anmutenden Schmerzen und stellt die Diagnose persistierende Schmerzsymptomatik Unterschenkel und Fuss links; DD: CRPS I in partieller Remission, neuropathisches Schmerzsyndrom. In der Beurteilung kam er zur Schlussfolgerung: "Insgesamt kann somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem unfallkausal aufgetretenen CRPS ausgegangen werden" (Erw. 3.11). Das Schweizerische Paraplegiker Zentrum konnte keinen Anhalt für ein CRPS ausmachen und stellte die Diagnose eines chronisch postoperativen Schmerzes mit einer nozizeptiven Schmerzkomponente (Erw. 3.12). Das MEDAS-Gutachten spricht von chronischen Schmerzen Unterschenkel/OSG links (Erw. 3.14). Neben den seit dem Unfallereignis persistierenden Schmerzen sind insbesondere auch relevante Beweglichkeitseinschränkungen durch alle den Beschwerdeführer untersuchende Ärzte dokumentiert. So halten die Haus- und Kreisärztlichen Berichte bereits nach dem Unfall und den Operationen Defizite in der Beweglichkeit des linken Fusses fest. Auch in der kreisärztlichen Untersuchung 2010 wurde eine eingeschränkte Flexions-/Extensionsbewegung im OSG dokumentiert (Erw. 3.5). Die G.\_\_\_\_\_(Klinik) notierte ebenso eine Beweglichkeitseinschränkung (Erw. 3.7) wie auch das Schweizerische Paraplegiker Zentrum, das eine deutliche Einschränkung der aktiven und passiven Beweglichkeit des linken Sprunggelenkes festhält; Zehenstand links sei nicht möglich (Erw. 3.12). Entsprechende Einschränkungen bestätigt auch das MEDAS-Gutachten ("Deutlich verminderte OSG Beweglichkeit links"; Suva-act. 124 S. 19).

**8.3.2** Im Bericht vom 4. Juni 2014 hielt Kreisarzt Dr.med. AD.\_\_\_\_\_ fest, im MRI habe eine ligamentäre, chondrale oder ossäre Ursache der Beschwerden nicht bestätigt werden können; auch neurologisch sei eine strukturelle Läsion nicht überwiegend wahrscheinlich nachweisbar (Erw. 3.9). Diese Feststellung findet ihre Bestätigung in weiteren Berichten. 2010 veranlasste Dr.med. P.\_\_\_\_\_ Röntgenaufnahmen Unterschenkel/OSG links, die keine Auffälligkeiten zeigten (Erw. 3.5). Wegen den persistierenden Schmerzen wurde 2013 ein MRI des linken Fusses angefertigt, das einen unauffälligen Befund, keinen Nachweis einer sicheren Schmerzursache zeigte, weshalb der Verdacht auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom geäussert wurde, was sich in der Folge neu-

rophysiologisch nicht nachweisen liess (Erw. 3.6). Die G.\_\_\_\_\_ (Klinik) hielt fest, aufgrund der Diagnosen, klinischen und radiologischen Befunde liessen sich die aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen zumindest am OSG links nicht gänzlich erklären (Erw. 3.7). Und auch Dr.med. J.\_\_\_\_\_ hält fest, die Fraktur sei vollständig abgeheilt, die Bildgebung stelle keine signifikanten Residuen dar; eine neurophysiologische Evaluation könne keine Nervenläsion verifizieren (Erw. 3.10). Das Schweizerische Paraplegiker Zentrum, wo der Beschwerdeführer u.a. neurologisch untersucht wurde, hielt aus neurologischer Sicht die Ursache laut Angaben dem bestehenden Schmerzsyndrom nicht zuordenbar (Erw. 3.12). Im MEDAS-Gutachten wurde radiologisch eine OSG/USG Arthrose sowie tendosynovitis der Tibialis posterior Sehne sowie eine konsolidierte Unterschenkelfraktur festgehalten. Neurologisch war eine Zuordnung der Beschwerden hinsichtlich Rückseite des Unterschenkels links und linker Fuss nicht möglich (Erw. 3.14). Die MEDAS-Gutachter hielten zugleich fest, der Beschwerdeführer sei bei den geklagten Beschwerden authentisch, auch wenn sich kein radiologisches Substrat zeige (Erw. 3.14).

**8.3.3** Eigentliche echtzeitliche Befunde, welche den Schluss nahelegen, dass der Beschwerdeführer innert der rechtsprechungsgemäss geforderten Latenzzeit von sechs bis acht Wochen unter den CRPS-typischen Symptomen gelitten hätte, liegen in casu nicht vor. Allerdings gilt es zu bedenken, dass die Fraktur noch am Unfalltag mit einem Ganzbeingips versorgt wurde (Erw. 3.1) und eine weitere Befunderhebung erst nach Rückkehr in die Schweiz bei Abnahme des Gipses im April 2002, rund 15 Wochen später, erfolgt ist, was entsprechende Befunderhebungen praktisch ausschliesst. Allein mangels früh- und echtzeitiger Befunde kann daher vorliegend ein CRPS nicht ausgeschlossen werden.

Ausgehend vom Unfallereignis selbst hält denn PD Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ auch fest, das Trauma vom 29. Dezember 2001 (aber auch die spätere Operation vom 16. April 2002) würde voll formal als potentielles auslösendes Ereignis eines CRPS am linken Fuss qualifizieren (Erw. 3.11). Dazu passt, dass Dr.med. L.\_\_\_\_\_ nach der Gipsentfernung eine massive Schwellung und Schmerzen am Unterschenkel dokumentierte (Suva-act. 3).

**8.3.4** Aus den weiteren Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis ohne Unterbruch über Schmerzen am linken OSG/Unterschenkel klagte. Vom Kreisarzt wurden diese nach der Operation vorerst mit dem Metall in Verbindung gebracht, weswegen eine Metallentfernung befürwortet wurde. Allerdings stellte sich auch nach dieser keine Besserung ein. Nach erfolgter Rückfallmeldung im Jahr 2004 durch den Hausarzt wegen anhaltender Beschwerden wurde ein verlangsamter Verlauf dokumentiert und der Beschwerdeführer ent-

sprechend vertröstet. Eine Abklärung oder Behandlung der Schmerzen erfolgte nicht.

Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer schon 2003 seine Arbeit wieder aufnahm und zwischen 2004 und 2010 keine weiteren Arzt-Konsultationen aktenkundig sind, schliesst – entgegen der Darstellung der Vorinstanz – das Vorliegen eines CRPS auch nicht aus. So berichtet der Beschwerdeführer von immerwährenden Beschwerden und insbesondere vom Konsum von Schmerzmitteln, die er in Serbien erworben habe. Dieser Umstand wird im Bericht der G.\_\_\_\_(Klinik) bestätigt, wo auch eine entsprechende Abhängigkeit festgestellt wurde (Erw. 3.7).

Auch fällt auf, dass der Beschwerdeführer wegen den anhaltenden Beschwerden am linken Fuss (nach dem Kreisarztbesuch 2004, Erw. 3.4) zwar keinen Arzt aufsuchte, indes die Ärzte sowohl nach Verletzung des rechten Armes 2010 als auch nach Verletzung des rechten Fusses 2012 auf die persistierenden Beschwerden am linken Fuss aufmerksam machte und diese als die eigentlichen, ihn belastenden Beschwerden bezeichnete. Auch steht fest, dass der Beschwerdeführer auf orthopädisches Schuhwerk wechselte, da dieses eine gewisse Beschwerde-Linderung brachte.

Für das Gericht ist es daher erwiesen, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall 2001 am linken OSG/Unterschenkel nie beschwerdefrei war. Die Tatsache, dass er die Arbeit wieder aufnahm und während vieler Jahre keine ärztliche Behandlung in Anspruch nahm, spricht dem nicht entgegen. Seine Aussagen sind nachvollziehbar, dass er die Arbeit trotz Schmerzen wegen der Angst vor Arbeitsplatzverlust wieder aufnahm, dass das Arbeiten allerdings nicht ohne Schmerzmittel möglich war und er insbesondere auch davon profitierte, dass er stets in der gleichen Gruppe, zu welcher auch ein Verwandter gehörte, arbeiten konnte, wo er auch Verständnis genoss und von gewissen Arbeiten befreit wurde. Erwiesenermassen trägt der Beschwerdeführer auch orthopädisches Schuhwerk, was seine Schmerzen lindere (vgl. auch Orthopädie-Schuhtechnische Versorgung, G.\_\_\_\_(Klinik), Suva-act. 33 S. 10).

**8.3.5** Neben den seit dem Unfallereignis persistierenden Schmerzen sind insbesondere auch relevante Beweglichkeitseinschränkungen dokumentiert. Die Haus- und Kreisärztlichen Berichte halten bereits nach dem Unfall und den Operationen Defizite in der Beweglichkeit des linken Fusses fest. Auch in der kreisärztlichen Untersuchung 2010 wurde eine eingeschränkte Flexions-/Extensionsbewegung im OSG dokumentiert. Die G.\_\_\_\_(Klinik) notierte ebenso eine Beweglichkeitseinschränkung wie auch das Schweizerische Paraplegiker Zentrum, das ei-

ne deutliche Einschränkung der aktiven und passiven Beweglichkeit des linken Sprunggelenkes festhält; Zehenstand links sei nicht möglich.

Einen Hinweis auf tatsächliche Beschwerden und Einschränkungen im linken Fuss bildet auch der Unfallbeschrieb 2012. Demgemäss ist die Beweglichkeitseinschränkung und Schwäche im linken Bein ursächlich für den Unfall mit dem rechten Fuss, da er beim Heruntersteigen von einer Palette (und einen 20kg-Sandsack tragend) wegen der Schwäche im linken Fuss ins Ungleichgewicht geriet, was zu einem Umknicken des rechten Fusses führte (Suva-act. 124 S. 37).

**8.3.6** Bereits nach der Gipsöffnung berichtet Dr.med. L.\_\_\_\_\_ von einer massiven Schwellung. Diese blieb bestehen, weshalb Kompressionsstrümpfe verordnet wurden (was eine allergische Reaktion hervorrief). Der Beschwerdeführer seinerseits betont stets das Vorhandensein von Schwellungen, was ärztlich im Rahmen der Konsultationen indes nicht immer bestätigt werden kann. Bei Austritt aus der G.\_\_\_\_(Klinik) zumindest zeigte sich (erneut) eine leichte Schwellung im distalen Unterschenkelbereich links sowie über Malleoli (Suva-act. 33 S. 9) und auch PD Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ hält eine leichte Schwellung fest (Erw. 3.11). Hingegen konnte Kreisärztin Dr.med. P.\_\_\_\_\_ 2010 keine Schwellung feststellen. Anders als die Schwellungen, die nicht immer bestätigt wurden, liegen über die ganze Zeit hinweg dokumentierte Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken OSG/Unterschenkels vor. Aktenkundig sind ebenso Verfärbungen und Temperaturunterschiede.

**8.3.7** Was nun die Diagnose eines CRPS anbelangt, so steht fest, dass diese erstmal von Dr.med. J.\_\_\_\_\_ im 2014 explizit festgehalten wurde (Erw. 3.10). Nach persönlichem Untersuchen kam er zur abschliessenden Beurteilung, die Budapest-Kriterien seien erfüllt, der Beschwerdeführer leide an CRPS mit sympathically maintained pain (SMP). Auch führte er ein positives Pain mapping durch. PD Dr.med. Q.\_\_\_\_\_ bestätigte diese Verdachtsdiagnose im Rahmen eines Konsiliums im Juli 2015 (welchem entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers nicht der Beweiswert eines fachärztlichen Gutachtens zukommt; so erhellt etwa aus dem Bericht nur, dass dieser auf einer persönlichen Untersuchung basiert. Welche Unterlagen dem Konsiliar zur Verfügung standen, führt er nicht aus und er setzt sich auch nicht mit früheren ärztlichen Berichten auseinander). Nach der persönlich durchgeführten Sprechstunde hält er ein unfallkausales CRPS für überwiegend wahrscheinlich. Im Zeitpunkt der Untersuchung zeigte sich ein CRPS I in partieller Remission (Erw. 3.11). Rund vier Monate später wurde der Beschwerdeführer im Schmerzzentrum des Schweizerischen Paraplegiker Zentrums untersucht mit Blick auf die Evaluation der Implantation eines Neurostimu-

lators. Im entsprechenden Bericht wird auch Bezug auf die Verdachtsdiagnose CRPS genommen und festgehalten, aktuell seien die Diagnosekriterien (nach Harden et al.) nicht erfüllt (Erw. 3.12). Im MEDAS-Gutachten rund ein Jahr später führte der Orthopäde aus, das auswärts diagnostizierte CRPS könne anlässlich der gutachterlichen Untersuchung orthopädisch weder klinisch noch radiologisch nachgewiesen werden (Erw. 3.14).

**8.4.1** Aufgrund der verschiedenen medizinischen Berichte geht das Gericht davon aus, dass der Beschwerdeführer infolge des Unfalls 2001 und/oder der darauffolgenden Operation ein CRPS erlitt. Weder die Tatsache, dass aus der Latenzzeit von sechs bis acht Wochen keine ärztlichen Befunde vorliegen, noch dass lange Zeit kein CRPS diagnostiziert wurde, sprechen im vorliegenden Fall zwingend dagegen. So hat etwa auch der Kreisarzt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ verschiedene Symptome eines CRPS festgehalten, aber sudeckverdächtige trophische Störungen ausgeschlossen, was ein CRPS nicht zwingend ausschliesst. Immerhin ist auch nicht ersichtlich, dass trotz Vorliegen verschiedener Kriterien bereits frühzeitig konkret ein CRPS in Betracht gezogen und – aufgrund der komplexen Symptomatik – vertieft geprüft und ausgeschlossen worden wäre. Allein aus dem Vermerk von Dr.med. N.\_\_\_\_\_, es seien keine sudeckverdächtigen trophischen Störungen erkennbar, kann (entgegen der Darstellung von Dr.med. R.\_\_\_\_\_; Suva-act. 113) nicht darauf geschlossen werden, er habe den Beschwerdeführer hinsichtlich eines Verdachtes auf CRPS vertieft geprüft.

**8.4.2** Die Frage nach der Unfallkausalität der Fussbeschwerden links auf das Vorliegen eines CRPS I zu beschränken (und damit von einem zweifelsfreien Vorliegen eines CRPS abhängig zu machen), greift in casu allerdings zu kurz. Beim Beschwerdeführer liegt in Bezug auf die Fussproblematik links ein Gemenge mit nicht genau zuordenbaren Beschwerden vor. Während die Dres. Brunner und J.\_\_\_\_\_ am ehesten ein CRPS I annehmen, diagnostizierten die Ärzte des I.\_\_\_\_\_ Zentrums einen chronisch postoperativen Schmerz mit einer nozizeptiven Schmerzkomponente. Im MEDAS-Gutachten werden chronische Schmerzen Unterschenkel/OSG links als Diagnose gestellt. Die Uneinheitlichkeit der ärztlichen Diagnosestellung ändert allerdings nichts daran, dass sämtliche ärztlichen Fachpersonen, die den Beschwerdeführer persönlich klinisch untersucht haben, wenn nicht *expressis verbis*, dann zumindest konkludent davon ausgehen, dass die Fussbeschwerden links auf das Unfallereignis vom 29. Dezember 2001 und/oder die Folgeoperationen zurückzuführen sind. Nachdem aufgrund der vorliegenden Akten aggravatorische Tendenzen des Beschwerdeführers ausgeschlossen werden können und dem Beschwerdeführer ärztlicher-/gutachterlicherseits durchwegs ein authentisches Verhalten in Bezug auf die

Beschwerdeproblematik attestiert und namentlich die messbare Beweglichkeitseinschränkung immer bestätigt wird, vermögen aus der Sicht des Gerichts die durch die verschiedenen Fachpersonen über die Zeit hinweg klinisch bestätigten Symptome das Fehlen einer apparativ objektivierten Befunderhebung aufzuwiegen. Auch ohne apparativ bestätigtes Substrat ist es für das Gericht im vorliegenden Fall überwiegend wahrscheinlich, dass die anamnestisch schlüssigen und klinisch bestätigten persistierenden Fussbeschwerden links auf das Unfallereignis vom 29. Dezember 2001 zurückzuführen sind und aufgrund der relevanten gemessenen und mehrfach bestätigten Beweglichkeitseinschränkungen genügend objektiviert sind. Mithin ist die Unfallkausalität zu bejahen.

**8.5** Selbst wenn wegen fehlendem apparativ bestätigtem organischen Substrat der geklagten Fussbeschwerden entgegen den vorstehenden Ausführungen (Erw. 8.4.2), an denen weiterhin festzuhalten ist, noch nicht von überwiegend wahrscheinlicher Kausalität auszugehen wäre, würde nach gerichtlicher Auffassung die Anwendung der sog. Psycho-Praxis – entgegen den Ausführungen im angefochtenen Einspracheentscheid – zur Bejahung der Adäquanz führen, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen.

**8.5.1** Sind Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, ist wie folgt zu differenzieren: Hat die versicherte Person beim Unfall kein Schleudertrauma bzw. keine schleudertraumaähnliche Verletzung erlitten (was in casu unbestritten ist), gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa (sogenannte Psycho-Praxis) zur Anwendung (BGE 123 V 99 Erw. 2a). Danach setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (BGE 115 V 141 Erw. 7; 134 V 109 Erw. 10.1). Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 138 Erw. 6 an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Bei leichten Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint (BGE 115 V 139 Erw. 6a), bei schweren Unfällen bejaht werden (BGE 115 V 139 Erw. 6b). Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage nicht auf Grund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, sind in eine Ge-

samtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa; 117 V 366 Erw. 6a, 382 Erw. 4b):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) 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.

**8.5.2** Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 134 V 109 Erw. 10.1). Die Qualifikation eines Unfalles als leicht, mittelschwer oder schwer ist eine Rechtsfrage, welche nicht durch den Unfallanalytiker, sondern durch den rechtsanwendenden Unfallversicherer oder gegebenenfalls das Sozialversicherungsgericht zu entscheiden ist (SVR 2009 UV Nr. 18 Erw. 5.2). Massgebend für die Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11, 8C\_283/2009 vom 18.9.2009 Erw. 9.1; 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2/07 Erw. 5.3.1). Nicht zu berücksichtigen sind jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die – ein eigenes Kriterium bildenden – Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für – unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende – äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- resp. gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht (Bundesgerichtsurteile 8C\_692/2010 vom 10.11.2010 Erw. 4.1; 8C\_435/2011 vom 13.2.2012 Erw. 4.2 m.H.).

**8.5.3** Die Prüfung der Adäquanz eines Kausalzusammenhangs ist bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige

Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Die namhafte Besserung des Gesundheitszustandes in diesem Sinne bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 Erw. 4 S. 113 ff.; Urteile 8C\_765/2014 vom 9.2.2015 Erw. 9; 8C\_454/2014 vom 2.10.2014 Erw. 6.3).

**8.5.4** Vorliegend hat die Vorinstanz das Unfallereignis als leicht qualifiziert. Selbst wenn das Ereignis als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert werden würde, wäre die Adäquanz zu verneinen, da nicht mindestens vier Kriterien erfüllt seien (angefocht. Einspracheentscheid Erw. 5b und 5c).

Ob das Ereignis vom 29. September 2001 als leichter Unfall oder mittelschwerer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen einzustufen ist, kann vorliegend offen bleiben. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist auch bei einem als leicht zu qualifizierenden Unfall der adäquate Kausalzusammenhang – als Ausnahme zur Regel – dann zu prüfen, wenn er unmittelbare Unfallfolgen zeitigt, die sich nicht offensichtlich als unfallunabhängig erweisen (z.B. Komplikationen durch die besondere Art der erlittenen Verletzung, verzögerter Heilungsverlauf, langdauernde Arbeitsunfähigkeit) (BGE 140 V 356 Erw. 5.3; Bundesgerichtsurteil 8C\_824/2009 vom 30.1.2009 Erw. 4.2; Urteil EVG U 193/01 vom 24.6.2003 Erw. 4.2). Diesfalls muss der adäquate Kausalzusammenhang jedoch bewiesen werden nach den bei mittlerem Schweregrad anzuwendenden Kriterien (BGE 129 V 402 Erw. 4.4.2; RKUV 1998 Nr. U 297 S. 243; zum Ganzen: Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 62). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt. Der Beschwerdeführer zog sich beim Unfall eine multifragmentäre Unterschenkelfraktur links zu (vgl. Ingress lit. A). Am 16. April 2002 diagnostizierte Dr.med. L.\_\_\_\_\_ eine verzögerte Frakturheilung bei St.n. Unterschenkel-multifragmentärer Fraktur (...). (vgl. vorn Erw. 3.2). Es liegt damit ein verzögerter Heilungsverlauf vor (im MEDAS-Gutachten wird diesbezüglich eine "de-layed union" festgehalten, Suva-act. 124-22/59). Auch kann im vorliegenden Fall von einer langdauernden Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers gesprochen werden (hierzu Erw. 8.6.2). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer glaubhaft berichtete, schon im Gips permanent Schmerzen gehabt zu haben. Die Schmerz-schilderungen im linken Bein/Fuss finden sich durchgängig in allen medizinischen Akten. Unter diesen Umständen muss unabhängig davon, ob der Unfall als leicht oder als mittelschwer im

Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren ist, eine besondere Adäquanzbeurteilung Platz greifen. In casu müssen damit von den zu beachtenden Kriterien (gemäss BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa) mindestens drei in der einfachen Form oder aber eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein, damit der adäquate Kausalzusammenhang bejaht werden könnte (SVR 2013 UV Nr. 3 Erw. 6 m.H.; SVR 2010 UV Nr. 25 Erw. 4.5 [8C\_897/2009]; Bundesgerichtsurteil 8C\_421/2011 vom 26.9.2011 Erw. 7.2).

**8.6.1** Offenkundig erfüllt ist vorliegend das Kriterium der (körperlichen) Dauerschmerzen. Der Kläger berichtet seit dem Unfall vom 29. Dezember 2001 über den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden im Bereich des linken Unterbeins/Fusses (vgl. RKUV 2005 Nr. U 549 S. 241 Erw. 5.2.6 [U 380/04]; Bundesgerichtsurteil 8C\_729/2012 vom 4.4.2013 Erw. 8.4); dies auch bei Untersuchungen, bei denen nicht primär diese Beschwerden im Vordergrund der Untersuchungen standen (vgl. bspw. Erw. 3.5 und 3.6; vgl. auch Suva-act. 89-2/3 oben). Diese Dauerschmerzen und deren medikamentöse Behandlung führten denn auch zu einer in der G.\_\_\_\_\_(Klinik) diagnostizierten "low dose dependency" (Suva-act. 33).

**8.6.2** Zum Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ist folgendes festzuhalten: Nach eigenen Angaben arbeitete der Beschwerdeführer ab dem 18. September 2002 bei der Arbeitgeberin wieder zu 50% in der Spedition (vgl. Suva-act. 9-2/2 oben). Ein Einsatz von mehr als einem halben Tag käme mit dem Bein nicht in Frage. Verbindlich vereinbart wurde indes eine Arbeitsunfähigkeit von 75% seit 18. September 2002. Ärztlicherseits wurde der Beschwerdeführer erstmals von Dr.med. L.\_\_\_\_\_ per 1. Oktober 2003 als wieder 100% arbeitsfähig beurteilt. Diese Beurteilung ist jedoch im Kontext mit dem Schreiben der Suva vom 2. Juni 2003 zu sehen, worin festgehalten wurde, dass der Arbeitgeber des Beschwerdeführers auf eine volle Arbeitsaufnahme dränge und dass sonst die Arbeitsstelle gefährdet sein könnte (Suva-act. 16-1/2). Das ärztliche Attest einer wiedererlangten Arbeitsfähigkeit muss demnach vor dem Hintergrund eines befürchteten Stellenverlusts gesehen werden. Kommt hinzu, dass der Suva bereits am 15. Juni 2004 ein Rückfall wegen persistierender Unterschenkelschmerzen gemeldet wurde; der Kreisarzt Dr.med. N.\_\_\_\_\_ kam am 13. September 2004 nach veranlasster MRI-Untersuchung zum Ergebnis, dass die Heilung noch Zeit brauche und dem Versicherten während 3 Monaten Chondrosulf abzugeben sei (Suva-act. 66). Es ergibt sich somit, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nach dem Unfall vom 29. Dezember 2001 über den Oktober 2003 hinaus andauerte (und die Wiederaufnahme der Arbeit / das ärztliche Attest mit dem ansonsten

drohenden Stellenverlust zu erklären ist), mithin bis September 2004, womit das Kriterium der Arbeitsunfähigkeit zu bejahen ist (vgl. Urteile BGer 8C\_116/2009 vom 26.6.2009 Erw. 4.6; 8C\_15/2013 vom 24.5.2013 Erw. 11).

**8.6.3** Was das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen anbelangt, müssen nicht beide Teilaspekte kumulativ erfüllt sein (BGE 117 V 359 Erw. 7b S. 369). 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 hierzu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben (SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 8.5 [U 479/05]; Urteil BGer 8C\_765/2014 vom 9.2.2015 Erw. 11.6). Die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien genügen nicht zur Bejahung des schwierigen Heilverlaufs. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (Urteile BGer 8C\_729/2012 vom 4.4.2013 Erw. 8.6; 8C\_137/2014 vom 5.6.2014 Erw. 7.6).

Im Vergleich mit anderen Fällen von Unterschenkelbrüchen ist vorliegend von erheblichen Komplikationen auszugehen. Die Fraktur wurde erst einige Monate nach dem Unfall, im April 2002, osteosynthetisch versorgt, es kam zu einer verzögerten Frakturheilung, welche zu den seither bleibenden Schmerzen im OSG und Unterschenkel links führten. Aufgrund der Schmerzen kam es am 14. August 2003 zur Metallentfernung und zur Narbenexzision, ohne dass dadurch eine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (vgl. vorn Erw. 3.3 und 3.4). Wenn auch vorliegend nicht von erheblichen Komplikationen ausgegangen werden kann, so ist hingegen insgesamt das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs erfüllt, jedoch nicht in ausgeprägter Form.

**8.6.4** Damit lassen sich drei Kriterien bejahen, was zur Bejahung der Adäquanz nach der Psychopraxis führt.

**9.1** Dem Gesagten nach ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, als die aktuell vorliegenden Schmerzen im OSG und Unterschenkel links als unfallkausal zu beurteilen sind. Die Vorinstanz ist für diese Beschwerden weiterhin leistungspflichtig.

**9.2** Das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist in der Regel für die Parteien kostenlos (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**9.3** Nachdem der beanwaltete Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren obsiegt, ist ihm zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG). 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. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) festzusetzen.

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

1. In Gutheissung der Beschwerde werden im Sinne der Erwägungen der Einspracheentscheid vom 23. März 2017 und die Verfügung vom 24. Mai 2016 aufgehoben.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Dem Beschwerdeführer wird zu Lasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).  
  
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).
5. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - den Rechtsvertreter der Vorinstanz (2/R)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Bern (A).

Schwyz, den 13. Dezember 2017

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

### **\*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: 4. Januar 2018