

200 20 615 UV
KNB/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. November 2020

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 30. Juni 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1968 geborene A._____ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) bezog ab dem 16. Juni 2017 Arbeitslosentaggelder und war dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend Suva oder Beschwerdegegnerin) obligatorisch nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) versichert (Akten der Suva [act. II] 1; vgl. auch Art. 1a Abs. 1lit. b UVG). Am 8. Februar 2019 (act. II 1) wurde er in einen Auffahrunfall verwickelt. Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und kam für Heilbehandlung und Taggelder auf (vgl. u.a. act. II 12 f.). In der Folge tätigte sie diverse Abklärungen. Insbesondere holte sie eine biomechanische Kurzbeurteilung vom 8. Oktober 2019 (act. II 98) sowie eine ärztliche Beurteilung von Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, vom 31. Januar 2020 (act. II 121) ein. Mit Verfügung vom 18. Februar 2020 (act. II 128) stellte die Suva die vorübergehenden UVG-Versicherungsleistungen (Taggelder und Heilungskosten) im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 8. Februar 2019 per 18. Februar 2020 ein und verneinte den Anspruch des Versicherten sowohl auf eine UVG-Invalidenrente als auch auf eine Integritätsentschädigung. Die dagegen erhobene Einsprache (act. II 141) wies sie mit Entscheid vom 30. Juni 2020 (act. II 152) ab.

B.

Mit Eingabe vom 25. August 2020 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen.
2. Das Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren sei zu sistieren.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 17. September 2020 auf Abweisung der Beschwerde.

Der Instruktionsrichter wies mit prozessleitender Verfügung vom 21. September 2020 den Sistierungsantrag ab und schloss das Beweisverfahren.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet der die Verfügung vom 18. Februar 2020 (act. II 128) bestätigende Einspracheentscheid vom 30. Juni 2020 (act. II 152). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die vorübergehenden UVG-Versicherungsleistungen per 18. Februar 2020 einstellte und in Verneinung eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 8. Februar 2019 und den geklagten Beschwer-

den den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung verneinte.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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 entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

2.3.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.3.3 Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 S. 472; SVR 2017 UV Nr. 41 S. 143 E. 5.2).

2.4

2.4.1 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 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage – im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang – nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (vgl. BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.4.2 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.4.3 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen indessen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Be-

schwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen (diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw.; BGE 119 V 335 E. 1 S. 338, 117 V 359 E. 4b S. 360) zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber bereits unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind (vgl. RKUV 2002 U 465 S. 438 E. 3a). Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109, 117 V 359) festgelegten Kriterien, d.h. ohne Unterscheidung zwischen körperlichen und psychischen Beschwerden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112, 127 V 102 E. 5b bb S. 103). Ebenfalls nach BGE 115 V 133 vorzugehen ist, wenn bei einer versicherten Person bereits vor dem Unfall psychische Beschwerden vorlagen, die durch das Unfallereignis verstärkt wurden (Entscheid des BGer vom 15. Juni 2007, U 159/05, E. 2.2).

2.4.4 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S.

359, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 76 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;

- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 102 E. 4.2.2). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

2.5 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Ge-

wicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 14 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2019 UV Nr. 4 S. 16 E. 3.2.3.1).

3.

3.1 Es ist unter den Parteien unbestritten und aufgrund der Akten erstellt, dass der Beschwerdeführer am 8. Februar 2019 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat. Mit Blick auf die umstrittene Leistungseinstellung per 18. Februar 2020 ist nachfolgend zu prüfen, ob die anhaltend geklagten Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfall stehen. Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Der den Versicherten bis Mitte 2019 behandelnde Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 7. Juni 2019 (act. II 56) einen Status nach HWS-Schleudertrauma mit Commotio cerebri am 8. Februar 2019. Die Beschwerden bezüglich HWS hätten deutlich gebessert; nun sei es zu einem Rückfall betreffend die LWS gekommen. Bezüglich HWS sei von einem Behandlungsabschluss auszugehen. Eine Arbeitsunfähigkeit werde aus krankheitsbedingten Gründen wegen der LWS ausgestellt. Vorbestehend läge ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen und Status nach LWS-Infiltration im Januar 2019 vor. Als psychosozialer Faktor bestünde ein Stellenverlust im Herbst 2018 wegen Lumbalgien und Zukunftsängsten.

3.1.2 Im Bericht der Klinik E._____ betreffend ein ambulantes Assessment vom 18. Juli 2019 (act. II 75) wurde unfallbedingt eine HWS-Distorsion QTF I sowie ein akuter Kopfschmerz diagnostiziert. Unfallunabhängig bestünden eine Hypertonie, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit tieflumbalen Rückenschmerzen und pseudoradikulärer Ausstrahlung ins rechte Bein sowie eine axiale Hiatushernie ohne Refluxösophagitis, Antrumgastritis. Aktuell bestünden eine erhebliche Symptomausweitung, Schmerzen im Bereich der LWS, Schlafstörungen, bewe-

gungs- und belastungsverstärkte Nackenschmerzen, ein Schwindel und eine Mobilität an zwei Unterarmstützen.

3.1.3 PD Dr. med. F. _____, praktischer Arzt sowie Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 26. Juli 2019 (act. II 136) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit tieflumbalen Rückenschmerzen und pseudoradikulärer Ausstrahlung ins rechte Bein sowie ein HWS-Schleudertrauma am 8. Februar 2019. Nach der epiduralen Infiltration auf Höhe LWK4/5 seien anschliessend etwa zehn Tage noch verstärkt tieflumbale Rückenschmerzen vorhanden gewesen, welche sich in der Folge jedoch deutlich gebessert hätten. Nach wie vor bestünden belastungsabhängig zunehmende panvertebrale, lumbal und nuchal aktuell am stärksten ausgeprägte Rückenschmerzen, welche in erster Linie pseudoradikulär über die Glutealregion ins rechte Bein ausstrahlten. Sensomotorische Ausfälle oder Miktions-/Defäkationsstörungen lägen nicht vor. Es bestehe eine ausgeprägte Verspannung der autochthonen Rückenmuskulatur; der Versicherte verwende zur Entlastung einen Gehstock. Die Infiltrationsbehandlung habe ihm hinsichtlich der Lumbalgie mit Schmerzausstrahlung ins rechte Bein ohne klare radikuläre Zuordnung nach rund zehn Tagen eine Beschwerdelinderung verschafft, wobei nach wie vor stark störende Schmerzen vorhanden seien. Neurologische Defizite bestünden nicht. Er (PD. Dr. med. F. _____) empfehle eine intensive physiotherapeutische Behandlung zur Lockerung und Entspannung der Rückenmuskulatur sowie zur Verbesserung der Haltung und zum vorsichtigen Rücken Aufbau. Aus neurochirurgischer Sicht sei eine Umschulung auf eine Tätigkeit ohne schwere Rückenbelastung und ohne die Notwendigkeit des längeren ununterbrochenen Sitzens zu empfehlen.

3.1.4 Dr. med. G. _____, praktische Ärztin, diagnostizierte im Bericht vom 15. August 2019 (act. II 84) einen chronifizierten depressiven Zustand (ICD-10 F32.3), eine akute Belastungssituation (ICD-10 F43.1), einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sowie ein Status nach Unfall im Februar 2019. Seit dem besagten Unfall habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert. Er habe auch vor dem Unfall schon Probleme mit der LWS gehabt und auch Infiltrationen an der Wirbelsäule durchführen lassen. Nach dem Unfall habe sich der Zustand an

der Wirbelsäule verschlechtert. Der Versicherte klagt über massive Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Ebenso habe er Nacken- und Kopfschmerzen, wodurch sich ein depressiver Zustand entwickelt habe. Er werde seit einem Jahr mit Antidepressiva behandelt. Im Vordergrund stehe eine depressive Stimmung mit Antriebslosigkeit, Verzweiflung, Flash-Back und Erinnerung an die Unfallsituation. Der Versicherte habe weiterhin Angstzustände und könne weiterhin wegen der Traumaerlebnisse nicht Autofahren. Weiter bestünden Gedankenkreisen. Seine Bewegungen seien massiv eingeschränkt und er werde im Haushalt von seiner Ehefrau unterstützt. Es liege eine innere Leere vor, der Versicherte sei verzweifelt, lebe zurückgezogen und isoliert, habe keine sozialen Kontakte und leide an ausgeprägten Schlafstörungen und Schmerzen. Letztere hätten die Lebensqualität deutlich verschlechtert. Früher sei er in der Familie und bei der Arbeit eine aktive und engagierte Person gewesen, aktuell sei er wegen der psychischen und körperlichen Erkrankung massiv eingeschränkt. Auffällig seien auch die reduzierten kognitiven Funktionen wie Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit, Lärm- und Lichtempfindlichkeit. Der Leidensdruck sei ausgeprägt. Ziel der Behandlung sei weiterhin die Verbesserung des psychischen Zustandes. Aktuell sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig.

Im Bericht vom 27. November 2019 (act. II 111) stellte Dr. med. G._____ die "psychiatrische Diagnose" depressive Reaktionen bei akuter Belastungssituation (ICD-10 F43.21, Status nach Unfall mit Körperverletzung). Der Versicherte wirke wach und allseits orientiert. Die Konzentration und die Aufmerksamkeit seien unauffällig, das formale Denken kohärent. Er sei eingeengt auf seine psychische Verfassung, fühle sich innerlich leer, habe die Lebensfreude verloren, fühle sich erschöpft, kraftlos und verzweifelt. Innerlich sei er unruhig. Er klagt über Schlafstörungen und Rückenschmerzen. Der Versicherte arbeite seit ca. drei Jahren im ... als Anamnestisch hätte er immer schon Probleme mit der lumbalen Wirbelsäule (Diskushernie) gehabt. Seit dem Autounfall vom 8. Februar 2019 habe sich sein persönlicher Zustand zunehmend verschlechtert (Schmerzen im Rückenbereich mit Bewegungseinschränkung, Problemen bei der Körperhaltung sowie starken Schmerzen im Rücken seit Monaten). Seit dem Unfall sei auch sein psychischer Zustand stark betroffen. Der Versi-

cherte habe einen depressiven Zustand entwickelt mit massivem Leidensdruck, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Verzweiflung und Zukunftsängsten. Seine Lebensqualität habe sich aufgrund der Rückenschmerzen deutlich verschlechtert. Die Schmerzen seien "präzisierend" und würden ihn im Alltag sehr einschränken (Körperpflege, Fortbewegung und verschiedene Aktivitäten). Auch bei der Arbeit und im sozialen Leben sei er massiv eingeschränkt. Zur Stabilisierung seines psychischen Zustandes und zur Verbesserung der Schmerzen wie auch der Depressionen sei eine stationäre Behandlung indiziert.

3.1.5 Dr. med. C. _____ von der Suva führte in ihrer Beurteilung vom 31. Januar 2020 (act. II 121) aus, der Versicherte hätte am 8. Februar 2019 einen Auffahrunfall erlitten. Seither beklage er Schmerzen an der Wirbelsäule und Kopfschmerzen. Ein CT des Schädels, der HWS und der oberen BWS am Unfalltag hätten keine unfallkausale strukturelle Läsion gezeigt. Das konventionelle Röntgen der BWS und LWS habe die bekannte Degeneration L5/S1 bei vorbestehender Lumbalgie gezeigt, welche von PD Dr. med. F. _____ bereits vor dem Unfallereignis behandelt worden sei. Ein im April 2019 durchgeführtes MRI der HWS habe ebenfalls keine unfallkausale strukturelle Läsion gezeigt. Im neurologischen Konsilium fänden sich keine neurologischen Auffälligkeiten. An der HWS sei es zu keiner strukturell objektivierbaren Folge des Unfalls gekommen. Im Bereich der LWS bestehe ein bekannter Vorzustand mit behandelter chronischer Lumbalgie. Nach dem Unfall diesbezüglich erstellte Röntgenbilder hätten keine strukturellen Läsionen ergeben. Die Beschwerden würden bezüglich Lokalisation nach dem Unfall als unverändert zu vorher beschrieben, nur an Intensität verstärkt. Von weiteren Behandlungen sei keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Die Arbeitsfähigkeit als ... sei wie vor dem Auffahrunfall vom 8. Februar 2019 zu beurteilen.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, oh-

ne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354). Die Kreisärzte der Suva sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spezialärztliche Stellung zu, wobei diese neben überwachenden und korrigierenden auch

beratende Funktion umfasst (Entscheid des BGer vom 3. Oktober 2008, 8C_510/2007, E. 7.5.4). Gleiches gilt für die Ärzte der Versicherungsmedizin der Suva.

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im Wesentlichen auf die von ihr veranlasste versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. C._____ vom 31. Januar 2020 (act. II 121). Diese erfüllt die Voraussetzungen an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2 hiavor) und überzeugt. Dr. med. C._____ hat sich in ihrer Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen in Übereinstimmung mit den Akten getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Einer eigenen Untersuchung bedurfte es nicht, da der medizinische Sachverhalt feststeht und es allein um die medizinische Würdigung dieses Sachverhalts geht. Zudem hätte eine persönliche Befragung/Untersuchung in Bezug auf die Fragestellung der Kausalität keine zusätzlichen sachdienlichen Informationen ergeben (vgl. Entscheid des BGer vom 17. Juni 2013, 8C_224/2013, E. 3.1). Daher wie auch gestützt auf die nachfolgenden Ausführungen und entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5) braucht das von der IV-Stelle Bern bei der Begutachtungsstelle H._____ (MEDAS) für die Klärung allfälliger Leistungsansprüche der finalen Invalidenversicherung in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (act. II 159) nicht abgewartet zu werden. Damit sind im vorliegenden Fall die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht (vgl. Entscheid des BGer vom 14. November 2007, I 1094/06, E. 3.1.1 in fine) erfüllt und der Aktenbeurteilung von Dr. med. C._____ vom 31. Januar 2020 (act. II 121) kommt voller Beweiswert zu, weshalb in der Folge darauf abzustellen ist. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, vermag – wie nachfolgend dargelegt – daran nichts zu ändern.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Dr. med. C._____ habe sich nicht mit dem Bericht bezüglich des stationären Aufenthalts in der Klinik I._____ vom 5. März 2020 (act. II 142) auseinandergesetzt (Beschwerde S. 3), kann er nichts zu seinen Gunsten ableiten. Wie er selber

vorbringt und sowohl dem Bericht der Klinik (act. II 142) als auch schon dem Überweisungsschreiben von Dr. med. G. _____ vom 27. November 2019 (act. II 111) entnommen werden kann, erfolgte die Überweisung resp. die stationäre Behandlung einzig wegen des psychischen Gesundheitszustandes. Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht festhält (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 f. Ziff. 6.1), muss gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung (E. 2.3.3 hiervor) die Frage, ob eine natürlich unfallkausale psychische Störung vorliegt oder nicht, dann nicht abschliessend beurteilt werden, wenn es – wie nachfolgend unter E. 4 hiernach dargelegt – ohnehin am adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis fehlt. Weitere Ausführungen bezüglich Verlauf und Intensität der geklagten psychischen Beschwerden, erübrigen sich damit und hierzu bedurfte es entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5) keiner Stellungnahme von Dr. med. J. _____. Nur der Vollständigkeit halber sei jedoch darauf hingewiesen, dass die psychischen Beschwerden – entgegen den Andeutungen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 2 f.) – nicht erst im Anschluss an das erlittene Unfallereignis vom 8. Februar 2019 aufgetreten sind, sondern bereits vorbestanden. So traten bereits im Anschluss an die Kündigung im Herbst 2018 psychische Probleme auf (vgl. Bericht von PD Dr. med. F. _____ vom 7. März 2019 [act. II 18]) und der Beschwerdeführer wurde schon vor dem Unfall mit Antidepressiva behandelt (vgl. Bericht von Dr. med. G. _____ vom 15. August 2019 [act. II 84]). Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, der Schwindel sei nicht weiter abgeklärt worden, insbesondere ob es sich um Dreh- oder Schwankschwindel handle (Beschwerde S. 4). In den Akten sind kaum Schwindelbeschwerden dokumentiert. Lediglich während eines Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin am 21. Dezember 2019 (act. II 4) gab der Beschwerdeführer deren Sachbearbeiterin gegenüber an, beim Gehen werde es ihm schwindlig. Weiter wurde im Abschlussbericht des behandelnden Hausarztes Dr. med. D. _____ vom 7. Juni 2019 (act. II 56) ein anhaltender Schwindel erwähnt und im ambulanten Assessmentbericht der Klinik E. _____ vom 18. Juli 2019 (act. II 75) wurde ein Schwindel angegeben (S. 2) bzw. ausgeführt, dieser trete nur morgens und beim Gehen auf (S. 5). Von einer diesbezüglichen Behandlung oder gar weiteren Abklärungen wurde jedoch abgesehen. Es ist deshalb nicht von einem behandlungsbedürftigen Schwindel auszugehen und die Beschwerdegegnerin war nicht angehalten,

diesbezüglich nähere Abklärungen zu tätigen, zumal in den restlichen ärztlichen Berichten Schwindelbeschwerden entweder nicht erwähnt (vgl. Austrittsbericht des Spitals K. _____ vom 13. Februar 2019 [act. II 38], Berichte des bis im Juni 2019 behandelnden Hausarztes Dr. med. D. _____ vom 4. März 2019 [act. II 15] und vom 7. März 2019 [act. II 18], des danach behandelnden Hausarztes Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin vom 11. Juli 2019 [act. II 74/3] und vom 10. Dezember 2019 [act. II 106], des behandelnden Spezialisten PD Dr. med. F. _____ vom 12. Juni 2019 [act. II 76] und vom 26. Juli 2019 [act. II 136], der Klinik M. _____ vom 14. April 2019 [act. II 47], des Zentrums N. _____ vom 30. April 2019 [act. II 53] sowie von Dr. med. G. _____ vom 15. August 2019 [act. II 84] und vom 27. November 2019 [act. II 111]) oder gar explizit verneint wurden (vgl. Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma des Spitals K. _____ vom 8. Februar 2019 [act. II 40] S. 2 Ziff. 4). Es handelt sich nicht um organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen (vgl. E. 2.4.2 Abs. 2).

Die Annahme des Beschwerdeführers, gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 8. Oktober 2019 (act. II 98) seien seine Beschwerden "eher" erklärbar (Beschwerde S. 3 f.), kann nicht gefolgt werden. In der besagten Kurzbeurteilung wird nicht davon ausgegangen, dass sämtliche vom Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 8. Februar 2019 geklagten Beschwerden durch das Unfallereignis "eher" erklärbar seien, sondern lediglich jene, welche von der HWS ausgingen; eine biomechanische Kurzbeurteilung vermag für sich allein im Übrigen keinen abschliessenden Kausalitätsbeweis zu erbringen. Zudem ist zu berücksichtigen, dass den Verfassern der biomechanischen Kurzbeurteilung offensichtlich nicht sämtliche Akten, insbesondere nicht jene zum Vorzustand, vorlagen, wenn sie ausführen, bezüglich degenerativer Vorzustände sei in den ihnen vorliegenden Unterlagen nichts erwähnt. Diese Aussage widerspricht offensichtlich den tatsächlichen Gegebenheiten. Der Beschwerdeführer war bereits vor dem Unfall vom 8. Februar 2019 wegen Rückenbeschwerden in ärztlicher Behandlung (vgl. u.a. act. II 4), es erfolgten bereits vor dem Unfall mehrmals Infiltrationen an der Wirbelsäule (vgl. act. II 16 und 84) und er hat über die Jahre wegen dieser Beschwerden mehrmals die Arbeitsstelle verloren (vgl.

u.a. act. II 16), letztmals im Herbst 2018 (vgl. u.a. act. II 18). Ein am 31. August 2018 (act. II 16) angefertigtes MRI der LWS wurde wie folgt beurteilt: Multietagère degenerative Veränderungen der mittleren und unteren LWS-Abschnitte mit Osteochondrosen und breitbasigen subligamentären Diskusprotrusionen sowie hypertrophen, teilweise aktivierten Spondylarthrosen; paramediane subligamentäre Diskushernie LWK4/5; Streckstellung; erhaltenes Alignment (vgl. auch act. II 16 S. 2). Durch den Unfall trat dabei kein neuer objektivierbarer Schaden an der Wirbelsäule auf. So konnten im Anschluss an den Unfall computertomographisch Frakturen der HWS, BWS und LWS ausgeschlossen werden (act. II 38). Ein MRI der HWS vom 23. April 2019 ergab unauffällige Befunde mit altersentsprechenden geringen degenerativen Veränderungen sowie ein normales Knochenmarksignal ohne Knochenkontusion und ohne Hinweise für einen Zustand nach Verletzung (act. II 53 S. 2). Damit ist erstellt, dass der degenerative Vorzustand an der LWS durch den Unfall nicht richtungsgebend sondern höchstens vorübergehend verschlimmert wurde. Die zeitliche Dauer, während welcher eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall – bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule – im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung allenfalls beeinflusst wird, beträgt nach unfallmedizinischer Erfahrung sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr (SVR 2008 UV Nr. 11 S. 35 f. Ziff. 4.2.1 mit Hinweis auf die medizinische Literatur). Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass betreffend die LWS der Status quo sine vel ante spätestens per Leistungseinstellung am 18. Februar 2020 eingetreten war. Auch was die HWS betrifft, standen die über dieses Datum hinaus geklagten diesbezüglichen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in keinem natürlichen Kausalzusammenhang mehr zum Unfall. Denn die hiervor zitierte Rechtsprechung, wonach eine traumatische Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes der Wirbelsäule spätestens nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten ist, ist e maiore minus auch auf den vorliegenden Fall anzuwenden, wo eine nur altersentsprechend gering veränderte Wirbelsäule durch einen Unfall keine richtungsgebenden Schäden nach sich zieht. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält (vgl. Einspracheentscheid vom 30. Juni 2020 [act. II 152] S. 7 Ziff. 5.4 f.), sind die aktuellen Probleme mit der erheblichen Symptorausweitung, den festgestellten

muskulären Verspannungen im Rücken bzw. den Schmerzen im Bereich der LWS, der Schlafstörung, den bewegungs- und belastungsverstärkten Nackenschmerzen, dem Schwindel, der eingeschränkten Mobilität an zwei Unterarmgehstützen und den Kopfschmerzen zwar teilweise klinisch fassbar, ihnen fehlt aber ein durch apparative/bildgebende, wissenschaftlich anerkannte Untersuchungsmethoden erhobenes organisches Substrat im Sinne einer strukturellen Veränderung, die kausal auf den Unfall zurückzuführen wäre (Urteile des BGer vom 31. Mai 2010, 8C_343/2010, E. 3.2, und vom 20. August 2008, 8C_33/2008, E. 5.1). Damit erübrigen sich weitere medizinische Abklärungen und es fehlt über den 18. Februar 2020 hinaus an organisch objektiv ausgewiesenen unfallkausalen Beschwerden.

3.4 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist im Übrigen – wie nachfolgend dargelegt wird – auch der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch geltend gemachten Beschwerden und dem besagten Unfall zu verneinen. Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 18. Februar 2020 (act. II 128) war eine namhafte Verbesserung des somatischen Gesundheitszustandes nicht mehr zu erwarten (vgl. u.a. Beurteilung von Dr. med. C. _____ vom 31. Januar 2020 [act. II 121]). Die psychischen Beschwerden vermögen sodann – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 5) – keinen Aufschub des Fallabschlusses zu begründen, da sie für die Beurteilung der Adäquanz bei der sog. Psychopraxis unberücksichtigt bleiben (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 12. September 2018, 8C_493/2018, E. 3.2). Weiter standen zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung zur Diskussion. Diese verneinte am 28. Juli 2020 (act. II 157) einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, da solche zurzeit nicht mit Aussicht auf Erfolg durchgeführt werden könnten.

4.

4.1 Zur Frage, nach welcher "Praxis" für die Adäquanzprüfung vorzugehen ist (sog. Psychopraxis oder sog. Schleudertraumapraxis), äusserte sich der Beschwerdeführer in der Beschwerde nicht. Dass initial und auch in der Folge eine HWS-Distorsion diagnostiziert wurde (vgl. u.a. Bericht von Dr.

med. D. _____ vom 4. März 2019 [act. II 15]) und die zum typischen Beschwerdebild gehörenden Beschwerden (vgl. E. 2.4.3 hiervor) zumindest teilweise (Kopf- und Nackenschmerzen, Übelkeit, Erbrechen; vgl. HWS-Dokumentationsfragebogen vom 8. Februar 2019 [act. II 40 S. 2 Ziff. 4]) vorhanden waren, ist in den medizinischen Akten (vgl. u.a. act. II 15) dokumentiert, und wird von den Parteien nicht bestritten. Aus dem Umstand, dass in der Schadenmeldung UVG vom 14. Februar 2019 (act. II 1) eine Contusio cerebri bzw. eine Gehirnerschütterung angegeben wurde, vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, stammen diese Angaben doch nicht von einem Mediziner. Zwar wurde initial im unvollständigen und nicht unterschriebenen Austrittsbericht des Spitals K. _____ vom 10. Februar 2019 (act. II 7) eine contusio cerebri diagnostiziert und diese Diagnose in der Folge vom Hausarzt Dr. med. D. _____ in den Berichten vom 4. März 2019 (act. II 15) und vom 7. Juni 2019 (act. II 56) übernommen. In der Folge gingen die Ärzte teilweise von einer Contusio capitis (vgl. act. II 38, 47) bzw. einer Contusio "cerebri" aus (act. II 84) bzw. stellten gar keine diesbezügliche Diagnose mehr (act. II 75, 76, 106, 111, 136). Der biomechanischen Kurzbeurteilung vom 8. Oktober 2019 (act. II 98) ist zu entnehmen, dass bei verneintem Kopfanprall sowie fehlendem Bewusstseinsverlust resp. fehlender Gedächtnislücke die Diagnose einer sog. Contusio cerebri, welche u.a. durch eine länger andauernde Bewusstlosigkeit und eine Gehirnverletzung definiert wird, im Widerspruch zu den in den Akten präsentierten Befunden steht (keine äusseren Verletzungen, keine Auffälligkeiten in der Bildgebung, GCS 15; S. 3). Diese Frage braucht jedoch nicht abschliessend beantwortet zu werden.

Vorliegend ist zur Frage, anhand welcher Methode die Adäquanz zu beurteilen ist, massgebend, dass die objektiv ausgewiesenen physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben – auch wenn (subjektiv) eine Beschwerdeausweitung geschildert wird – und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Ab Juni 2019 konzentrierte sich die Behandlung der somatischen Beschwerden auf die bereits vor dem Unfall vorgelegenen tieflumbalen Rückenschmerzen; bezüglich der HWS-Beschwerden wurde eine neurologische Beteiligung, radiologisch fassbare Traumafolgen und neurochirurgische Therapieoptionen ver-

neint und lediglich eine physiotherapeutische Behandlung empfohlen (vgl. u.a. Berichte von Dr. med. D. _____ vom 7. Juni 2019 [act. II 56] und von PD Dr. med. F. _____ vom 12. Juni 2019 [act. II 76]), welche in der Folge gemeinsam auch für die geltend gemachten LWS-Beschwerden durchgeführt wurde (vgl. Physiotherapieverordnung vom 26. Juli 2019 [act. II 88]). Gemäss dem Bericht von Dr. med. G. _____ vom 15. August 2019 (act. II 84) standen aus somatischer Sicht die Beschwerden der LWS im Gegensatz zu jenen bezüglich HWS-Distorsion weit im Vordergrund. Es ist – wie erwähnt – erstellt, dass die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der HWS gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise initial gegeben waren, mit der Zeit aber im Vergleich zur geltend gemachten ausgeprägten psychischen Problematik ganz in den Hintergrund traten und damit im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle spielten. Damit ist nachfolgend der adäquate Kausalzusammenhang unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu beurteilen und zwar unter Ausschluss psychischer Aspekte (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140; vgl. auch E. 2.4.3 hiervor).

4.2 Was das Unfallereignis vom 8. Februar 2019 betrifft, ergibt sich aus den Akten das Folgende: Der Beschwerdeführer sass angegurtet (act. II 40 S. 1 Ziff. 2b) am Steuer seines eigenen Personenwagens, als er auf der Autobahn infolge starken Verkehrsaufkommens bis zum Stillstand abbremsten musste. Das nachfolgende Fahrzeug konnte aufgrund des zu geringen Sicherheitsabstandes nicht mehr rechtzeitig abbremsten und kollidierte mit dem Fahrzeug des Beschwerdeführers (act. II 44 S. 6 f.). Nach der Rechtsprechung werden Auffahrkollisionen auf ein (haltendes) Fahrzeug regelmässig als mittelschweres, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegendes Ereignis eingestuft (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 4. Januar 2011, 8C_862/2010, E. 4.2). Davon ist auch im vorliegenden Fall auszugehen. Zwar wurde sein Auto bei der Kollision beschädigt (vgl. u.a. act. II 44 S. 7). Er konnte jedoch danach als Lenker mit dem Auto weiterfahren und bedurfte am Unfallort keiner ärztlichen Betreuung (act. II 40 S. 1 Ziff. 3). Nach dem Gesagten kann daher die Adäquanz nur bejaht werden, wenn mindestens vier der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (vgl. E. 2.4.4).

4.2.1 Das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls ist vorliegend nicht erfüllt. So ist das Kriterium objektiv zu beurteilen und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person. Jedem mindestens mittelschweren Unfall ist eine gewisse Eindrücklichkeit eigen, welche somit noch nicht für die Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (BGE 140 V 356 E. 5.6.1 S. 366, 134 V 109 E. 10.2.1 S. 127; SVR 2016 UV Nr. 21 S. 69 E. 5.3.2). Die Rechtsprechung hat dabei insbesondere etwa in Erwägung gezogen, ob das Ereignis objektiv einen unmittelbar lebensbedrohenden Charakter habe (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Dezember 2016, 8C_611/2016, E. 3.4), was vorliegend offensichtlich zu verneinen ist. Daran vermag der Einwand des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 4), wonach die biomechanische Kurzbeurteilung ein Delta-V ergeben habe, das die Beschwerden eher erkläre und weshalb von einem heftigen Unfall auszugehen sei, der eine gewisse Eindrücklichkeit in sich habe, welche in der Regel bei HWS-Distorsionsverletzungen nicht gegeben sei, nichts zu ändern. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die Ehefrau des Beschwerdeführers, welche beim Unfall ebenfalls im Auto sass und ebenfalls bereits vor dem Unfall an behandlungsbedürftigen Rückenbeschwerden litt (act. IIA 34), ihre Arbeit als ... schon am 25. März 2019 im gleichen Umfang wie vor dem Unfall wieder aufnahm (act. IIA 41).

4.2.2 Die Diagnose eines Schleudertraumas (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich behandelten Verletzung) genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf dazu vielmehr einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 45 E. 8.5). Beim Unfall hat der Beschwerdeführer keine besondere Körperhaltung eingenommen (act. II 40 S. 1 Ziff. 2b). Auch traten die für das Schleudertrauma typischen Beschwerden nicht in besonderer Schwere auf. Wie die Beschwerdegegnerin zu

Recht darauf hinweist (vgl. Einspracheentscheid vom 30. Juni 2020 [act. II 152] S. 11 Ziff. 6.1.2) führte der Unfall zu keinen strukturellen Läsionen im Bereich der Wirbelsäule oder des Schädels. Dass die LWS des Beschwerdeführers bereits degenerativ vorgeschädigt war, führt ebenfalls nicht zur Bejahung des Kriteriums, da die Vorschädigung nicht auf einen früheren Unfall gründet (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 4. Februar 2011, 8C_680/2010, E. 5.3.1). Damit ist vorliegend das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, nicht erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Form.

4.2.3 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung setzt eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden voraus (BGE 140 V 356 E. 5.6.2 S. 366). Die Beurteilung hat nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu erfolgen. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gegeben sein. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes, (haus-)ärztliche Verlaufskontrollen sowie medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 102 E. 4.4). Wie bereits unter E. 4.1 hiervor dargelegt, konzentrierte sich die Behandlung der somatischen Beschwerden spätestens fünf Monate nach dem Unfall, ab Juni 2019, auf die schon vor dem Unfall vorgelegenen tieflumbalen Rückenschmerzen. Es fand ein ambulantes Assessment in der Klinik E. _____ statt. In deren Bericht vom 18. Juli 2019 (act. II 75) wurde eine intensivierete ambulante Therapie in Form von zwei bis drei Mal wöchentlicher Einzelphysiotherapie mit Betonung aktiver Bewegungstherapie, Heimübungen, die Beteiligung an Haushalts- und Freizeitaktivitäten mit den Enkelkindern empfohlen (S. 3). Damit ist das Kriterium vorliegend offensichtlich nicht erfüllt.

4.2.4 Das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen ist vorliegend mangels eines organisch ausgewiesenen Substrats zu verneinen (vgl. u.a. Entscheidung des BGer vom 18. September 2018, 8C_123/2018, E. 5.2.2.1).

4.2.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, ist vorliegend mangels diesbezüglichen Hinweisen in den Akten zu verneinen und wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht geltend gemacht. Gleiches gilt für das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und allfälligen erheblichen Komplikationen.

4.2.6 Weiter ist das Kriterium Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht gegeben, zumal die Arbeitsunfähigkeit ausser Acht zu bleiben hat, soweit sie auf Beschwerden zurückzuführen ist, welchen ein organisch objektiv ausgewiesenes Substrat fehlt (Entscheidung des BGer vom 10. Mai 2019, 8C_632/2018, E. 10.5). Zudem wird seit mindestens August 2019 aus psychiatrischer Sicht eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (act. II 84), welche vorliegend per se unberücksichtigt zu bleiben hat.

4.3 Nach dem Dargelegten ist vorliegend keines der sieben Kriterien erfüllt, womit die adäquate Unfallkausalität zwischen dem Unfallereignis vom 8. Februar 2019 und den geltend gemachten Beschwerden zu verneinen ist.

4.4 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht die vorübergehenden UVG-Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 8. Februar 2019 per 18. Februar 2020 eingestellt und den Anspruch sowohl auf eine UVG-Invalidenrente als auch eine Integritätsentschädigung verneint. Die Beschwerde vom 25. August 2020 erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.