



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

Vom 8. Juli 2021 (725 20 437 / 188)

Unfallversicherung

Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem objektivierbaren, retropatellären Knorpelschaden sowie einer allfälligen Läsion des Nervus femoralis und einem Schlittelfall, bei welchem die versicherte Person eine Tibiaplataufraktur zugezogen hatte.

_____ Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. Der 1976 geborene A._____ arbeitete vom 1. Juli 2016 bis 31. Dezember 2019 als Fahrer beim X._____ und war durch den Arbeitgeber bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am

26. Dezember 2017 verunfallte er beim Schlitteln und zog sich dabei eine Tibiaplateaufrakture rechts zu mit anschliessender vollständiger Arbeitsunfähigkeit (Schadenmeldung vom 3. Januar 2018). Die Suva erbrachte für die Folgen dieses Unfallereignisses die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilbehandlungskosten). Am 18. Juli 2018 wurde eine Kniearthroskopie durchgeführt. Danach hielt er sich zur Rehabilitation vom 15. Oktober 2018 bis 20. November 2018 stationär in der Klinik B.____ auf. Vom 8. Juli 2019 bis 31. August 2019 befand er sich in der Klinik C.____, wo unter anderem eine schwere depressive Episode und ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurden (vgl. Austrittsbericht vom 13. September 2019). Mit Verfügung vom 18. September 2019 stellte die Suva die Versicherungsleistungen gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. med. D.____, FMH Neurologie, vom 25. Juli 2019 und Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 21. Mai 2019 und 13. August 2019 per 30. September 2019 ein. Zur Begründung führte sie an, dass die geklagten körperlichen Beschwerden am rechten Knie nicht mehr unfallbedingt seien und deswegen keine Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit mehr bestehe. In Bezug auf die psychischen bzw. allfälligen organisch nicht nachweisbaren Beschwerden sei der adäquate Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 26. Dezember 2017 zu verneinen. Daran hielt die Suva nach Einholung der kreisärztlichen Stellungnahme von Dr. E.____ vom 21. Februar 2020 mit Entscheid vom 9. Oktober 2020 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, am 9. November 2020 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Suva zu verpflichten, ihm über den 30. September 2019 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen zu erbringen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. In der Begründung beanstandete er die Beweistauglichkeit der kreisärztlichen Beurteilungen. Ausserdem sei der medizinische Endzustand noch nicht erreicht, weshalb die Suva den adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den psychischen Unfallfolgen und dem Unfallereignis verfrüht geprüft habe. Da sämtliche Adäquanzkriterien gemäss Bundesgerichtsrechtsprechung erfüllt seien, habe sie die Adäquanz zu Unrecht verneint.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 1. Dezember 2020 beantragte die Suva die Abweisung der Beschwerde.

D. Der Versicherte hielt in seiner Replik vom 25. März 2021 an seinen und die Suva in ihrer Duplik vom 9. April 2021 an ihren Rechtsbegehren fest.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde

erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X. _____ (BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 9. November 2020 ist demnach einzutreten.

2.1 Streitig und zu prüfen ist, ob der Versicherte über den 30. September 2019 hinaus Anspruch auf Versicherungsleistungen der Suva hat.

2.2 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts Anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gibt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Gemäss der Legaldefinition von Art. 6 ATSG ist Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Der Anspruch auf Taggelder und Heilbehandlung entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.3 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis

und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.4 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem versicherten Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden auch ein adäquater Kausalzusammenhang gegeben sei. 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 mit Hinweis). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 30 E. 1b).

2.5 Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 102 E. 5b/bb). Liegen keine organisch (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden vor, hat eine besondere Adäquanzprüfung zu erfolgen. Bei einem Unfall, bei welchem die versicherte Person kein Schleudertrauma oder einer adäquanzrechtlich äquivalenten Verletzung erlitten hat, hat die Adäquanzbeurteilung der Folgeschäden des Unfalls nach den in BGE 115 V 133 (sog. Psycho-Praxis) entwickelten Kriterien zu erfolgen. Für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen sind nur die erlittenen körperlichen, aber nicht die psychischen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend (BGE 115 V 133 E. 6c/aa).

2.6 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende 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 gänzlich 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 bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4.1 Den medizinischen Akten kann entnommen werden, dass der Versicherte anlässlich des Schlittelunfalls vom 26. Dezember 2017 eine posterolaterale Tibiaplateau-Impressionsfraktur rechts erlitt (vgl. Berichte des Spitals F.____ vom 27. Dezember 2017 und 5. Januar 2018). In der bildgebenden Untersuchung vom 4. Januar 2018 zeigte die Impressionsfraktur am posterolateralen Tibiaplateau eine fokale Knorpelschädigung des deckenden tibialen Knorpels mit deutlichem Knochenmarködem. Die Menisci und die Kreuzbänder seien intakt, wobei eine Zerrung oder ein kleinerer Einriss im distalen vorderen Kreuzband bestehen könnte. Ein weiteres sehr kleines Knochenmarködem befindet sich im medialen Tibiaplateau. Zudem sei eine retropatelläre Knorpelkontusion an der medialen Facette sowie ein deutlicher Hämarthros (= blutiger Gelenkerguss) festzustellen. Ausserdem bestehe ein Verdacht auf eine Kapselruptur. Im MRT-Bericht vom

30. Mai 2018 wurde am rechten Knie eine mittelgradige Chondropathie retropatellär sowie eine leichtgradige Chondropathie beim lateralen femorotibialen Gelenk, eine kleine Bakerzyste und eine Tendinopathie der Semimembranussehne beschrieben. Aufgrund dieser Befunde wurde in der Klinik G.____ am 18. Juli 2018 eine Arthroskopie durchgeführt (vgl. Berichte der vom 18. und 22. Juli 2018). Im postoperativen Verlauf zeigte sich beim Versicherten ein Defizit im Bereich der muskulären Aktivierung und eine Hyposensibilität (vgl. Verlaufsberichte der Klinik G.____ vom 30. August 2018 bis 6. September 2018). Da die MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 30. August 2018 keine auffälligen Befunde ergab, wurde eine neurologische Abklärung veranlasst.

4.2 Dr. med. H.____, FMH Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 25. September 2018 als Diagnosen eine unklare Schmerzsymptomatik der rechten unteren Extremität mit unklaren, funktionellen sensomotorischen Ausfällen, derzeit ohne Nachweis einer peripheren neurogenen Läsion bei Status nach Kniekontusion rechts fest. In der Beurteilung wies er darauf hin, dass er den Versicherten aufgrund der Knieschmerzen nicht habe vollständig untersuchen können. Er habe keine Hinweise für eine periphere neurogene Läsion im Bereich der unteren Extremitäten, insbesondere für eine Läsion des Nervus femoralis, finden können Die Befunde der Elektroneuro-myographie vom 24. September 2018 seien auch bland gewesen. Er könne die Beschwerden des Versicherten deshalb aus neurologischer Sicht nicht erklären.

4.3 Am 1. Oktober 2018 wurden die LWS und der Plexus lumbosacralis rechts erneut bildgebend untersucht. Es ergaben sich keine wesentlichen Auffälligkeiten (vgl. Bericht des I.____ vom 1. Oktober 2018).

4.4 Während des Aufenthalts in der Klinik B.____ vom 15. Oktober 2018 bis 20. November 2018 wurde der Versicherte unter anderem psychiatrisch untersucht. Gemäss psychosomatischem Konsilium vom 16. Oktober 2018 sei es beim Versicherten infolge der Dauerschmerzen, der unregelmässigen stechenden Oberschenkelschmerzen, der Unklarheit über die Diagnosen und der Einschränkungen in der Freizeit sowie im Beruf zu einer depressiven Symptomatik gekommen. Die psychiatrische Störung begründe eine mittelschwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. Bei der MRT-Untersuchung vom 17. Oktober 2018 wurde beim rechten Knie ein atroph imponierender, partiell mitabgebildeter Musculus vastus medialis und lateralis (DD: neurogenes Ödem) festgestellt. Am 15. November 2018 untersuchte die Fachärztin Dr. med. J.____ den Versicherten in neurologischer Hinsicht. Dr. J.____ berichtete am 23. November 2018, dass die klinische und elektrophysiologische Untersuchung wegen erheblicher Beschwerden unter Hypnose erfolgt sei. Sie erachtete die Befunde mit dem Vorliegen einer ausgeprägten axonalen Schädigung des Nervus femoralis rechts als vereinbar. Im Austrittsbericht vom 27. November 2018 hielten die behandelnden Ärzte der Klinik B.____ als Diagnosen eine Fraktur des posterolateralen Tibiaplateaus, ein unklares Schmerzsyndrom der rechten unteren Extremität mit unklaren funktionellen sensomotorischen Ausfällen, derzeit ohne Nachweis einer peripheren neurologischen Läsion, ein Exanthem am Rücken unklarer Ätiologie, eine mittelgradige depressive Episode und einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung fest.

4.5 Mit Schreiben vom 10. Dezember 2018 wies Dr. med. K.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Klinik G.____, die Klinik B.____ darauf hin, dass die Diagnose "unklares Schmerzsyndrom der rechten unteren Extremität mit unklaren funktionellen sensomotorischen Ausfällen, derzeit ohne Nachweis einer peripheren neurologischen Läsion" falsch sei, sei doch eine Läsion des Nervus femoralis gestützt auf die Beurteilung von Dr. J.____ nachgewiesen. Im Bericht vom 12. Dezember 2018 sprach Dr. K.____ in seiner Diagnosenauflistung nur noch von einer *höchstwahrscheinlich* bestehenden axonalen Schädigung des Nervus femoralis rechts.

4.6 Die am 17. Dezember 2018 durchgeführte MRT-Untersuchung des rechten Oberschenkels und der Leiste ergab ein neurogenes muskuläres Ödem, eine diffuse Atrophie und eine deutliche Kontrastaffinität des Musculus rectus femoris und quadrizeps. Da eine Läsion des Nervus femoralis nicht sichtbar sei, müsse die Nervenschädigung zwischen den Abgängen der Muskeläste des Sartorius und des Rectus femoris liegen (vgl. auch Bericht von Dr. K.____ vom 18. Dezember 2018).

4.7 Am 11. Januar 2019 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. E.____. Dieser hielt als Diagnosen einen Status nach Tibiakopf-Impressionsfraktur und offener Mikrofrakturierung des Knorpels der medialen Patellafacette mit Einbringung eines unbesetzten Novocart-Membrans, einen Verdacht auf eine axonale Schädigung des Nervus femoralis rechts, eine massive Muskelatrophie des rechten Oberschenkels und massive Einschränkungen des rechten Kniegelenks bei Bewegungs- und Belastungsschmerzen fest. In der Beurteilung führte er aus, dass auf den MRT-Bildern ein Kontusionsschaden des retropatellaren Knorpels an der medialen Facette sichtbar sei. Gleichzeitig falle auf, dass auf keiner der MRT-Bilder in der Patella ein Bone bruise (= Knochenmarködem) unter dem Knorpelschaden festzustellen sei. Demgegenüber sei ein solcher im Bereich der Tibiaplateaufraktur deutlich erkennbar. Damit sei zwar ein Schaden am Nervus femoralis messtechnisch nachgewiesen, die Ursache hierfür sei aber nicht evaluiert. Hierzu sei eine weitere neurologische Abklärung erforderlich. Weiter bestehe ein erhebliches Schmerzsyndrom mit Beteiligung einer psychischen Komponente. Gravierende strukturelle Schäden am Kniebandapparat könnten aufgrund der MRT-Bildgebung ausgeschlossen werden. Der Versicherte sei aktuell in der Lage, eine rein sitzende Tätigkeit ganztags durchzuführen. Demgegenüber sei es ihm nicht mehr möglich, körperliche Arbeiten auszuüben. Denn eine tägliche Gehstrecke von 4 x 500 m könne er aufgrund der einsetzenden Belastungsschmerzen beim Gehen kaum bewältigen. Eine Tätigkeit als Lehrer sei deswegen nicht mehr möglich.

4.8 Auf Zuweisung von Dr. K.____ untersuchte Dr. med. L.____, FMH Neurologie, den Versicherten. In ihrem Bericht vom 22. Februar 2019 diagnostizierte sie ein anhaltendes Schmerzsyndrom, eine axonale Läsion des Nervus femoralis rechts, eine mittelgradige depressive Episode und einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Sie hielt fest, dass die Befunde, insbesondere der MRT-Befund vom 17. Dezember 2018, und die von Dr. J.____ vorgenommenen neurologischen und neurophysiologischen Untersuchungen konsistent seien, was eine Schädigung des Nervus femoralis belegen würde. Die Ursache hierfür bleibe jedoch unklar. Möglicherweise liege eine Blutsperre oder eine Verletzung durch das Anlegen des Katheters beim operativen Eingriff vom 18. Juli 2018 vor. Da die Untersuchung aus Zeitgründen

nur cursorisch habe durchgeführt werden können, werde der Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt umfassend untersucht.

4.9 Im Bericht vom 19. März 2019 wies Dr. K._____ auf die MRT-Untersuchung des rechten Kniegelenks vom 18. März 2019 hin, welche ein deutlich fibrotisch verändertes und ausgedehntes, retropatelläres Ersatzgewebe ohne ausgeprägtes Knochenödem zeige.

4.10 In psychiatrischer Hinsicht ist den Akten zu entnehmen, dass vom 14. Januar 2019 bis 18. Februar 2019 eine ambulante psychiatrische Behandlung des Versicherten in der M._____ stattfand. In den Berichten vom 24. und 30. April 2019 wurden als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode und ein sonstiger chronischer Schmerz festgehalten. Aufgrund eines psychischen Zusammenbruchs mit suizidalen Äusserungen hielt sich der Versicherte vom 3. April 2019 bis 8. Juli 2019 stationär in der M._____ auf. Gemäss den Berichten vom 3. Juni 2019 und 5. August 2019 litt der Versicherte nun an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), einer chronischen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.41 und einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F61.

4.11 Vor Eintritt in die M._____ am Nachmittag des 3. April 2019 erfolgte am Vormittag die angekündigte umfassende Untersuchung bei Dr. L._____. Gemäss ihrem Bericht vom 9. April 2019 sei der somatische gesundheitliche Zustand unverändert. Der Versicherte gehe weiterhin mit einer Streckschiene rechts und belaste das Bein so wenig wie möglich. Wegen starker Schmerzen habe eine Untersuchung des rechten Knies nur teilweise stattfinden können. Nach wie vor beständen eine Oberschenkelatrophie rechts und eine diffuse Hypästhesie im Ober- und Unterschenkel medial bei normaler Sensibilität am rechten Fuss. Die Hüftflexion sei bei geringer Innervation der Kniestrecker nur leicht eingeschränkt gewesen. Sie betrachte eine polydisziplinäre Rehabilitation als indiziert. Zurzeit stehe aber die Behandlung der psychischen Störungen im Vordergrund.

4.12 In der Aktenbeurteilung vom 10. Mai 2019 äusserte sich der Vertrauensarzt der Suva, med. pract. N._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, zur Kausalität des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten. Er stellte fest, dass es beim psychisch vorbelasteten Versicherten zu Komplikationen in Form von beunruhigenden Symptomen wie Schmerzen, Muskelschwund, Schwäche, Verlust der Sensibilität am betroffenen Bein gekommen sei, welche organisch nicht ausreichend erklärt werden könnten. Aufgrund dieser unklaren, diffusen somatischen Situation seien psychische Symptome aufgetreten. Das Vollbild einer affektiven Störung in Form einer ausgeprägten depressiven Episode habe bereits beim Aufenthalt in der Klinik B._____ im Herbst 2018 bestanden. Die anhaltende unklare Situation habe schliesslich zu einem psychischen Zusammenbruch geführt. Die heute bestehende schwere depressive Episode sei deshalb überwiegend wahrscheinlich zumindest teilweise auf das Unfallereignis zurückzuführen.

4.13 Da bis anhin keine vollständigen neurologischen Abklärungen durchgeführt werden konnten, beauftragte die Suva das Spital P._____ mit einer neurologischen Begutachtung. Gemäss Bericht von Prof. Dr. med. N._____, FMH Neurologie, vom 30. Mai 2019 konnten elektro-

physiologische Untersuchungen erst stattfinden, nachdem der Versicherte 4,5 mg Temesta Expedid eingenommen hatte. Die Untersuchungen ergaben unauffällige Neurographien des Nervus femoralis, des Nervus tibialis, des Nervus saphenus und des Nervus suralis. Die entsprechenden Muskeln hätten keine pathologischen Spontanaktivitäten (PSA) gezeigt (vgl. Elektromyographie und Elektroneurographie vom 31. Mai 2019). Prof. O.____ diagnostizierte aufgrund der elektrophysiologischen und klinischen Befunde eine Parese sowie Hypästhesien am rechten Bein, ein anhaltendes Schmerzsyndrom bei Status nach Arthroskopie des rechten Kniegelenks und eine mittelgradige depressive Episode mit Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. In der Beurteilung führte er aus, dass bei der klinischen Untersuchung eine Parese des rechten Beines bei dysfunktional anmutendem Gangbild mit intermittierend vollständiger Belastung des rechten Beines imponiert habe. Im Rahmen von unbewussten Bewegungsabläufen und in der konfrontativen Testung hätten plegische (= vollständig gelähmte) Muskelgruppen bewegt werden können. Es zeigten sich zudem fluktuierende Hypästhesien beim rechten Bein. Eine Beurteilung des Reflexstatus sei nicht möglich, da der Versicherte die Testung des Patellarsehnenreflexes abgelehnt habe. Der rechte Oberschenkel sei deutlich atroph, was auf das ständige Tragen der Knieschiene und der fehlenden Belastung zurückzuführen sei. Aufgrund der unauffälligen elektrophysiologischen Diagnostik könne nicht von einer ursächlichen Nerven- und Muskelschädigung ausgegangen werden. Zwar könne eine initiale Schädigung des Nervus femoralis durch den anlässlich der Operation vom 18. Juli 2018 angelegten Femoraliskatheter nicht ausgeschlossen werden. Die hochgradige ausgeprägte Parese führte er aber nicht auf eine Nervenschädigung, sondern auf eine somatoforme Schmerzstörung zurück.

4.14 Auf Veranlassung von Dr. L.____ hielt sich der Versicherte zur neurologischen Rehabilitation und psychosomatischen Behandlung vom 8. Juli 2019 bis 31. August 2019 stationär in der Klinik C.____ auf. In den Berichten vom 19. Juli 2019 und 12. August 2019 sowie im Austrittsbericht vom 13. September 2019 wurden als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), ein chronischer Schmerz mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), ein Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) und ein chronisches Schmerzsyndrom mit einer axonalen Läsion des Nervus femoralis rechts mit Parese und Atrophie des Musculus quadrizeps femoris rechts und bei Status nach Kniearthroskopie rechts am 18. Juli 2018 festgehalten. Dem Austrittsbericht ist zu entnehmen, dass der Versicherte bei Eintritt an Unterarmgehstützen knapp zimmermobil gewesen sei. Dabei habe das rechte Bein durch eine Schiene stabilisiert werden müssen. Die klinische Untersuchung sei bei ausgeprägter Allodynie im Bereich des rechten Oberschenkels und des rechten Knies deutlich erschwert gewesen. Nach schrittweiser Anpassung und Intensivierung des multimodalen Therapieprogramms mit aktivierenden, kräftigenden und funktionsverbessernden Massnahmen, schmerzreduzierenden Verfahren, intensiven psychologischen Gespräche und Teilnahme an einer Schmerzbewältigungsgruppe habe die Gehdistanz sukzessive gesteigert werden. Kurze Strecken ohne Orthesen seien zunehmend realistischer geworden. Psychisch zeige sich der Versicherte stabiler.

4.15 Der Kreisarzt Dr. med. D.____, FMH Neurologie, beurteilte am 25. Juli 2019 den Gesundheitszustand des Versicherten aus neurologischer Sicht. Er kam zum Schluss, dass aufgrund der elektrophysiologischen Untersuchungen von Dr. H.____ vom 24. September 2018 und

von Prof. O.____ vom 31. Mai 2019 eine neurogene Nervenläsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Die neurologischen Befunde (Innervationsgebiete anderer Nerven, Beschwerdevalidierung mit Hinweis für nichtorganische Lähmungen) und die auffälligen neurophysiologischen Befunde würden auf eine nicht organische "funktionelle" Lähmung hinweisen. Die Oberschenkelatrophie lasse sich mit der Inaktivität des rechten Beines durch inädaquate Nutzung einer Extensionsschiene durch den Versicherten erklären. Bei fehlenden neurogenen Nervenschäden könnten die geltend gemachten Beschwerden am rechten Bein nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden. Aus neurologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit.

4.16 Am 13. August 2019 nahm der Kreisarzt Dr. E.____ nochmals Stellung zur medizinischen Aktenlage. Er hielt fest, dass die beim Schlittelfall erlittene Tibiaplateaufrakturen folgenlos ausgeheilt sei und die bestehenden Beschwerden nicht unfallbedingt seien. Bei den in den MRT-Befunden gezeigten Knorpelschäden sei zu berücksichtigen, dass für deren Entstehung entweder ein direktes oder eine Abscherverletzung bei indirektem Trauma notwendig sei. Bei einem direkten Trauma könne es zu einer Schädigung des Knorpels kommen, wenn die axiale Belastung mit einer Kräfteinwirkung einhergehe, welche einem freien Fall aus 4 m Höhe entspreche. Beim vorliegenden Unfallereignis sei nicht davon auszugehen, dass die axiale Gewalteinwirkung zu einer direkten Schädigung des Knorpels im femoropatellaren Gleitlager geführt habe. Dazu komme, dass weder in der Patella noch in der Trochlea ein Bone bruise entstanden sei, was aber bei einer knorpelschädigenden Kräfteinwirkung zu erwarten gewesen wäre. Selbst wenn es sich um eine direkte anstelle einer axialen Gewalteinwirkung gehandelt hätte, sei eine erhebliche Kräfteinwirkung notwendig. Dabei müssten die direkt vorgelagerten Strukturen am Kniegelenk (Haut, Patella, Kniescheibenband) Schäden aufweisen, was hier aber nicht feststellbar sei. Bei einer indirekten Gewalteinwirkung sei es vorstellbar, dass Scherkräfte zu subchondralen Verletzungen in Form eines Bone bruise sowie Begleitverletzungen an den Kniestrukturen (Seitenbänder, Kreuzbänder, Kapselretinakula etc.) führten. Vorliegend liessen sich aber bildgebend keine Hinweise auf eine solche Verletzung finden. Es sei deshalb davon auszugehen, dass das Unfallereignis nicht geeignet gewesen sei, einen Knorpelschaden durch Scherkräfte hervorzurufen. Es sei zwar möglich, dass die operativ resezierte Plica mediopatellaris (= Falte der Gelenkschleimhaut) durch den Hämarthros, der überwiegend wahrscheinlich durch die Fraktur entstanden sei, entzündlich verändert gewesen sei und dadurch subpatelläre Einklemmungen hervorgerufen habe. Solche Entzündungen seien jedoch temporär und würden nach dem Verschwinden des Hämarthros spontan ausheilen. Im Rahmen des Einspracheverfahrens äusserte sich Dr. E.____ am 21. Februar 2020 erneut zur medizinischen Aktenlage. Er hielt daran fest, dass für die Annahme eines unfallbedingten Knorpelschadens ein Knochenmarködem in der Patella vorliegen müsste. Da ein solches Ödem nicht festgestellt worden sei, könnten die retropatellären osteochondralen Läsionen nicht auf das Unfallereignis zurückgeführt werden.

4.17 Der behandelnde Psychiater Dr. med. Q.____ schrieb den Versicherten aufgrund einer vorerst mittelgradigen und später schweren Episode sowie einer seit Jahren bestehenden chronischen Schmerzstörung zu 100 % arbeitsunfähig. Der Versicherte sei aufgrund der massiven Antriebsstörung, des Konzentrationsmangels, der beeinträchtigten Gedächtnisleistung, der fehlenden Belastbarkeit, der fehlenden Geduld, der Schmerzen, der Immobilität sowie der raschen

Ermüdbarkeit aktuell nicht erwerbsfähig (vgl. Berichte vom 20. November 2019, 10. Februar 2020 und 28. Mai 2020).

5.1 Die Suva stützte sich bei der Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. September 2019 in somatischer Hinsicht auf die kreisärztlichen Beurteilungen von Dr. D.____ vom 25. Juli 2019 und von Dr. E.____ vom 13. August 2019 und 21. Februar 2020. Sie ging demzufolge davon aus, dass keine organischen Unfallfolgen mehr vorliegen würden. Dieses Ergebnis der vorinstanzlichen Beweismwürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.2 hier vor), kommt nach der Rechtsprechung den Berichten beratender Ärzte des Versicherungsträgers zwar nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Ein solcher Bericht ist aber soweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.7). Vorliegend besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen der Dres. D.____ und E.____ zu zweifeln. Es ist vielmehr festzuhalten, dass sich sowohl Dr. D.____ als auch Dr. E.____ einlässlich mit den bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen umfassend auseinandersetzen und die Unfallkausalität schlüssig verneinten.

5.2 Im Streit steht die Unfallkausalität einer allfälligen Läsion des Nervus femoralis und des bildgebend objektivierbaren, retropatellären Knorpelschadens. Dr. D.____ stützte seine Ansicht, wonach aus neurologischer Sicht keine Schädigung des Nervus femoralis vorliege und die Paresen, die Oberschenkelatrophie sowie die schmerzhaften Sensibilitätsstörungen bei der gesamten rechten unteren Extremität nicht unfallkausal seien, auf die Berichte von Dr. H.____ vom 25. September 2018 und Prof. O.____ vom 31. Mai 2019. Dabei überzeugt die Beurteilung von Prof. O.____. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass die elektrophysiologische Untersuchung – im Gegensatz zu denjenigen durch Dr. H.____ sowie Dr. J.____ und Dr. L.____ – vollständig durchgeführt werden konnte. Auch in klinischer Hinsicht konnte der Versicherte – bis auf zwei einzelne Testungen – umfassend untersucht werden. Prof. O.____ kam gestützt auf seine Befunde zum Schluss, dass das Vorliegen einer Läsion des Nervus femoralis in neurologischer Hinsicht nicht bestätigt werden könne. Er schloss zwar nicht aus, dass es bei der Arthroskopie vom 18. Juli 2018 beim Anlegen des Femoraliskatheters zu einer leichten Schädigung des Nervus femoralis gekommen sei. Er betrachtete es jedoch nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass es tatsächlich zu einer solchen Schädigung gekommen sei; er ordnete die Beschwerden vielmehr einer somatoformen Schmerzstörung zu. Die abweichenden Auffassungen von Dr. J.____, Dr. L.____ und Dr. K.____, welche von einer nachgewiesenen axonalen Verletzung des Nervus femoralis ausgehen, die entweder auf das Unfallereignis oder auf eine Schädigung durch das Anlegen des Femoraliskatheters zurückzuführen sei, erweisen sich als nicht genügend beweiskräftig. Dr. K.____ und Dr. L.____ stützen sich auf ihre eigenen klinischen Untersuchungen und auf die elektroneurographischen und elektromyographischen Befunde von Dr. J.____. Die Ergebnisse von Dr. J.____ sind jedoch nur beschränkt aussagekräftig, da die Untersuchungen nur unter Hypnose durchgeführt werden konnten, während diejenigen von Prof. O.____ lediglich der Abgabe eines Beruhigungsmittels bedurften. Dr. J.____ erachtete zwar die Befunde mit dem Vorliegen einer ausgeprägten axonalen Schädigung der Nervus femoralis als "vereinbar". Gleichzeitig hielt sie aber in ihrer Diagnoseaufstellung fest, dass der Nachweis einer peripheren neurogenen

Läsion fehle. Selbst Dr. L.____ stellte in ihrem Bericht vom 22. Februar 2019 ausdrücklich und Dr. K.____ in seinem Bericht vom 12. Februar 2019 implizit fest, dass eine strukturelle Nervenläsion in der Bildgebung nicht nachgewiesen werden können. Bei dieser Sachlage hat die im Raum stehende Schädigung des Nervus femoralis als nicht objektivierbar zu gelten. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass Dr. D.____ insbesondere die Beurteilung von Prof. O.____ als ausschlaggebend erachtet hat und davon ausgegangen ist, dass keine Schädigung des Nervus femoralis vorliege. Daran ändert auch der MRT-Bericht vom 17. Dezember 2018 nichts, in welchem festgestellt wurde, dass eine Nervenschädigung zwischen den Abgängen der Äste des Musculus sartorius und des rectus femoris liegen müsse. Bei dieser Äusserung handelt es sich lediglich um eine Vermutung, was jedoch beweisrechtlich nicht genügt, um von einer objektivierbaren Läsion des Nervus femoralis ausgehen zu können (vgl. BGE 121 V 204 E. 6b, 117 V 194 E. 3b). Auch mit der Beurteilung von Dr. E.____ vom 11. Januar 2019, in welchem dieser feststellte, eine Schädigung am Nervus femoralis sei messtechnisch nachgewiesen, lässt sich der Nachweis einer solchen Schädigung nicht erbringen. Weiter machte Dr. D.____ zu Recht auf Inkonsistenzen aufmerksam. So habe Prof. O.____ bei seiner Untersuchung bei unbewussten Bewegungsabläufen Bewegungen von plegischen Muskelgruppen feststellen können, was aber nicht zu den angegebenen Paresen passen würde. Ebenso würden die von Prof. O.____ in seiner Beurteilung festgehaltenen positiven Hooverzeichen, wonach eine Innervation des paretischen Beines beim Anheben des kontralateralen nicht paretischen Beines erfolgt sei, auf inkonsistente Beschwerdeangaben schliessen lassen. Auch Dr. L.____ stellte in ihrem Bericht vom 22. Februar 2019 fest, dass die schmerzbedingte Minderinnervation von Muskeln nicht zu erklären sei, zumal sich diese Muskeln in der elektromyographischen Untersuchung als unauffällig zeigten.

5.3 Mit der bildgebend nachgewiesenen retropatellären osteochondralen Läsion am rechten Kniegelenk setzte sich Dr. E.____ in seinen Beurteilungen vom 13. August 2019 und 21. Februar 2020 eingehend auseinander. Seine Ausführungen, wonach ein Knorpelschaden hinter der Knie-scheibenrückfläche (Patella) nur dann auf das Unfallereignis zurückgeführt werden könne, wenn ein Knochenmarködem hinter der Patella vorliege, sind nachvollziehbar und mit Hinweisen auf die Fachliteratur belegt. Anhaltspunkte, welche Zweifel an der Zuverlässigkeit dieser medizinischen Ausführungen erwecken könnten, ergeben sich keine aus den Akten. Im Bereich der Patella, des femoropatellaren Gleitlagers und der Femurkondyle konnten keine Knochenmarködeme nachgewiesen werden. Die in der MRT vom 4. Januar 2018 sichtbaren Knochenmarködeme befanden sich im oberen Teil der Tibia, aber nicht bei der Patella. Bei der Patella handelt es sich jedoch um einen von der Tibia klar unterscheidbaren, knöchernen Gelenkkörper des Knies (vgl. PSCHYREMBEL ONLINE: URL: <https://bit.ly/3eMQqxP> [7. 7.2021]). Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn Dr. E.____ aufgrund der Bildgebung zum Schluss kommt, dass kein Hinweis auf eine unfallbedingte Knorpelschädigung an der Rückfläche der Patella bestehe. Nicht zuletzt sprechen auch die fehlenden Begleitverletzungen an den Kniestrukturen gegen das Vorliegen einer traumatischen Ursache der retropatellären Knorpelschädigung (vgl. Literaturhinweis von Dr. E.____ in seiner Beurteilung vom 13. August 2019). Hierzu ist insbesondere auf den MRT-Befund vom 30. August 2018 zu verweisen, in welchem festgestellt wurde, dass die Kniebinnenstrukturen vollständig erhalten seien (vgl. auch Verlaufsbericht von Dr. K.____ vom 4. Januar 2018 bis 2. Februar 2018). Daran ändert auch der Verweis des Versicherten auf der MRT-Befund vom 4. Januar 2018 nichts, wonach eine zentrale Stauchung des retropatellären Knorpels mit

Verdacht auf eine Einblutung und oberflächliche Unregelmässigkeit insbesondere an der medialen Facette festgehalten wurde. Denn ein Verdachtsbefund reicht nicht aus, um mit im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer unfallbedingten retropatellären Knorpelschädigung ausgehen zu können (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.4 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilungen der Dres. D.____ und E.____ bestehen, weshalb darauf abzustellen ist. Auch wenn die vom Versicherten geäusserten Beschwerden alleine schon aufgrund der ausgeprägten Atrophie am rechten Bein glaubhaft sind, sind sie nicht hinreichend objektivierbar. Denn nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann erst dann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen hinreichend bestätigt wurden (BGE 138 V 248 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008, 8C_806/2007, E. 8.2 mit zahlreichen Hinweisen). Dies ist vorliegend nicht der Fall, weshalb der Versicherte die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat, da er aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten möchte (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juni 2014, 9C_701/2013, E. 4.1; BGE 117 V 261 E. 3b mit Hinweis). Es ist demzufolge nicht zu beanstanden, dass die Suva davon ausging, dass zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. September 2019 die geklagten, somatischen Beeinträchtigungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Unfallereignis vom 26. Dezember 2017 zurückzuführen seien und deshalb für deren Behandlung keine Leistungspflicht bestehe.

6.1 Aufgrund der medizinischen Aktenlage durfte die Suva – entgegen der Ansicht des Versicherten – zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. September 2019 den adäquaten Kausalzusammenhang nach Massgabe von BGE 115 V 133 prüfen. Denn gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist die Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 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 144 V 354 E. 4.2 und 134 V 109 E. 6.1). Ist ein Endzustand der organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen eingetreten, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruches auf eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen, 134 V 109 E. 4.1). Aus den vorstehend geschilderten medizinischen Unterlagen geht klar hervor, dass beim Versicherten im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende September 2019 keine nachweisbaren somatischen Unfallfolgen mehr vorlagen, sondern ausschliesslich psychische und allenfalls organisch nicht hinreichend nachweisbare Unfallfolgeschäden. Unter diesen Umständen durfte die Suva den Fallabschluss per Ende September 2019 vornehmen und im Hinblick auf einen allfälligen Anspruch auf eine Invalidenrente auf diesen Zeitpunkt hin prüfen, ob die beim Versicherten vorhandenen psychischen bzw. nicht objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 26. Dezember 2019 stehen. Da sich der Versicherte beim Schlittelunfall weder ein Schleudertrauma der HWS, noch eine adäquanzrechtliche äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma zugezogen hatte, hat die Suva zu Recht die Adäquanzprüfung nach BGE 115 V 133 vorgenommen. Damit sind die vom

Versicherten in der Beschwerde vom 9. November 2020 aufgeführten Kriterien gemäss Schleudertrauma-Praxis nicht anwendbar.

6.2.1 Für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist an das (objektiv erfassbare) Unfallereignis anzuknüpfen. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können (BGE 134 V 109 E. 10.1; SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2/07 E. 5.3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 1. Juni 2011, 8C_100/2011, E. 3.4 Ingress, nicht publ. in: BGE 137 V 199).

6.2.2 Vorliegend fuhr der Versicherte am 26. Dezember 2017 auf einem Schlitten, als er beim Versuch, einem anderen Schlitten auszuweichen, frontal in eine von Schnee bedeckten Mauer fuhr. Dabei zog er sich eine Tibiaplateau-Impressionsfraktur zu (vgl. Schadenmeldung UVG vom 3. Januar 2018; Arztzeugnis UVG von Dr. med. R.____, FMH Allgemeinmedizin, vom 10. Februar 2018). Aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften ist das Ereignis mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu leichteren Ereignissen zu qualifizieren (vgl. zur bundesgerichtlichen Kasuistik: ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 64).

6.3.1 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und Folgen ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Es sind daher weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.3). Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 115 V 133 E. 6c/aa):

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

6.3.2 Bei mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu leichten Unfällen müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs entweder ein einzelnes in besonders ausgeprägter Weise oder aber vier dieser Kriterien erfüllt sein (vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 64 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C_897/2009, E. 4.5).

6.4.1 Die Kriterien "besonders dramatische Begleitumstände" und "besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sind objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 207, U 287/97 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2008, U 56/07, E. 6.1). Der Versicherte erachtet den Unfall vom 26. Dezember 2017 als besonders eindrücklich, weil er beim Schlitteln mit gestrecktem Bein in eine hinter einem Schneewalm versteckten Mauer geprallt sei. Es ist nachvollziehbar, dass der Versicherte den Vorfall in subjektiver Hinsicht als eindrücklich empfand. Objektiv betrachtet und unter Berücksichtigung der Tatsache, dass jedem mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit innewohnt (BGE 135 I 169 nicht publ. E. 7.2 des Urteils vom 15. Juni 2009, 8C_807/2008; Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2016, 8C_611/2016, E. 3.4 mit weiteren Hinweisen), kann das Unfallereignis aber, so wie es sich vorliegend insgesamt zugetragen hat, nicht als besonders dramatisch oder eindrücklich im Sinne der massgebenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung bezeichnet werden, womit diese Kriterien nicht erfüllt sind.

6.4.2 Auch das Kriterium der Schwere oder der besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist nicht erfüllt. In BGE 140 V 356 E. 5.5.1 setzte sich das Bundesgericht näher mit diesem Kriterium auseinander und wies auf die Kasuistik in seinem Urteil vom 6. November 2012, 8C_398/2012, E. 6.2.1 f. hin. Auch wenn sich der Versicherte beim Unfall vom 26. Dezember 2017 eine Knochenfraktur zuzog, war diese Verletzung im Lichte der bundesgerichtlichen Kasuistik weder besonders schwer noch von besonderer Art, um erfahrungsgemäss eine psychische Fehlentwicklung herbeiführen zu können.

6.4.3 Desgleichen können die Kriterien "ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung" und "körperliche Dauerschmerzen" nicht bejaht werden. Zwar steht der Versicherte seit dem Schlittlunfall in ärztlicher Behandlung. Das Gericht ist überzeugt davon, dass der Versicherte erhebliche Schmerzen hat und er deswegen in seiner Mobilität eingeschränkt ist. Es kann jedoch nicht darüber hinweggesehen werden, dass sich die geklagten Schmerzen nicht genügend objektivieren lassen. Da organisch nicht hinreichend erklärbare Beschwerden und psychische Beeinträchtigungen bei einer Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen sind, ist das Vorliegen dieser beiden Kriterien rechtsprechungsgemäss zu verneinen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 28. Januar 2016, 8C_649/2015, E. 6.2 und vom 28. April 2010, 8C_903/2009, E. 4.6).

6.4.4 Das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ist nicht erfüllt. Für die Annahme, dass bei der Arthroskopie vom 18. Juli 2018 der Nervus femoralis beim Anlegen eines Femoraliskatheters verletzt wurde, fehlt ein rechtsgenügender Nachweis.

6.4.5 Aus der ärztlichen Behandlung und der erheblichen Beschwerden kann nicht schon auf ein Erfüllen des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen geschlossen werden. Die Einnahme von Medikamenten und die Durchführung von verschiedenen Therapien genügen nicht für die Bejahung dieses Kriteriums. Es bedarf hierzu besonderer

Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. November 2014, 8C_496/2014, E. 4.6). Solche Gründe sind vorliegend nicht ersichtlich und werden vom Versicherten auch nicht geltend gemacht.

6.4.6 Schliesslich ist hinsichtlich des Kriteriums des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit festzuhalten, dass gemäss der medizinischen Aktenlage die organisch nachgewiesenen Unfallfolgen zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. September 2019 verheilt waren und keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründeten. Die heute bestehende Arbeitsunfähigkeit ist vorwiegend auf die psychischen Störungen zurückzuführen, welche jedoch bei diesem Kriterium nicht massgebend sind (BGE 115 V 133 E. 6c/aa). Demnach ist auch dieses Kriterium als nicht erfüllt zu betrachten.

6.4.7 Somit ist keines der Adäquanzkriterien erfüllt. Folglich muss nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung der adäquate Kausalzusammenhang zwischen allfälligen nicht objektivierbaren somatischen sowie psychischen Beschwerden und dem Unfallereignis vom 26. Dezember 2017 verneint werden. Bei diesem Ergebnis könnte die Adäquanz selbst dann nicht bejaht werden, wenn – wie der Versicherte geltend macht – von einem mittelschweren Unfallereignis im engeren Sinn auszugehen wäre.

7. Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Suva ihre Leistungspflicht für die vom Versicherten geklagten, jedoch organisch nicht nachweisbaren Beschwerden und für die psychischen Beeinträchtigungen abgelehnt und die Versicherungsleistungen per 30. September 2019 eingestellt hat. Die gegen den betreffenden Einspracheentscheid vom 9. Oktober 2020 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

8. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.