

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00065

vom 10. Juli 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00065

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00065 du 10 juillet 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00065 del 10 luglio 2023

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.3

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.4).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). 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 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

Der Versicherte erhob am 4. April 2022 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 3. März 2022 (Urk. 2) und beantragte die weitere Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten), eventuell die Zusprache einer vollen Invalidenrente sowie einer Integritätsentschädigung in Höhe von mindestens 30 %, subeventuell die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung sowie Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung und/oder einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2022 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10), was dem Beschwerdeführer am 28. Juni 2022 mitgeteilt wurde (Urk. 13). Mit Eingabe vom 7. Dezember 2022 (Urk. 14) reichte der Beschwerdeführer ein von der IV-Stelle des Kantons Zürich in Auftrag gegebenes polydisziplinäres Gutachten vom 5. Oktober 2022 (Urk. 15) ein. Am 25. Januar 2023 beantragte der Beschwerdeführer die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung (Urk. 19).

Am 2. respektive 3. März 2023 nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zu m

polydisziplinären Gutachten (Urk. 23) und reichte Beurteilungen ihrer Kreisärzte ein (Urk. 23-26). Am 9. März 2023 wurden diese Stellungnahmen der Beschwerdeführer zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 27). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) aus, beim Ereignis, bei welchem sich der Beschwerdeführer beim Einsteigen in einen Stapler die Kniescheibe rechts am Metall angeschlagen habe, handle es sich um einen leichten Unfall, weshalb der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und psychischen Beschwerden von vornherein zu verneinen sei. Selbst wenn jedoch von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten auszugehen wäre, wäre die adäquate Kausalität zu verneinen (S. 5 Ziff. 2.3), da von den in diesem Fall zusätzlich zu prüfenden Kriterien zur Bejahung der Adäquanz maximal eines erfüllt sei, jedoch nicht in auffallender Weise (S. 7 Ziff. 2.4). Gestützt auf die vorliegenden medizinischen Berichte sei nicht ersichtlich, dass im Zeitpunkt der Einstellung der Leistungen per Ende Juli 2021 von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei. Der Beschwerdeführer

werde zudem gemäss den Ausführungen der Ärzte der Rehaklinik Z. ____

wie auch des Kreisarztes sowohl in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter als auch in der Nebenbeschäftigung als Kurierfahrer trotz der verbleibenden Unfallrestfolgen als voll arbeitsfähig beurteilt. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei hinsichtlich der unfallkausalen Beschwerden der Endzustand erreicht (S. 9 f. Ziff. 4.3.b, S. 13 f. Ziff. 6.1-2).

Der Einkommensvergleich sodann ergebe keine unfallbedingte Erwerbseinbusse (S. 15 Ziff. 7.3) und die beim Beschwerdeführer vorliegenden Beschwerden erreichten gemäss der gut nachvollziehbaren Beurteilung durch den Kreisarzt noch kein entschädigungspflichtiges Ausmass (S. 16 Ziff. 8.3).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2022 (Urk. 10)

wies die Beschwerdegegnerin ergänzend darauf hin, dass der Beschwerdeführer bezüglich Fallabschluss nicht vorzubringen vermöge, inwieweit von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten wäre (S. 8 Rz 26). Nachdem die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung in Kenntnis der gesamten Aktenlage nach eingehender Erhebung der Befunde und unter Hinweis auf die funktionelle Einschränkung bezüglich des rechten Kniegelenks basiere, bestehe kein weiterer Abklärungsbedarf mittels EFL-Gutachten (S. 9 Rz 29). Auch die Kritik des Beschwerdeführers bezüglich Leidensabzug stosse ins Leere, nachdem dieser für alle wechselbelastenden mittelschweren und gelegentlich schweren Tätigkeiten voll und ganztags arbeitsfähig sei, wobei überwiegend knieende und/oder kauernde Tätigkeiten vermieden werden sollten. Die leidensbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers seien dabei berücksichtigt (S. 10 f. Rz 32). Auch bezüglich Integritätsentschädigung hielt die Beschwerdegegnerin an der Beurteilung durch den Kreisarzt fest (S. 11 Rz 33 f.).

In ihrer Stellungnahme vom 2. März 2023 (Urk. 23) führte die Beschwerdegegnerin weiter aus, im eingereichten polydisziplinären Gutachten sei die Frage einer möglichen (direkten oder indirekten) Unfallkausalität nicht diskutiert worden. Der neurologische Teilgutachter habe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % postuliert, ohne diese jedoch mit nachweisbaren

(objektivierbaren) Schädigungen neuronaler Strukturen begründen zu können. Vor und auch im Rahmen der Begutachtung sei zu keinem Zeitpunkt eine namhafte Schädigung peripher-neurologischer Strukturen objektiviert worden. Auch mit diesem neurologischen Teilgutachten könne keine namhafte, dauerhafte und wahrscheinlich (direkt oder indirekt) unfallkausale Schädigung neuronaler Strukturen begründet werden (S. 2).

Insgesamt fehle es nach wie vor an einer somatischen Erklärung für die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden und es sei davon auszugehen, dass die demonstrierten physischen Einschränkungen sowie die Muskel schwäche auf unzureichendes Training bei wahrscheinlich funktioneller Überlagerung der psychischen Beschwerden zurückzuführen sei en . Darüber hinaus hätten auch die Gutachter festgehalten, dass sich trotz umfangreicher Diagnostik nichts am ausgewiesenen Gesundheitsschaden geändert habe und es bei persistierenden unklaren Kniebeschwerden mit ätiologisch unklarer Atrophie des Musculus quadriceps rechts geblieben sei (S. 3).

Am 3. März 2023 hielt die Beschwerdegegnerin sodann ausdrücklich fest, es hätten sich auch mit dem polydisziplinären Gutachten keine neuen Tatsachen ergeben (Urk. 25).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, er habe sich beim Einsteigen in den Stapler nicht lediglich die Kniescheibe angeschlagen. Vielmehr sei er im schwungvollen Aufstieg auf einen Stapler heftig an die Metallkante geprallt (Urk. 1 S. 3). Das äusserst schmerzvolle und folgenschwere Unfallereignis müsse mindestens als mittelschweres Unfallereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert werden (S. 4 Ziff. 4). Unbestrittenermassen bestehe seit dem Unfallereignis eine deutliche Atrophie des rechten Oberschenkels, wobei die Ursache bis zum aktuellen Zeitpunkt unklar sei (S. 5). Daher dürfe auch kein Fallabschluss erfolgen. Soweit die Beschwerdegegnerin zumindest implizit die Vermutung äussere, die Atrophie sei (teilweise) psychisch begründet, müsse von einer praxisgemäss indirekt mit dem Unfall zusammenhängenden psychisch relevanten Fehlentwicklung beziehungsweise einer nicht hinreichend organisch nachweisbaren Beschwerdeproblematik gesprochen werden , welche klarerweise deutliche funktionelle Einschränkungen zeitige. Die zeitlich in naher Konnexität zur unfallbedingt notwendig gewordenen Operation entstandene Atrophie sei als direkte beziehungsweise indirekte Folge auf den Unfall zurückzuführen, was zur Bejahung der Kausalität führe (S. 6). Die Adäquanz zwischen Unfall und psychischen und/oder nicht hinreichend organisch nachweisbaren Beschwerden sei vorliegend erwiesen (S. 9). Die Ursache der Inaktivität sei schlicht nicht hinreichend abgeklärt (S. 10). An der Behauptung der Rehaklinik Z.____ einer inaktivitätsbetonten Atrophie mit psychisch funktioneller Überlagerung bestün den aufgrund der Umstände erhebliche und mitnichten ausgeräumte Zweifel. Die Beschwerdegegnerin stütze sich für die Schlussfolgerungen einzig auf die veralteten Berichte der Klinik Z.____ und der sich dieser undifferenziert anschliessenden Beurteilung durch den Kreisarzt (S. 11 f.). Das Zumutbarkeitsprofil der Rehaklinik Z.____ könne nicht nachvollzogen werden und widerspreche den Umständen, dem Verlauf und den Behandlungsberichten . Den Ärzten der Klinik Z.____ sei nicht einmal bekannt gewesen, welche Tätigkeiten er bei seiner angestammten Tätigkeit ausführe (S. 13). Zur Einschätzung der funktionell verbleibenden Leistungsfähigkeit sei mindestens ein EFL-Gutachten einzuholen (S. 14). Sofern keine weiteren Abklärungen vorgenommen würden, sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen (S. 15 Mitte). Bezüglich der Integritätsentschädigung sei kurz- bis mittelfristig mindestens mit einer mässigen bis

schweren Arthrose rechts zu rechnen, hinzu

komme die ausgewiesene Instabilität des rechten Knies. Insgesamt sei damit eine Integritätserschädigung von 25 bis 30 % angezeigt (S. 16).

Mit Schreiben vom 7. Dezember 2022 (Urk. 14) reichte der Beschwerdeführer ein von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, eingeholtes interdisziplinäres Gutachten der A.____

AG ein und machte geltend, mit diesem Gutachten liege eine versicherungsunabhängige, externe fachliche Beurteilung vor, wobei die Gutachter festgestellt hätten, dass die Beschwerdegegnerin den vorliegenden Fall ungenügend abgeklärt habe (S. 6 f. Ziff. 3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist damit, ob die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss zu Recht per Ende Juli 2021 vorgenommen hat sowie der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers.

E. 3

Med. pract. C.____, Oberarzt, Spital B.____, Chirurgische Klinik, hielt nach einer Verlaufskontrolle am 28. April 2020 fest, radiologisch zeige sich eine bereits zunehmende Konsolidierung bei jedoch noch klinisch vorhandener druckdolenter Patella und im Vergleich zur Gegenseite eine deutlich atrophische Oberschenkelmuskulatur. Insbesondere auch im Hinblick auf die Muskelatrophie bestehe nun der Bedarf des Muskelaufbaus (Urk. 11/24 S. 1-2).

E. 3.1

Die Erstkonsultation nach dem Unfall vom 5. März 2020 erfolgte gleichentags in der Notfallpraxis des Spitals B.____, wobei der Arzt eine Patellaquerfraktur rechts diagnostizierte und festhielt, der Beschwerdeführer sei beim Aufsteigen auf einen Stapler mit dem rechten Knie heftig gegen eine Metallkante geprallt und könne das rechte Knie kaum mehr bewegen (Urk. 11/134/18).

E. 3.26

Am 24. August 2022 wurde der Beschwerdeführer im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens durch Ärzte der A.____ AG internistisch, neurologisch, orthopädisch sowie psychiatrisch begutachtet. Diese nannten in ihrem Gutachten vom 5. Oktober 2022 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 15/7 S. 7 Ziff. 4.3.1): - Atrophie im Bereich des rechten Oberschenkels und insbesondere Adduktionsdefizit und Streckdefizit im Kniegelenk nicht vollständig gekläarter Ursache. Aufgrund des klinisch neurologischen Befundes, der bildgebenden Befunde sowie der vorliegenden elektrophysiologischen Diagnostik müsse am ehesten eine zurückliegende Neuropathie des Nervus obturatorius rechts sowie betont der Nervenfasern des Nervus

femoralis zum Musculus vastus

medialis angenommen werden - massive Schwäche der Hüftadduktoren, Hüftflektoren sowie Schwäche und Atrophie des Musculus quadriceps femoris rechts - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) beziehungsweise somatische Belastungsstörung

Bis zum Unfall im März 2020, welcher zur Fraktur der Kniescheibe und der anschliessenden Operation geführt habe, sei der Beschwerdeführer an der rechten unteren Extremität beschwerdefrei gewesen. Zirka drei Wochen nach der Operation habe sich eine Schwäche im Bereich des rechten Oberschenkels entwickelt (S. 5 Ziff. 4.1).

Aus neurologischer Sicht stelle sich die Frage nach der Ursache der Oberschenkelatrophie.

Manakroskopisch sei anzunehmen, dass die Atrophie durch eine Teilatrophie betont des Musculus vastus

medialis, des Musculus quadriceps femoris und die durch den Nervus obturatorius innervierte Adduktorengruppe entstanden sei. Die Adduktion im Oberschenkel sei eingeschränkt und in dieser Region des medialen Oberschenkels finde sich auch die Sensibilitätsstörung, welche dem sensiblen Innervationsgebiet des Nervus obturatorius zuzuordnen sei. Eine Sensibilitätsstörung, welche dem Innervationsgebiet des Nervus femoralis zuzuordnen wäre, finde sich nicht. Der Patellarsehnenreflex sei rechts abgeschwächt auslösbar, beim Auslösen des Patellarsehnenreflexes springe der Musculus quadriceps femoris rechts als efferenter Muskel im Rahmen des Reflexbogens aber an. Somit scheine die Kontinuität des Nervus

femoralis zum Musculus quadriceps femoris erhalten, auch wenn dies nicht ausschliesse, dass der Musculus quadriceps femoris zum Teil und betont im Bereich des Musculus vastus

medialis geschwächt sei. Es sei dadurch aber nicht nachvollziehbar, warum das Bein im Kniegelenk nicht gestreckt werden könne, was die vorwiegende Funktion des Musculus quadriceps femoris wäre und weniger der Muskeln der Adduktorengruppe. In den ergänzenden MRI-Untersuchungen des Femur rechts und des Beckens vom 13. Oktober 2021 werde am rechten Oberschenkel bildmorphologisch eine deutlich reduzierte Muskelatrophie des Musculus quadriceps femoris und der Adduktoren gegenüber der linken Seite beschrieben, betont im Bereich des Musculus vastus

medialis. Dies decke sich mit dem aktuellen klinischen Befund. Es würden keine vermehrten Verfettungen oder Muskelödeme beschrieben. Bildmorphologisch zeige sich eine unauffällige Darstellung des Nervus

femoralis beidseits und des Nervus ischiadicus rechts soweit am Oberschenkel abgebildet. Es zeige sich bildmorphologisch eine Umfangsverminderung der Oberschenkelmuskulatur zur Gegenseite, wie auch bereits klinisch imponierend. In der neurophysiologischen Untersuchung vom 12. August 2021 habe bei eingeschränkter Beurteilbarkeit eine Neuropathie des Nervus

femoralis nicht sicher objektiviert werden können (S. 6 Ziff.

E. 3.27

Der Versicherungsmediziner Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 21. Februar 2023 (Urk. 24) Stellung zum polydisziplinären Gutachten und führte dabei aus, der begutachtende Neurologe beschreibe zahlreiche Inkonsistenzen, diskutiere diese jedoch nicht. Auch eine Diskussion zur Frage einer möglichen (direkten oder indirekten) Unfallkausalität der diskreten klinisch-neurologischen Einbussen im Bereich des rechten Oberschenkels und der subjektiven Beschwerden erfolge nicht. Es erfolge ausschliesslich das Zitieren von Befunden aus Wertigkeit «apparativer» Zusatzuntersuchungen, welche keine namhaften

oder erheblichen Schädigungen von Nerven im Bereich des rechten Oberschenkels hätten nachweisen können. Am Ende des neurologischen Gutachtens werde eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit von 60 % postuliert, ohne diese jedoch mit nachweisbaren (objektivierbaren) Schädigungen neuronaler Strukturen begründen zu können (S. 1). Die neurologische Beurteilung des neurologischen Teilgutachtens lasse feststellen, dass beim Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt vor der Begutachtung und auch nicht im Rahmen dieser Begutachtung eine namhafte Schädigung peripher-neurologischer Strukturen objektiviert worden seien (S. 1 f.). Die Frage, ob die leichte Verschmächigung (geringgradige Atrophie) eines Oberschenkelmuskels (welche keine namhafte Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit begründen könnte) als direkte oder indirekte Folge eines Unfalls einzuschätzen sei, sei im Gutachten nicht diskutiert worden. Die im Gutachten beschriebene geringfügige Umfangs differenz im Bereich des Oberschenkels könne nach neurologischer Einschätzung als Folge einer anhaltenden (willkürlichen) Schonhaltung entstanden sein. Nach neurologischer Einschätzung könne mit dem neurologischen Teilgutachten keine namhafte, dauerhafte und wahrscheinlich (direkt oder indirekt) unfallkausale Schädigungen neuronaler Strukturen (beziehungsweise davon innervierter Muskulatur) begründet werden. Die Schlussfolgerungen des neurologischen Gutachters bezüglich einer mutmasslich dauerhaft eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit basierten auf subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (in der Sensibilitätsprüfung und bezüglich der Schmerzen) beziehungsweise auf einer wahrscheinlich verminderten Mitwirkung des Beschwerdeführers in der klinischen Kraftprüfung (S. 2).

E. 3.28

Am 3. März 2023 (Urk. 26) führte der Versicherungsmediziner med. pract. I.____, Facharzt für Chirurgie, zum polydisziplinären Gutachten aus, der Beurteilung durch den Orthopäden könne nicht gefolgt werden, nachdem dieser seine Schlussfolgerung auf die durch den Neurologen Dr. H.____ widerlegte Beurteilung stütze. Unter Berücksichtigung der Beurteilung durch den Neurologen Dr. H.____ könne davon ausgegangen werden, dass sich aufgrund des polydisziplinären medizinischen Gutachtens keine neuen Tatsachen ergeben hätten und an der Beurteilung vom 13. Juli 2021 festgehalten werden könne (S. 2). 4.

E. 4

Im ihrem Bericht vom 28. Mai 2020 führten die behandelnden Physiotherapeuten aus, der Musculus quadriceps femoris rechts sei nur bedingt aktivierbar. Seine Kraft reiche nicht mehr aus, um das rechte Kniegelenk zu strecken. Der Beschwerdeführer beschreibe zudem ein Kollabieren des rechten Kniegelenks nach medial und einen Kontrollverlust des Kniegelenks nach vorne. Treppensteigen sei in keiner Weise möglich. Der Beschwerdeführer habe sich dem Therapieziel nur geringfügig genähert (Urk. 11/35/2). 3.

E. 4.1

Im Folgenden ist zunächst die Adäquanz zwischen den geltend gemachten psychischen Beschwerden und dem Unfall zu prüfen.

Für die Beurteilung der Frage, ob ein Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, eine psychische Gesundheitsschädigung herbeizuführen, ist nach der in BGE 115 V 133 ergangenen Rechtsprechung auf eine weite Bandbreite von Versicherten abzustellen. Dazu gehören auch jene Versicherten, die aufgrund ihrer Veranlagung für psychische Störungen anfälliger sind und einen Unfall

seelisch weniger gut verkräftet als Gesunde, somit im Hinblick auf die erlebnismässige Verarbeitung des Unfalles zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko gehören, weil sie aus versicherungsmässiger Sicht auf einen Unfall nicht optimal reagieren (BGE 115 V 133 E. 4b; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_493/2021 vom 4. März 2022 E. 3.3.3 mit Hinweisen).

Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsschädigungen ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der arbeits- beziehungsweise erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt (vgl. RKUV 1996 Nr. U 264 S. 288 E. 3b; BGE 115 V 133 E. 7 mit Hinweisen). Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf – folgende Einteilung vorgenommen wurde: banale beziehungsweise leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und schliesslich der dazwischen liegende mittlere Bereich (BGE 115 V 133 E. 6; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 6.1, 120 V 352 E. 5b/ aa ; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; - ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; - körperliche Dauerschmerzen; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 6.1, 115 V 133 E. 6c/ aa). Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhanges ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist (vgl. RKUV 1999 Nr. U 346 S. 428, 1999 Nr. U 335 S. 207 ff.; 1999 Nr. U 330 S. 122 ff.; SVR 1996 UV Nr. 58). Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist, wie zum Beispiel eine auffallend lange Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit infolge schwierigen Heilungsverlaufes. Kommt keinem Einzelkriterium besonderes beziehungsweise ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Handelt es sich beispielsweise um einen Unfall im mittleren Bereich, der aber dem Grenzbereich zu den leichten Unfällen zuzuordnen ist, müssen die weiteren zu berücksichtigenden Kriterien in gehäufte oder auffallender Weise erfüllt sein, damit die Adäquanz bejaht werden kann. Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz. Damit entfällt die Notwendigkeit, nach andern Ursachen zu forschen, die möglicherweise die psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit mitbegünstigt haben könnten (BGE 115 V 133 E. 6c/ bb , vgl.

auch BGE 120 V 352 E. 5b/ aa ; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., Nr. U 449 S. 53 ff., 1998 Nr. U 307 S. 448 ff., 1996 Nr. U 256 S. 215 ff.; SVR 1999 UV Nr. 10 E. 2).

E. 4.2

Im Hinblick auf die Prüfung der Adäquanz ist damit zunächst der Unfall nach seiner Schwere zu qualifizieren, welche sich nach dem augenfälligen Geschehens ablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften bestimmt. Die Beschwerdeführerin ging davon aus, dass es sich beim Ereignis um einen leichten Unfall handle. Selbst wenn jedoch von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten auszugehen wäre, wäre der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den psychischen Beschwerden zu verneinen (E. 2.1). Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, der Unfall sei mindestens als mittelschweres Unfallereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren (E. 2.2).

Aus dem Erstbericht des Spitals B.____ vom 5. März 2020 ergibt sich, dass der Beschwerdeführer beim Aufsteigen auf einen Stapler mit dem rechten Knie heftig gegen eine Metallkante prallte (E. 3.1). Ein solcher Unfallhergang ist objektiv betrachtet als leicht einzuordnen.

Selbst wenn es maximal als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen eingestuft würde, wäre, wie nachfolgend zu zeigen ist, die Adäquanz der psychischen Beeinträchtigung zu verneinen. Denn diese wäre nur dann zu bejahen, wenn vier der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt wären (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017, E. 6.1 mit Hinweisen).

E. 4.3

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person. Zu beachten ist dabei, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Der Unfall ereignete sich so, dass der Beschwerdeführer beim Einsteigen in einen Stapler ohne Fremdeinwirkung mit dem rechten Knie heftig an eine Metallkante prallte. Dabei handelt es sich um ein normales Ereignis ohne besonders dramatische Begleitumstände. Eine besondere Eindrücklichkeit kann darin ebenfalls nicht gesehen werden.

Auch wenn der Beschwerdeführer nach dem Unfall einige Tage im Spital verbrachte und zweimal operiert werden musste, kann aus objektiver Sicht nicht von schweren oder besonderen Verletzungen gesprochen werden.

Was das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung angeht, so wurde der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall im März 2020 sowie erneut im November 2020 operiert (E. 3.2, E.3.8). In der Folge absolvierte der Beschwerdeführer eine stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik Z.____ (E. 3.12) und besucht seither Physiotherapie (E. 3.4, E. 3.22). Zudem wurde er symptomatisch mit Irfen und Novalgin behandelt (E. 3.10). Insgesamt kann dies jedoch noch nicht als fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung qualifiziert werden.

Zum Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach wie vor über Knieschmerzen klagt (vgl. E. 3.12, E. 3.22, E. 3.26).

Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Ärzte der Rehaklinik Z.____ nach einem rund vierwöchigen stationären Aufenthalt die Beschreibung der Schmerzen durch den Beschwerdeführer als undifferenziert wahrnahmen und das Schmerzverhalten als nicht adäquat (E. 3.12). Auch die Gutachter der A.____ AG führten aus, der Beschwerdeführer zeige ein selbstlimitierendes Verhalten, kognitive Verzerrungen sowie ein weitestgehend passives und körperliches Krankheitsverständnis mit zentraler Stellung der Schmerzsymptomatik sowie gedankliche Fokussierung auf die Auswirkungen der körperlichen Beschwerden (E. 3.26). Dieses Kriterium kann demnach höchstens als knapp erfüllt betrachtet werden.

Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Insbesondere konnte im Rahmen eines neurologischen Konsiliums im Juli 2020 eine Verletzung durch den Femoralis -Katheter oder die Operation ausdrücklich ausgeschlossen werden (E. 3.6-7).

Ohne Weiteres zu verneinen sind erhebliche Komplikationen sowie ein schwieriger Heilungsverlauf, selbst unter Berücksichtigung der Physiotherapie, welche der Beschwerdeführer nach wie vor zwei- bis dreimal besucht (E. 3.22).

Was sodann den Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit betrifft, so beurteilten die Ärzte der Rehaklinik Z.____ den Beschwerdeführer im April 2021, mithin gut ein Jahr nach dem Unfallereignis, wieder als ganztags arbeitsfähig. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass sowohl die Ärzte der Rehaklinik Z.____ als auch die Gutachter der A.____ AG ein Schonverhalten sowie ein schlechtes Leistungsverhalten respektive ein selbstlimitierendes Verhalten, kognitive Verzerrungen sowie eine übermässige Schonung konstatierten (E. 3.12, E. 3.26). Dieses Kriterium kann damit nicht als erfüllt betrachtet werden.

E. 4.4

Insgesamt steht fest, dass von den praxismässigen Kriterien nur dasjenige der körperlichen Dauerschmerzen als knapp erfüllt gelten kann. Damit ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 5. März 2020 und den bestehenden psychischen Beschwerden zu verneinen. 5 . 5 .1

Was sodann die somatischen Beschwerden betrifft, so beanstandete der Beschwerdeführer den Fallabschluss per Ende Juli 2021 als verfrüht (vgl. vorstehend E. 2.2).

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese

unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_299/2022 vom 5. September 2022 E. 2.3 und 8C_682/2021 vom 13. April 2022 E. 5.1, je mit Hinweisen). 5.2

Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen per Ende Juli 2021, mithin gut fünfzehn Monate nach dem Unfall, ein. Sie stützte sich dabei massgeblich auf den Bericht der Rehaklinik Z.____, in welchem die Ärzte nach einem rund vierwöchigen stationären Aufenthalt ausdrücklich festgehalten hatten, es sei nicht ersichtlich, mit welcher Diagnostik oder welchem Therapieansatz dem Beschwerdeführer noch geholfen werden könne. Medizinisch-theoretisch liege streng genommen ein Endzustand vor, das Ausmass der Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist als auch in jeder anderen, mittelschweren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ganztags arbeitsfähig (E. 3.12). Der Bericht der Ärzte der Rehaklinik Z.____ ist plausibel sowie nachvollziehbar begründet und überzeugt in seiner Beurteilung auch vor dem Hintergrund der weiteren, bei den Akten liegenden Berichte.

Anlässlich der ersten Verlaufskontrolle gut eineinhalb Monate nach dem Unfall stellte med. pract. C.____ radiologisch eine zunehmende Konsolidierung fest, ohne dass dabei irgendwelche Besonderheiten auffielen (E. 3.3). Nachdem sich der Verlauf jedoch als protrahiert herausgestellt hatte (vgl. E. 3.5), erfolgte im Juli 2020 die erste neurologische Untersuchung. Bereits damals, vier Monate nach dem Unfall, konnte der Neurologe des Spitals B.____ keine Befunde objektivieren. Die deutlich medialbetonte Atrophie des Musculus quadriceps rechts sprach seines Erachtens vielmehr gegen eine periphere Läsion des Nervus

femoralis. Darüber hinaus konstatierte er eine Diskrepanz zwischen der erschwerten Demonstrierbarkeit des Einbeinstandes und dem problemlosen Anziehen der Socken im Einbeinstand am Ende der Untersuchung (E. 3.6). Selbst wenn sich die Ärzte im Verlauf der ersten Monate nach dem Unfall nicht explizit zum Kausalzusammenhang zwischen diesem und der bestehenden Atrophie des rechten Oberschenkelmuskels äusserten, ergeben sich damit aus diesen relativ kurze Zeit nach dem Unfall erstellten Berichten keine objektiven Befunde, welche einen kausalen Zusammenhang als überwiegend wahrscheinlich erscheinen liessen.

Eine weitere eingehende Beurteilung erfolgte im August 2021 durch Orthopäden der Universitätsklinik G.____, welche nach umfassenden neurophysiologischen Untersuchungen eine Schädigung, betont der Fasern zum Musculus vastus

medialis , für lediglich möglicherweise denkbar hielten (E. 3.19). Auch die Ärzte des Zentrums für Paraplegie der Universitätsklinik G.____ konnten keine pathologischen Befunde erheben und hielten ein Schmerztrauma für möglich (E. 3.20).

Damit steht fest, dass nach dem Unfallereignis vom 5. März 2020 umfangreiche neurologische, orthopädische wie auch neurophysiologische Abklärungen durchgeführt wurden , wobei auch wenige Monate nach dem Unfall weder sichere neurogene Läsionen im Musculus quadriceps noch Anhaltspunkte für eine Läsion der zentralmotorischen Bahnen festgestellt werden konnten (E. 3.6). Für die Ärzte ergaben sich sodann im August 2021, mithin gut sechzehn Monate nach dem Unfall, keine weiteren Behandlungsmöglichkeiten, welche zu einer namhaften Verbesserung der Leistungsfähigkeit führen könnten (E. 3.19-21).

Dass sich der Beschwerdeführer weiterhin in physiotherapeutischer Behandlung befand, genügt praxismässig nicht, um den Fallabschluss hinauszuzögern (Urteil des Bundesgerichts 8C_511/2022 vom

8. Februar 2023 E. 6.1.4 mit Hinweisen).

Trotz der umfassenden diagnostischen Abklärungen hielt keiner der Ärzte einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der nach wie vor bestehenden Atrophie des rechten Oberschenkels für überwiegend wahrscheinlich. Ein lediglich möglicher Zusammenhang genügt jedoch nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen.

E. 5

In seinem Bericht vom 2. Juni 2020 konstatierte med. pract . C.____

drei Monate postoperativ einen weiterhin protrahierten Verlauf. Bei einem Funktionsdefizit des Musculus quadriceps femoris nach physiotherapeutischer Beübung zeige sich keine funktionelle Besserung, weshalb ein neurologisches Konsilium angemeldet werde. Der Beschwerdeführer sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig (Urk. 11/30 S. 2). 3.

E. 5.3

An dieser Beurteilung vermögen auch die Ausführungen im Gutachten der A.____ AG nichts zu ändern. Die Gutachter konnten keine objektivierbaren neuronale Schädigungen feststellen und äusserten sich entsprechend der Fragestellung im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren lediglich zu den Diagnosen, den bestehenden Funktionseinschränkungen sowie der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Dabei nahmen sie jedoch keine Stellung zur Frage, ob die Beschwerden in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 5. März 2020 stehen. Diesbezüglich hielten die Gutachter einzig fest, vor dem Unfallereignis sei der Beschwerdeführer hinsichtlich der rechten unteren Extremität beschwerdefrei gewesen (E. 3.26).

Die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb , Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). Ärztliche Auskünfte, die allein auf dieser Argumentation beruhen, sind beweisrechtlich nicht zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts 8C_241/2020 vom 29. Mai 2020 E. 3).

Hinzu kommt, dass der neurologische Gutachter bei seiner Kritik an der kreisärztlichen Beurteilung die Frage aufwarf, wie der Beschwerdeführer gemäss dieser Einschätzung als Kurierfahrer tätig sein könne, wenn er das rechte Bein in der Hüfte nicht aktiv flektieren könne (vgl. S. 34 Ziff.

E. 6

Der Arzt des Spitals B.____, Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 16. Juli 2020 folgende Diagnosen (Urk. 11/49 S. 1): - Patellaquerfraktur rechts - Status nach Zuggurtungsosteosynthese 11. März 2020 - p rolongierter Heilungsverlauf mit funktioneller Quadri c epsschwäche - Elektrophysiologie vom 3. Juli 2020: Im Seitenvergleich normale Neurographie des Nervus

femoralis . EMG Musculus vastus

lateralis und medialis nur vereinzelte kleine Willkürpotentiale, aber keine akut neurogene Veränderung. Motorisch evoziertes Potential zum Musculus vastus

lateralis im Seitenvergleich symmetrisch normal

Der Beschwerdeführer zeige ein hinkendes Gangbild mit Überstreckung des rechten Beines. Der Einbeinstand rechts sei erschwert demonstrierbar, es bestehe jedoch eine Diskrepanz am Ende der Untersuchung, als das Anziehen der Socken im Einbeinstand problemlos möglich gewesen sei. Seit einer Patellarquerfraktur mit operativer Versorgung im März 2020 zeige sich ein protrahierter Verlauf des Aufbaus des Musculus quadri c eps rechts. Der Beschwerdeführer schildere, dass er die Kniestrecker nicht aktivieren könne und gebe auch eine Hypästhesie am anteromedialen Oberschenkel rechts an. In der klinischen Untersuchung zeige sich eine deutlich medialbetonte Atrophie des Musculus quadri c eps rechts bei jedoch symmetrischen Patellarsehnenreflexen beidseits. Bereits dies sei diskrepant für eine periphere Läsion des Nervus

femoralis . Elektrophysiologisch würden sich keine sicheren neurogenen Läsionen im Musculus quadri c eps feststellen lassen und auch die motorisch evozierten Potentiale ergäben keinen Anhalt auf eine Läsion der zentralmotorischen Bahnen (S. 2). 3.

E. 7

In seinem Bericht vom 19. August 2020 (Urk. 11/55) beschrieb med. pract . C.____ eine unverändert deutliche Seitenasymmetrie des Musculus quadri c eps femoris im Vergleich zur Gegenseite. Insbesondere der

Vastus

medialis zeige sich stark atrophiert. Gegebenenfalls lasse sich eine leichte Zunahme im Vergleich zur Voruntersuchung sehen. Glücklicherweise habe sich im neurologischen Konsilium eine intakte muskuläre beziehungsweise neuronale Überleitung gezeigt. Entsprechend könne nicht von einer entsprechenden Verletzung durch den Femoralis -Katheter oder die Operation ausgegangen werden. Nichtsdestotrotz leide der Beschwerdeführer unter der Atrophie des Musculus quadri c eps femoris rechtsseitig. Er habe mit dem Beschwerdeführer erneut besprochen, wie wichtig die Weiterführung der Physiotherapie sei (S. 2). 3.

E. 7.1

des Gutachtens), dabei jedoch nicht berücksichtigte, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben mit dem Auto Strecken bis zu zwei Stunden selbst fährt (vgl. S. 39 Ziff. 3.2.10 des Gutachtens). Dies zeugt nicht von einer genauen Beurteilung. 5 . 4

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass Ende Juli 2021 der Endzustand erreicht war und von weiteren diagnostischen oder therapeutischen Behandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann. Der von der Beschwerdegegnerin per Ende Juli 2021 vorgenommene Fallabschluss ist damit nicht zu beanstanden. 6 .

Für die Beurteilung der dem Beschwerdeführer nach dem Unfall verbleibenden Restarbeitsfähigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auf die Berichte der Rehaklinik Z.____ sowie die Ausführungen des Kreisarztes Dr. D.____ . Diese beurteilten den Beschwerdeführer als sowohl in der angestammten Tätigkeit als Lagerist wie auch in jeder anderen wechselbelastenden, mittelschweren Tätigkeit ohne überwiegend knieende und/oder kauende Tätigkeiten als vollständig arbeitsfähig (E. 2.1). Die Beurteilung durch die Ärzte der Rehaklinik Z.____ erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vgl. E. 1.4) vollumfänglich, sodass darauf abgestellt werden kann (vgl. auch vorstehend E. 5.2-3) . Die Ärzte führten nach einem vierwöchigen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers ausführlich und nachvollziehbar aus, dass der Beschwerdeführer das Training auf einem nur unzureichenden Niveau ausführte , und beschrieben eine erhebliche Symptomausweitung, ein nicht adäquates Schmerz- sowie ein schlechtes Leistungsverhalten (E. 3.12). Diese Beurteilung deckt sich sodann mit den Beobachtungen des Neurologen des Spitals B.____ , welcher bereits im Juli 2020 festgehalten hatte, der Einbeinstand sei erschwert demonstrierbar, wobei eine Diskrepanz zum Ende der Untersuchung bestanden habe, als das Anziehen der Socken im Einbeinstand problemlos möglich gewesen sei (E. 3.6). Ebenso beschrieben die Gutachter der A.____ AG ein selbstlimitierendes Verhalten, kognitive Verzerrungen sowie ein weitestgehend passives und körperliches Krankheitsverständnis (E. 3.26).

Hinzu kommt, dass trotz umfangreicher medizinischer Abklärungen keine namhaften, dauerhaften und überwiegend wahrscheinlich (direkt oder indirekt) unfallkausalen Schädigungen neuronaler Strukturen festgestellt werden konnten (vgl. vorstehend E. 5.2-3 sowie E. 3.27-28).

Insgesamt ist damit der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer ab August 2021 in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist wie auch in jeder anderen wechselbelastenden, mittelschweren sowie knieschonenden Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist.

7 . 7 . 1

Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der (unfallbedingten) Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 7 . 2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Berechnung des Valideneinkommens auf das Einkommen des Beschwerdeführers, welches dieser im Zeitpunkt des Unfalles im März 2020 erzielte. Gemäss den Angaben des damaligen Arbeitgebers betrug das monatliche Einkommen Fr. 4'600.--

bei 13 Monatslöhnen (Urk. 11/163), wobei der Beschwerdeführer im Juli 2021 monatlich zirka Fr. 100.-- mehr verdienen würde (vgl. Schreiben des damaligen Arbeitgebers vom 23. Juli 2021, Urk. 11/162). Damit ergibt sich ein Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 61'100.-- (Fr. 4'700.-- x 13). 7.3

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa).

Der Beschwerdeführer ist seit Juni 2019 unregelmässig auf Abruf als Kurier beziehungsweise Chauffeur tätig (vgl. Urk. 11/166 Ziff. 1.1). Nachdem er mit dieser Tätigkeit seine verbleibende Arbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpft, kann das damit erzielte Einkommen nicht als Invalideneinkommen angerechnet werden.

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Nachdem davon auszugehen ist, dass dem Beschwerdeführer trotz bestehender Beeinträchtigung eine leidensangepasste Tätigkeit in einem Pensum von 100 % zugemutet werden kann, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die statistischen Löhne gemäss LSE zu ermitteln. Der mittlere Lohn für Männer, welche einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art ausführen, betrug im Jahre 2020 durchschnittlich Fr. 5'261.-- (LSE 2020, Tabelle TA1, Männer, Kompetenzniveau 1). Unter Berücksichtigung einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten) sowie der Nominallohnerhöhung (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Stand 2020: 2298, Stand 2021: 2281; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Lohnentwicklung) ergibt dies für das Jahr 2021 ein Einkommen in der Höhe von rund Fr. 65'328.-- (Fr. 5'261.-- x 12 : 40 x 41.7 : 2298 x 2281). 7.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

Nachdem der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit aufgrund der Beschwerden im rechten Knie rein unfallbedingt lediglich dahingehend eingeschränkt ist, dass ihm überwiegend knieende und/oder kauernde Tätigkeiten wie beispielsweise Bodenleger nicht mehr zugemutet werden können, ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, welche keinen Leidensabzug vorgenommen hat, nicht zu beanstanden. Selbst wenn zugunsten des

Beschwerdeführers von einem Abzug von 5 % ausgegangen würde, führte dies - wie nachfolgend zu zeigen ist - nicht zu einem Rentenanspruch. 7 .5

Selbst unter Berücksichtigung eines Abzuges von 5 % (vgl. vorstehend E. 7 .4) beträgt das Invalideneinkommen rund Fr. 62'062.-- (Fr. 65'328.-- x 0.95; vgl. vorstehend E. 7 .3) und liegt damit knapp höher als das Valideneinkommen mit Fr. 61'100.-- (vgl. vorstehend E. 7 .2). Damit liegt keine Invalidität vor und es besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 8 . 8 .1

Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird in Form einer Kapitalleistung gewährt. Sie darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft (Art. 25 Abs. 1 UVG). Nach Art. 25 Abs. 2 UVG regelt der Bundesrat die Bemessung der Entschädigung. Von dieser Befugnis hat er in Art. 36 UVV Gebrauch gemacht. Abs. 1 bestimmt, dass ein Integritätsschaden als dauernd gilt, wenn er voraussichtlich während des ganzen Lebens mindestens in gleichem Umfang besteht; er ist erheblich, wenn die körperliche, geistige oder psychische Integrität, unabhängig von der Erwerbsfähigkeit, augenfällig oder stark beeinträchtigt wird. Gemäss Abs. 2 gelten für die Bemessung der Integritätsentschädigung die Richtlinien des Anhangs 3. Fallen mehrere körperliche, geistige oder psychische Integritätsschäden aus einem oder mehreren Unfällen zusammen, so wird die Integritätsentschädigung nach der gesamten Beeinträchtigung festgesetzt. Die Gesamtentschädigung darf den Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und bereits nach dem Gesetz bezogene Entschädigungen werden prozentual angerechnet (Abs. 3). Voraussehbare Verschlimmerungen des Integritätsschadens werden angemessen berücksichtigt. Revisionen sind nur im Ausnahmefall möglich, wenn die Verschlimmerung von grosser Tragweite ist und nicht voraussehbar war (Abs. 4).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung beruht die Integritätsentschädigung grundsätzlich auf dem Gedanken der Genugtuung und soll einen gewissen Ausgleich für Schmerz, Leid sowie Beeinträchtigung des Lebensgenusses bringen (BGE 133 V 224 E. 5.1). Bei der konkreten Festsetzung muss allerdings beachtet werden, dass das Prinzip der abstrakten und egalitären Bemessung gilt. Im Unterschied zur Bemessung der Genugtuungssumme im Zivilrecht sind die erlittene Unbill und die weiteren besonderen Umstände des Einzelfalles nicht zu berücksichtigen. Massgeblich ist die medizinisch-theoretische Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_756/2019 vom 11. Februar 2020 E. 4.2 mit Hinweisen). Bei gleichem medizinischen Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich (BGE 115 V 147 E. 1, 113 V 218 E. 4b; Urteil des Bundesgerichts 8C_664/2021 vom 8. März 2022 E. 2.3). 8 .2

In Bezug auf den medizinischen Sachverhalt ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 5. März 2020 eine Patellaquerfraktur rechts erlitten hat (E. 3.1) und an unfallbedingten Restfolgen insbesondere eine Schmerzhaftigkeit besteht (E. 3.12, E. 3.26). Zur Bestimmung der Höhe der Integritätsentschädigung stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung durch den Kreisarzt Dr. D.____, welcher eine Entschädigung entsprechend einer Integritätseinbusse von 5 % für angemessen hielt. Dabei wies er insbesondere darauf hin, dass der Integritätsschaden aktuell noch kein

entschädigungspflichtiges Ausmass erreiche, mittelfristig jedoch mit der Entwicklung einer mässigen femoropatellären Arthrose zu rechnen sei (E. 3.13).

Die Beurteilung durch Dr. D.____ ist nachvollziehbar und plausibel begründet und insgesamt überzeugend. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, aufgrund der bestehenden massiven Problematik mit instabilem Knie und persistierender Atrophie sei die Integritätsentschädigung mit 5 % eindeutig zu tief bemessen (Urk. 1 S. 16), kann dieser Argumentation nicht gefolgt werden. Wie vorstehend ausgeführt wurde, liegen trotz umfangreicher medizinischer Abklärungen keine objektivierbaren Anzeichen dafür vor, dass es im Rahmen des Unfalles vom 5. März 2020 zu einer neuronalen Schädigung gekommen wäre, welche zu der nach wie vor bestehenden Atrophie geführt hätte (vgl. vorstehend E. 4.1). Gemäss Suva-Tabelle 5.2 hat es demnach mit der auf 5 % festgesetzten Integritätsentschädigung sein Bewenden. 9 .

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass per 31. Juli 2021 der Endzustand erreicht war, und die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Rentenanspruch verneint sowie die Integritätsentschädigung auf 5 % festgesetzt hat. Weitere Abklärungen sind nicht erforderlich. Damit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. März 2022 als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 10 .

In formeller Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 25. Januar 2023 die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung für das vorliegende Verfahren (Urk. 19). Nachdem die Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt sind, ist das Gesuch zu bewilligen und Rechtsanwältin Barbara Wyler als unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen. Dabei ist zu beachten, dass § 28 lit . a GSVGer in Verbindung mit Art. 119 Abs. 4 der Zivilprozessordnung (ZPO) die rückwirkende Bewilligung nur ausnahmsweise vorsieht, wofür vorliegend keine Veranlassung besteht .

Mit Honorarnote vom 16. März 2023 machte Rechtsanwältin in

Barbara Wyler , Frauenfeld, Aufwendungen von insgesamt 12.91 Stunden sowie Auslagen von Fr. 175.50 geltend, wobei lediglich 2.5 Stunden in die Zeit nach Gesuchstellung fallen (Urk. 28) . Unter Berücksichtigung einer zusätzlichen Stunde für die Besprechung des Urteils, eines Stundenansatzes von Fr.

220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) sowie der geltend gemachten Spesenpauschale von 4 % ist damit eine Entschädigung von Fr. 862 .--

(inklusive Barauslagen und MWST) zu bezahlen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 25. Januar 2023 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin in

Barbara Wyler als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende

Verfahren bestellt , und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Barbara Wyler, Frauenfeld, wird mit Fr.

862.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Barbara Wyler - Rechtsanwältin Nadine Berchtold-Suter - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

E. 8

Am 23. Oktober 2020 hielt med. pract. C. ____

ein unverändert deutliche seitliche asymmetrische Musculus quadriceps femoris im Vergleich zur Gegenseite fest, wobei der Vastus

medialis noch deutlich mehr atrophiert sei. Die Narbenverhältnisse seien reizlos, die Patella indolent mit jedoch druckempfindlichem Osteosynthesematerial (Urk. 11/77 S. 1). Es werde nun ein proaktives Vorgehen mit Planung einer Osteosynthesematerialentfernung besprochen (S. 2).

Am 25. November 2020 erfolgte im Spital B. ____

die Entfernung des Osteosynthesematerials (vgl. Operations- sowie Austrittsbericht vom 27. November 2020, Urk. 11/82 /2-5). 3.

E. 9

Nach einer Verlaufskontrolle führte med. pract. C. ____

am 13. Januar 2021 aus, leider zeige sich nach der Osteosynthesematerialentfernung keine klinische Besserung, weshalb eine Diagnostik mittels MRI veranlasst werde, um eine anderweitig mögliche Pathologie festzustellen (Urk. 11/97 S. 2). 3.

E. 10

In seinem Bericht vom 3. Februar 2021 hielt med. pract. C. ____

fest, MR-morphologisch zeige sich eine kleine Ansatzdünndopathie im Bereich der Patella im rechten Oberpol. Er habe mit dem Beschwerdeführer einen Physiotherapie-Stopp sowie eine symptomatische Therapie mit Irfen sowie Novalgin besprochen

(Urk. 11/102 S. 2). 3.

E. 11

Am 3. März 2021 konstatierte med. pract. C. ____, leider habe auch das Pausieren der Physiotherapie keine deutliche Besserung gebracht. Als nächster Schritt stehe nun eine Rehabilitation im stationären Rahmen an (Urk. 11/108 S. 2). 3.

E. 12

Nach einem Aufenthalt vom 16. März bis 13. April 2021 nannten die Ärzte der Rehaklinik Z. ____ im Austrittsbericht vom 20. April 2021 insbesondere folgende Diagnosen (Urk. 11/121 S. 1): - Patellaquerfraktur rechts - aktuell: mit und bei persistierenden unklaren Kniebeschwerden mit Atrophie des M. vastus

medialis rechts mit und bei konsolidierter Patellafraktur rechts - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), Differenzialdiagnose rezidivierende depressive Störung

Dreizehn Monate nach einer Patellarfraktur stünden eine ausgeprägte Atrophie des Musculus vastus

medialis sowie Knieschmerzen rechts im Vordergrund. Eine Nervenschädigung als Ursache habe im Juli 2020 mittels umfangreicher neurologischer Untersuchung im Spital B. _____ bereits ausgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer habe die postulierte Ursache der Atrophie, nämlich unzureichendes Training bei wahrscheinlich funktioneller Überlagerung, nicht verstanden, er beklage sich immer wieder darüber, nicht ernst genommen zu werden. Es sei nicht ersichtlich, mit welcher Diagnostik oder welchem Therapieansatz ihm noch geholfen werden könne. Der Beschwerdeführer führe die Übungen zwar aus, sehe sich aber nicht in der Lage, beispielsweise Legpress auf einem Niveau auszuführen, von welchem man annehmen dürfe, dass es für einen Muskelaufbau ausreichend sei. Die vom Beschwerdeführer geschafften 13.5 kg seien einfach gesagt zu wenig, auf diesem Niveau dürfe man keine Fortschritte erwarten. Aus ihrer Sicht liege eine erhebliche funktionelle Überlagerung vor, bei Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode. Die diagnostizierte Depression alleine könne ihres Erachtens die Problematik nicht erklären. Zusätzlich lägen erheblich dysfunktionale Überzeugungen und Reha Hindernisse vor. Gelingen es nicht, diese zu modifizieren, sei die Prognose als sehr schwierig einzuschätzen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolge unfallkausal rein medizinisch-theoretisch. Streng genommen liege medizinisch-theoretisch ein Endzustand vor. Das Ausmass der Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären (S. 3 f.).

Der Beschwerdeführer habe an einem multimodalen Therapieprogramm mit unter anderem auch psychotherapeutischen Gesprächen teilgenommen. Dabei habe sich herausgestellt, dass er in den letzten neun Jahren mehrere schwere psychosoziale Belastungen erlebt habe wie auch unangenehme Erfahrungen mit den diagnostischen Kompetenzen von Ärzten. Diese Vorerfahrungen sowie das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, könnten als auslösende Faktoren für die gegenwärtige depressive Symptomatik gesehen werden und bedürften einer psychotherapeutischen Verarbeitung. Die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm hätten auf eine erhebliche Symptomausweitung hingewiesen. Die Beschreibung der Schmerzen sei undifferenziert, das Schmerzverhalten nicht adäquat. Das Leistungsverhalten werde als schlecht beurteilt. Die Konsistenz sei mässig, es fänden sich einige Diskrepanzen und Widersprüchlichkeiten. Das Verhalten bezüglich Rehabilitation könne nicht als optimal gewertet werden. Der Beschwerdeführer mache gut mit, führe während des Trainings alle Übungen aus und erkundige sich, ob er anstrengendere Übungen machen dürfe. Er zeige sich jedoch stark schmerz fokussiert und vermeide die Belastung des rechten Beines. Zudem lege er ein inkonsistentes Verhalten offen. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes habe keine namhafte Verbesserung erreicht werden können (S. 4).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sowie der Eingliederungsperspektive hielten die Ärzte fest, es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Die Resultate der physischen Leistungstests seien daher für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich daher wesentlich auf

medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung, zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen. In der bisherigen Tätigkeit als Lagerist sei der Beschwerdeführerin ganztags arbeitsfähig. Eine andere, mittelschwere Tätigkeit könne ihm ebenfalls ganztags zugemutet werden, wobei innert der nächsten drei Monate bis auf die Einnahme von wiederholten Zwangshaltungen wie Knien eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei (S. 2). 3.

E. 13

In seiner ärztlichen Beurteilung vom 6. Mai 2021 (Urk. 11/124-125) führte Kreisarzt Dr. med. univ. D.____, Praktischer Arzt, aus, für die Tätigkeit als Kurierfahrer sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar ausgewiesen (Urk. 11/124 Ziff. 1). Aufgrund des Berichtes der Rehaklinik Z.____ sei von der Fortführung der MTT oder Wassertherapie keine wesentliche Verbesserung mehr zu erwarten, nachdem der Beschwerdeführer Übungen nicht in einem sinnvollen Ausmass durchführe, welche zu einer Kräftigung der Muskulatur führten. Es bestehe ein inadäquates Schon- und Vermeidungsverhalten, so dass selbst anlässlich der stationären Rehabilitation vom Beschwerdeführer keine adäquate Belastung durchgeführt worden sei. Umso weniger sei zu erwarten, dass dies in einer niedergelassenen Praxis der Fall sein werde (Urk. 11/124 Ziff. 2).

Bezüglich Integritätsentschädigung hielt Dr. D.____ fest, gemäss der vorliegenden Röntgendokumentation mit guter Reposition der Patella erreiche der Integritätschaden aktuell noch kein entschädigungspflichtiges Ausmass. Mittelfristig sei jedoch mit der Entwicklung einer mässigen femoropatellären Arthrose zu rechnen, wofür dem Beschwerdeführer gemäss Tabelle 5.2 eine Integritätsentschädigung von 5 bis 10 % zustehen würde. Aufgrund der aktuellen Röntgendokumentation mit noch nicht erreichtem entschädigungspflichtigem Integritätschaden sei die Entschädigung auf 5 % festzulegen (Urk. 11/125 Ziff. 3). 3.

E. 14

Der Hausarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. Mai 2021 (Urk. 11/134/53-54) insbesondere persistierende unklare Kniebeschwerden mit Atrophie des Musculus vastus

medialis rechts sowie den bekannten Status nach konsolidierter Patellaquerfraktur rechts. Trotz erfolgreich durchgeführter Osteosynthese und problemloser OSME leide der Beschwerdeführer 14 Monate nach dem Unfall an einer unklaren Muskelatrophie des Quadriceps. Das Bein erscheine äusserlich verändert und sei nicht mehr belastbar (S. 1). 3.

E. 15

Am 26. Mai 2021 diagnostizierte der behandelnde Psychiater med. pract. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25). Die ersten drei bis sechs Monate nach dem Unfall sei der Beschwerdeführer psychisch relativ stabil gewesen. Nach drei Monaten habe er die Kündigung erhalten, nach sechs Monaten sei zunehmend klar gewesen, dass er von dem Unfall bleibende Schäden davontragen werde (Urk. 11/134/58-59 S. 1). Dies habe zu

einer massiven psychischen Verschlechterung geführt. Der Beschwerdeführer berichte von einer ausgeprägten Ungeduld und ausgeprägte n Konzentrationsstörungen. Er könne keine Freude mehr empfinden und selbst im Umgang mit seinen Kindern erlebe er das Gefühl der Freude nicht. Aus psychiat rischer Sicht sei das aktuelle Zustandsbild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge des Unfalls beziehungsweise der daraus resultierenden, bleibenden körperlichen Schäden und dadurch bestehenden Einschränkungen (S. 2) . 3.

E. 16

In seinem Bericht vom 7. Juni 2021 (Urk. 11/134/51-52) diagnostizierte Dr. E.____ eine posttraumatische Atrophie des Musculus vastus

medialis rechts und hielt fest, diese sei sehr auffällig und müsse zuerst noch weiter abgeklärt werden. Es sei medizinisch befremdend, solch eine schwere Beinveränderung psychosomatisch zu interpretieren, im Speziellen, wenn keine anderen Abklärungen durchgeführt worden seien . Eine Gefässverletzung sei in Z.____ gar nicht berücksichtigt worden, sei aber durchaus denkbar und würde den Befund der Atrophie erklären (S. 1) . 3.

E. 17

Dr. D.____

erklärte

in seiner Stellungnahme vom 18. Juni 2021 (Urk. 11/140) , ein Anschlagen des Kniegelenks mit Fraktur der Patella an der Basis schliesse eine Gefässverletzung des Musculus vastus

medialis rechts, welche zu einer Atrophie führen könne, aus. Daher sei eine solche Möglichkeit von den Ärzten auch nicht in Betracht gezogen worden. Eine Atrophie beziehungsweise Hypotrophie des Musculus vastus

medialis rechts sei nach Patellafraktur nicht unüblich und in der Regel auf eine längerfristige Schonung zurückzuführen. Nicht in allen Fällen erreiche die Muskelmasse selbst durch intensives Training wieder das Ausmass wie vor der Patellafraktur . Da eine Gefässverletzung der de n Musculus vastus

medialis versorgenden Gefässe durch Anschlagen der Patella bereits aufgrund der Anatomie und Pathomechanismus auszuschliessen sei, werde empfohlen, die Kosten für eine derartige Abklärung nicht zu übernehmen (S. 1) . 3.

E. 18

Am 9. Juli 2021 hielt Dr. D.____ weiter fest, aufgrund der vorliegenden Befunde (radiologisch und klinisch) sollte somatisch wieder eine ganztägige Arbeitsfähigkeit auch in der Tätigkeit als Lagermitarbeiter gegeben sein. Es handle sich dabei um eine wechselbelastende, mittelschwere Tätigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Kurierfahrer seien keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Verletzungsfolgen ersichtlich. Der Beschwerdeführer könne alle wechsel belastenden mittelschweren und gelegentlich schweren Arbeiten wieder ausüben, wobei überwiegend knieende und/oder kauernde Tätigkeiten, wie beispielsweise Bodenleger, zu vermeiden seien. Darüberhinausgehende Einschränkungen seien nicht nachvollziehbar ausgewiesen (Urk. 11/150 S. 1) . 3.

E. 19

In ihrem Bericht vom 12. August 2021 über die neurologische und neurophysiologische Untersuchung (Urk. 11/177) führten die Ärzte der Universitätsklinik G.____, Zentrum für Paraplegie, bei bekannten Diagnosen (S. 1) aus, neurophysiologisch zeige sich in der motorischen Neurographie des Nervus

femoralis zum Musculus vastus

lateralis kein Seitenunterschied hinsichtlich Amplitude und Latenz. Bei der Ableitung vom Musculus vastus

medialis zeige sich rechts keine signifikant verlängerte Latenz, jedoch eine deutlich verminderte Amplitude, passend zur klinisch etablierten Atrophie. Nadelmyographisch zeigten sich keine Zeichen einer akuten Denervierung sowie kein Hinweis auf eine höhergradige chronische Denervierung des Musculus iliopsoas rechts. Weiterhin gebe es keinerlei Zeichen der akut oder chronischen Spontanaktivität im Musculus vastus

lateralis und medialis. Die Willküraktivierung sei während der Untersuchung nicht möglich gewesen, sodass hier keine sichere Aussage über das Ausmass einer chronischen Denervierung erfolgen könne. Hier zeige sich eine Diskrepanz zwischen der neurographisch induzierten Aktivität und der fehlenden Willküraktivität, die zumindest auf eine teilweise Schmerzhemmung hindeute. Anhand der deutlich asymmetrisch medial betonten Atrophie sei trotzdem eine Schädigung des Nervus temporalis respektive eines Muskelastes zum Musculus vastus

medialis möglich. Ebenso passten die sensiblen Defizite zu einer möglichen Schädigung der Rami cutanei im Oberschenkel. Klinisch zeige sich kein Hinweis für ein relevantes Ausfallsyndrom des Nervus saphenus rechts (S. 2 f.).

Zusammenfassend könne neurophysiologisch bei eingeschränkter Beurteilbarkeit eine Neuropathie des Nervus

femoralis nicht sicher objektiviert werden. Anhand des klinischen Status sei möglicherweise eine Schädigung, betont der Fasern zum Musculus vastus

medialis, denkbar. Gegebenenfalls könnte hier noch eine MRI-Untersuchung mit Darstellung der Muskelstruktur sowie des Nervus

femoralis rechts erfolgen, im Besonderen mit der Frage nach fortbestehenden Pathologien (S. 3). 3.

E. 20

Die Ärzte der Universitätsklinik G.____, Orthopädie, führten in ihrem Bericht vom 31. August 2021 (Urk. 11/183) bei bekannten Diagnosen aus, nach Osteosynthese der Patella bestehe ein klinisch und radiologisch guter Heilungsverlauf, von chirurgischer Seite her sei das Knie einwandfrei. Die Messung der Nervenleitgeschwindigkeit habe keine pathologischen Befunde ergeben, ein Ansteuern der Muskulatur sei allseits möglich, jedoch teilweise mit fehlender Koordination. Die Befunde seien keiner Neuropathie eines Nerves eindeutig zuzuordnen. Möglicherweise bestehe ein Schmerztrauma, welches die korrekte Ansteuerung der Muskulatur auf zentraler Ebene beeinflusse. Denkbar sei auch eine Läsion der lumbosakralen Nervenwurzeln, es werde um entsprechende Abklärung durch die Kollegen der Wirbelsäulen-Chirurgie gebeten (S. 2). 3.

E. 21

In ihrem Bericht vom 12. Oktober 2021 nannten die Ärzte des Universitären Wirbelsäulenzentrums, Universitätsklinik G.____, folgende Diagnosen (Urk. 11/188 S. 1): - persistierende unklare Kniebeschwerden mit unklarer Atrophie des Musculus quadriceps rechts - Lumboischialgie beidseits (links mehr als rechts) - Zervikobrachialgie beidseits (links mehr als rechts)

Bildmorphologisch habe im MRI der LWS kein Korrelat gefunden werden können, es gebe keinerlei Zeichen für eine Neurokompression oder Spinalkanalstenose. Zudem leide der Beschwerdeführer an einer Zervikobrachialgie und Lumboischialgie beidseits und nicht nur einseitig. Die Beschwerden seien am ehesten durch die Fehlbelastung verursacht. Der Beschwerdeführer werde zur Behandlung an die Chiropraktik überwiesen, wirbelsäulenchirurgisch gebe es keinen Handlungsbedarf. Bezüglich der unklaren Atrophie des Quadriceps rechts werde nun bildgebend der gesamte Verlauf der Nervenwurzeln dargestellt (S. 2). 3.

E. 22

Der behandelnde Physiotherapeut führte am 29. November 2021 (Urk. 11/190) aus, die Therapie erfolge seit März 2020 durchschnittlich zwei- bis dreimal pro Woche. Aktuell klagt der Beschwerdeführer neben seinen unveränderten Kniebeschwerden über zusätzlich auftretende posttraumatische Beschwerden in Form von Halswirbelsäulen- und Lendenwirbelsäulenschmerzen. Diese hätten sich aufgrund der Schonhaltung zunehmend verschlimmert. Das Kniegelenk rechts kollabiere beim Gehen und Stehen häufig nach medial, der Stand wie auch das Gangbild seien kompensatorisch. Es bestehe eine Beckenverwringung links mit beginnender Skoliose rechts, zudem verriegele sich der thorakolumbale Übergang links. Neu bestünden zudem Halswirbelsäulenschmerzen ohne therapeutischen Befund. Momentan gebe es keine Verbesserung der Muskelfunktion am rechten Musculus quadriceps femoris, besonders im Muskelanteil des vastus medialis rechts des Oberschenkels. Aus therapeutischer Sicht würden die Kniegelenks- und Muskelfunktionen nicht besser werden. Um degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule, des Beckens und an den unteren Extremitäten entgegenzuwirken, solle mit physiotherapeutischen Massnahmen weiter therapiert werden (S. 1). 3.

E. 23

Am 17. Dezember 2021 wies Dr. D.____ diesbezüglich darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und demonstrierten Einschränkungen als Unfallfolge nicht nachvollziehbar seien. Es handle sich dabei um ein vom Unfallereignis unabhängiges beziehungsweise entkoppeltes Beschwerdebild (Urk. 11/192). 3.

E. 24

In ihrem Bericht vom 24. Februar 2022 nannten die Ärzte der Universitätsklinik G.____, Orthopädie, folgende Diagnosen (Urk. 11/200 S. 1): - symptomatische AC-Gelenksarthropathie links - Verdacht auf Sulcus

ulnaris -Syndrom links - chronische Zervikozephalgie - persistierende unklare Kniebeschwerden mit unklarer Atrophie des Musculus quadriceps rechts - Lumboischialgie beidseits (links mehr als rechts)

Physiotherapie habe bisher keine Linderung der Beschwerden gebracht, es werde nun die Indikation zur AC-Gelenksinfiltration gestellt (S. 2). 3.

E. 25

Am 29. März 2022 (Urk. 11/216) hielt der behandelnde Physiotherapeut fest, der Gesundheitszustand habe sich seit dem 29. November 2021 nicht verändert. Der Beschwerdeführer könne die Kniestreckung einleiten, aber nicht bis in die Ende-Bewegung ausführen und das Knie nicht stabilisieren. Daraus resultiere eine Instabilität im medialen Bereich des Kniegelenks mit negativem muskulärem Verkettungssyndrom bis in die untere Lendenwirbelsäule. Das Kniegelenk sei funktionell frei beweglich (S. 1). Die 100%ige Innervation des Musculus vastus mediale am Oberschenkel rechts sei fraglich. Trotz intensiven Anbahnens der Streck- und Stabilitätsübungen habe sich nur wenig Erfolg ergeben, den Muskel aktiv anzusteuern, was seiner Ansicht nach zu einer Atrophie geführt habe. Der Musculus quadriceps femoris , besonders der Musculus vastus mediale, sei aufgrund der Atrophie (sichtbar) nur schlecht vom Beschwerdeführer ansteuerbar und Übungen könnten nicht richtig ausgeführt werden. Der Beschwerdeführer sei seiner Meinung nach therapiemüde, da es keine Verbesserung des Zustandes gebe. Das Kniegelenk mit Diagnose Patellarfraktur rechts sei aus seiner Sicht austherapiert, die physiotherapeutischen Behandlungen seit Ende November 2021 dienten in erster Linie dem Erhalt der Mobilität und Aktivität und arbeiteten gegen die kompensatorischen Muster (S. 2).

E. 30

Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Grieder-Martens Kübler-Zillig

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.