

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2021 4

## Entscheid vom 12. November 2024

---

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter  
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

---

Parteien

A.\_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführer,  
vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. F.\_\_\_\_\_,

**gegen**

**Suva**, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Unfallkausalität)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (Jg. 19\_\_ ) war in einem Vollzeitpensum bei der B.\_\_\_\_\_ AG als Hilfsmonteur angestellt und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 11. Februar 2019 als Beifahrer im Geschäftsauto einen Verkehrsunfall erlitt. Der Arbeitskollege und Fahrzeuglenker verlor auf schneebedeckter Strasse die Beherrschung des Fahrzeuges, geriet auf die Gegenfahrbahn, wo es zum Zusammenstoss mit einem LKW kam (Suva-act. 1). A.\_\_\_\_\_ wurde mit dem Rettungswagen ins Spital C.\_\_\_\_\_ überführt, wo er bis zum 25. Februar 2019 hospitalisiert war. Gemäss Austrittsbericht vom 27. Februar 2019 erlitt er undislozierte Rippenfrakturen links (5-11), eine dislozierte Fraktur 3. Rippe rechts, eine nicht dislozierte Sternumfraktur, eine Contusio cordis mit leichter Troponinerhöhung im Verlauf, eine Pneumonie am 15. Februar 2019 und Verdacht auf kardiale Dekompensation am 22. Februar 2019 (Suva-act. 16). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte Versicherungsleistungen (Suva-act. 8, 73).

**B.** Mit Verfügung vom 9. Januar 2020 stellte die Suva die Leistungen per 31. Januar 2020 ein, nachdem keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen mehr vorlägen und die psychischen Beschwerden nicht unfallkausal seien. Abgelehnt wurde ebenso ein Anspruch auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung (Suva-act. 144).

**C.** Am 10. Februar 2020 erhob A.\_\_\_\_\_ Einsprache (Suva-act. 165), welche er am 28. April 2020 ergänzte (Suva-act. 173). Mit Entscheid vom 18. Dezember 2020 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 186).

**D.** A.\_\_\_\_\_ lässt am 29. Januar 2021 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

### **I. RECHTSBEGEHREN**

1. Der Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2020 (ES 01301/2020) sei aufzuheben.
2. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer weiterhin und bis auf weiteres die gesetzlichen Leistungen der Suva, insbesondere die Leistung von UVG-Taggeld und später allenfalls die Leistung einer UVG-Rente, auszurichten.
3. Es sei bezüglich der Unfallfolgen ein polydisziplinäres Gutachten zu erstellen, beinhaltend Orthopädie, HNO, Kardiologie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie, durch eine unabhängige Expertenstelle.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

### **II. SISTIERUNGSGESUCH**

Es sei das vorliegende Beschwerdeverfahren nach Eröffnung umgehend zu sistieren, bis die polydisziplinäre medizinische Untersuchung der IV-Stelle Schwyz durchgeführt ist und das entsprechende Gutachten vorliegt, und es ist dem Beschwerdeführer Gelegenheit zu geben, aufgrund der polydisziplinären medizinischen Untersuchung der IV-Stelle Schwyz die vorliegende Beschwerde innert einer angemessenen Nachfrist zusätzlich zu begründen.

Nachdem sich die Suva mit Schreiben vom 8. Februar 2021 mit der Verfahrenssistierung einverstanden erklärte, sistierte der verfahrensleitende Richter das Beschwerdeverfahren mit Verfügung vom 9. Februar 2021.

**E.** Am 12. Februar 2024 und 10. Mai 2024 erkundigte sich das Gericht beim Beschwerdeführer nach dem Verfahrensstand, worauf er am 30. Mai 2024 informierte, das polydisziplinäre Gutachten vom 4. April 2022 und das polydisziplinäre Verlaufsgutachten vom 5. Januar 2024 lägen vor, das IV-Verfahren sei noch nicht abgeschlossen. Hierauf hob der verfahrensleitende Richter am 3. Juni 2024 die Verfahrenssistierung auf und setzte dem Beschwerdeführer Frist zur Ergänzung der Beschwerdeschrift an. Diese reichte er am 20. August 2024 ein, wobei er an den Anträgen der Beschwerde vom 29. Januar 2021 festhielt.

Mit Vernehmlassung vom 23. September 2024 beantragt die Suva die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde.

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

**1.1** Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen sowie auf ein Taggeld, falls sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird die versicherte Person infolge des Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen

Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

**1.2** Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

**1.2.1** 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfele (BGE 147 V 161 E. 3.2); m.a.W. wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteil BGer 8C\_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2 je mit Hinweisen).

**1.2.2** Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt des Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 461 E. 5a je mit Hinweisen). Dabei ist es Aufgabe des Arztes, den natürlichen Kausalzusammenhang zu beurteilen, während es der Verwaltung und im Beschwerdefall dem Gericht obliegt, die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang zu beantworten (BGE 123 III 110 E. 2).

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C\_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3). Unfallfolgen sind dann organisch objektiv ausgewiesen, wenn die Untersuchungsergebnisse objektivierbar sind, d.h. reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben

des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hiebei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1; Urteile BGer 8C\_391/2022 vom 10.1.2023 E. 3.2.2; 8C\_756/2021 vom 10.2.2022 E. 4.3; 8C\_15/2021 vom 12.5.2021 E. 7.1; 8C\_493/2021 vom 4.3.2022 E. 3.3.2).

Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (BGE 138 V 248 E. 4; Urteil BGer 8C\_801/2017 vom 24.4.2018 E. 4.2.2). Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hiebei die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 E. 2.1; vgl. zum Ganzen auch: Urteil BGer 8C\_216/2009 vom 28.10.2009 E. 2, nicht publ. in: BGE 135 V 465, aber in: SVR 2010 UV Nr. 6 S. 25; SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C\_584/2010 E. 2).

Wenn ein allfälliger Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, kann die Frage, ob die geklagten, medizinisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden natürlich kausal durch ein Unfallereignis verursacht worden sind, offen gelassen werden (BGE 135 V 465 E. 5.1 mit Hinweisen). Gemäss einem allgemeinen Grundsatz ist lediglich über für den Ausgang des Verfahrens erhebliche Tatsachen Beweis zu führen (Urteil EVGer B 21/02 vom 11.12.2002 E. 3.2). Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, ist die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht entscheidrelevant. Anders ist lediglich in jenen Fällen zu entscheiden, in denen der Sachverhalt für eine einwandfreie Adäquanzprüfung nicht hinreichend abgeklärt ist (Urteil BGer 8C\_151/2009 vom 7.5.2009 E. 2.1).

**1.3** Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht einmal anerkannt, entfällt diese erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, der Gesundheitsschaden mit anderen Worten nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann

zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1; Urteil BGer 8C\_379/2023 vom 9.1.2024 E. 2.2.3).

**1.4** Ob zwischen dem 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 blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr 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 beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (vgl. BGE 146 V 51 E. 5.1).

**1.5** Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein.

Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C\_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

**1.6** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

**1.6.1** Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C\_179/2023 vom 20.10.2023 E. 4.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

**1.6.2** Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C\_587/2020 vom 5.2.2021 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

**2.1** Am 12. Februar 2019 meldete die Arbeitgeberin der Suva den vom Beschwerdeführer am Vortag erlittenen Unfall (Suva-act. 1). Zum Unfallgeschehen liegt ein Polizeibericht vor (Suva-act. 64). Der Unfallhergang wird darin wie folgt beschrieben:

Aufgrund der angetroffenen Situation, der Beschädigungen und der Spuren sowie der Aussagen der beteiligten Fahrzeuglenker und der Auskunftspersonen hat sich der Verkehrsunfall wie folgt ereignet: Am Montag, 11.02.2019 um 08:01 Uhr, fuhr Z [Lenker und Arbeitskollege des Beschwerdeführers] mit seinem Pw [...] in Ricken auf der Rapperswilerstrasse von Gebertingen kommend in Richtung Wattwil. Höhe Moos, bemerkte er zu spät, dass sich die Fahrzeuge vor ihm verkehrsbedingt stauten. In der Folge begann Z auf der schneebedeckten Fahrbahn zu bremsen. Dabei brach ihm das Heck nach rechts aus. Er versuchte den Pw mittels einer Gegenlenkung aufzufangen, was ihm misslang. Dadurch rutschte er auf den Gegenfahrstreifen, wo er frontal gegen den korrekt fahrenden Lw [...] fuhr. Durch die Wucht der Kollision wies es den Pw auf seinen Fahrstreifen zurück, wo er 90 Grad zur Fahrbahn in der Schneemauer zum Stillstand kam. Durch die Abweisung des Pw's auf seinen Fahrstreifen prallte er mit dem Heck gegen den Lastwagen sodass das Heck des Pw's beschädigt wurde.

Weiter ergibt sich aus den Polizeiakten, dass der LKW im Zeitpunkt der Kollision mit 46 km/h fuhr. Der lenkende Arbeitskollege gab zum Unfallhergang zu Protokoll: "Ich sah von weitem nicht, dass der vor mir fahrende Pw verkehrsbedingt verlangsamen musste. Als ich dies bemerkte tritt ich voll auf die Bremse. Die Fahrbahn war vereist. Ich bemerkte, dass mein Pw nicht bis zum Stauende anhalten kann. Ich blieb auf der Bremse. Dabei zog es mich langsam auf die Gegenfahrbahn. Ich versuchte noch gegen zu lenken. Dies gelang mir nicht ganz. Da fuhr ich auch schon frontal gegen den Lastwagen" (Einvernahme vom 24.2.2019 Frage 3). Er sei mit rund 55 km/h gefahren; mit Bremsen begonnen habe er rund 150m vor dem Stauende, der Bremsweg sei wegen der vereisten

Strasse lang gewesen, er denke, mit rund 40 km/h auf das Stauende gefahren zu sein.

Gemäss einer Auskunftsperson stieg der PW-Fahrer nach der Kollision aus dem Auto aus und legte sich - nach Begutachtung des PW-Schadens - sogleich in den Schnee. Er sagte gegenüber der ihn bis zur Ankunft der Polizei/des Notarztes betreuenden Auskunftsperson, das Stauende zu spät realisiert zu haben; er habe zu bremsen begonnen und sei auf der schneebedeckten Strasse ins Rutschen gekommen. Da er bemerkt habe, nicht anhalten zu können, sei er dem PW vor ihm ausgewichen und dadurch auf die Gegenfahrbahn geraten (Suva-act. 64 S. 6). Der PW-Fahrer wurde dann durch die Ambulanz ins Spital gefahren, konnte am 14. Februar 2019 aber bereits zu Hause polizeilich einvernommen werden. Er hat sich beim Unfall eine Schulterprellung links sowie Rückenschmerzen zugezogen (Einvernahme vom 24.2.2019 Frage 27). Der LKW-Fahrer blieb unverletzt.

Was die Situation des Beschwerdeführers anbelangt, so berichtete die zuweisende Sanität dem Spital C.\_\_\_\_\_, er habe das Auto nach der Kollision selbständig verlassen.

**2.2** Hinsichtlich Gesundheitszustand des Beschwerdeführers unmittelbar nach dem Unfall berichtete die Sanität dem Spital C.\_\_\_\_\_ weiter, der Airbag sei ausgelöst worden, kein Kopfanprall, keine Kopfschmerzen, Erbrechen oder Schwindel. Er habe sofort über rechts thorakale atemabhängige Schmerzen geklagt, zudem sei die LWS schmerzhaft. Tachypnoe, keine Dyspnoe. Nach der Gabe von Fentanyl zeigte sich eine Hypotonie, welche sich jedoch im Verlauf auf normwertige Blutdruckwerte stabilisierte (Suva-act. 16).

Der im Spital erhobene Status präsens ergab am Kopf fehlende Druckdolenz, Sensibilität normal; eine Prellmarke am linken Unterbauch, Abdomen weich, keine Druck- oder Klopfdolenz, regelrechte Darmgeräusche. Auch erfolgte noch am Unfalltag ein neurologischer Untersuch mit folgendem Befund: Periphere Motorik und Sensibilität grobmotorisch intakt, Hirnnerven unauffällig, Pupillen isokor und prompt lichtreagibel, Augenmotilität normal. Erhoben wurde auch der Lokalstatus der Wirbelsäule, wobei sich keine Prellmarken zeigten, eine Klopfdolenz über dem thorakolumbalen Übergang. Die Bewegung in der HWS war frei. Aufgrund der weiteren klinischen und bildgebenden Untersuchungen sowie des Labors dokumentierte das Spital folgende Diagnosen (Suva-act. 16, 20-25):

- Undislozierte Rippenserienfrakturen links (5-11),
- Dislozierte Fraktur 3. Rippe rechts,
- Nicht dislozierte Sternumfraktur
- Nach Verkehrsunfall vom 11.02.2019
- CT-Thorax vom 11.02.2019: Kein Hinweis für Pneumo- oder Hämatothorax

Contusio cordis im Rahmen des Verkehrsunfalls am 15.02.2019 mit leichter Troponinerhöhung im Verlauf  
Pneumonie 15.02.2019  
Vd. auf kardiale Dekompensation am 22.02.2019

Der Beschwerdeführer wurde zur Primärüberwachung auf die Intensivstation aufgenommen, bei unauffälligem Verlauf am 12. Februar 2019 auf die reguläre Bettenstation verlegt. Bei Zunahme der retrosternalen Schmerzen und Unwohlsein mit Kaltschweiss wurden am 15. Februar 2019 kardiologische Untersuchungen veranlasst, ohne dass weitere Massnahmen hätten ergriffen werden müssen. Am Abend desselben Tages wurde bei Fieber sowie auskultatorisch Rasselgeräuschen basal, bei V.a. eine Pneumonie eine antibiotische Therapie begonnen, worauf sich die Entzündungsparameter regredient zeigten. Am 25. Februar 2019 konnte der Beschwerdeführer bei gebessertem Allgemeinzustand in die Rehaklinik überwiesen werden.

**2.3** Die anfänglich auf zwei Wochen befristete stationäre Rehabilitation wurde zweimalig verlängert und dauerte schliesslich vom 25. Februar 2019 bis 24. März 2019 (Suva-act. 15, 17, 26). Gemäss Austrittsbericht vom 24. März 2019 zeigte sich insgesamt ein verzögerter Verlauf. Die Schmerzen im Brustbein seien insgesamt nur leicht rückläufig, teilweise noch Schmerzintensitäten bis 7/10 NRS. Der Mobilitätsgrad habe bis zum Austritt auf eine Gehstrecke >300 m mit Nordic-Walking-Stöcken und 36 Treppentritte hoch und runter gesteigert werden können. Grosse Probleme habe er vor allem nachts; er habe über (Alp-) Träume von dem Unfall berichtet. In Rückenlage zusätzlich subjektives Dyspnoe-Gefühl, Schlafen nur mit erhöhtem Oberkörper möglich. Wegen der auffälligen psychischen Beteiligung sei im Verlauf ein psychiatrisches Konsilium eingeholt worden und dabei eine traumatische Belastungsreaktion mit Flashbacks diagnostiziert und eine ambulante psychiatrische Therapie (möglichst in Landessprache) ange raten worden (Suva-act. 44).

**2.4** Am 28. März 2019 wurde der Beschwerdeführer kardiologisch untersucht (transthorakale Echokardiografie), welche insgesamt unauffällig war; die aktuellen Thoraxschmerzen seien mit den Rippen- und Sternumfrakturen hinreichend erklärbar. Bis auf die Adipositas bestehe ein niedriges kardiovaskuläres Risiko (Suva-act. 82).

**2.5** Im April 2019 erfolgte noch eine notfallmässige Zahnbehandlung (Wurzelbehandlungen 45/46 und Compositaufbau; Suva-act. 67), für welche die Suva als Unfallversicherer aufkam (Suva-act. 70, 129).

**2.6** Auf Zuweisung der Hausärztin bei zunehmender depressiver Symptomatologie gepaart mit chronischer Schmerzsymptomatik (links thorakal sowie im Sternum-Bereich) sowie anhaltenden Ängsten des Beschwerdeführers erfolgte am 24. April 2019 die Erstvorstellung beim Psychiater. Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie) stellte im Bericht vom 5. Juli 2019 die Diagnose V.a. eine Posttraumatische Belastungsstörung mit depressiver Reaktion nach dem Unfall vom 15. [recte 11.] Februar 2019. An der Sitzung vom 29. Juni 2019 habe er eine leichte Besserung der depressiven Stimmungslage sowie unveränderte Schmerzsymptomatik beschrieben. Er sei motiviert und kooperativ; gleichwohl könne aufgrund des bisherigen Verlaufs seiner Erkrankung und der anamnestischen Vorbelastung (Alter, Herkunft, passive Coping Strategie) ein ungünstiger Weiterverlauf mit Chronifizierung seines Schmerzleidens nicht ausgeschlossen werden (Suva-act. 79).

**2.7.1** Am 3. Juli 2019 ersuchte die Hausärztin um Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation, nachdem die therapeutischen Fortschritte bislang geringer als erwartet gewesen seien und der Beschwerdeführer in der nächsten Zeit bei Ferienabwesenheit der Ehefrau alleine zuhause wäre (Suva-act. 78, 81). Am 23. Juli 2019 erfolgte der Eintritt in die Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ (Suva-act. 91). Am 26. August 2019 ersuchte die Klinik um Verlängerung bis 19. September 2019 (mit Unterbruch vom 30.8.2019 bis 8.9.2019 infolge Besuch des Bruders aus USA). Der Beschwerdeführer habe sich sehr ängstlich mit starkem Vermeidungsverhalten präsentiert und sei an 2 Walkingstöcken gelaufen. Zuhause sei ihm bis Eintritt alles abgenommen worden, er habe in allen Bereichen Unterstützung erhalten. Er sei nun in der Lage, während der Therapien ohne Stock zu laufen, ansonsten benütze er noch einen Stock. Er gebe eine Unsicherheit ohne Stock an, auch Schwindel. Die PTBS spiele insgesamt sicher eine grosse Rolle; differentialdiagnostisch könne auch das Opiat für den Schwindel verantwortlich sein. Insgesamt habe im multimodalen, stationären Setting inkl. psychologischer Betreuung ein Zugang zu mehr Aktivität erarbeitet und langsame, aber stetige Fortschritte erreicht werden können. Aufgrund der komplexen Situation mit PTBS sei mit einem längeren Verlauf zu rechnen. Ziel sei es, das Opiat vollständig abzubauen sowie eine stockfreie Mobilität zu erreichen (Suva-act. 96).

**2.7.2** Gemäss Austrittsbericht vom 20. September 2019 konnte im Rahmen der stationären Rehabilitation keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden; weitere physiotherapeutische Massnahmen seien vorzusehen; das instruierte Heimprogramm sei fortzusetzen. Nach Austritt sei Psychotherapie dringend indiziert, wobei eine Traumatherapie und Fortführung der psychopharmakologischen Therapie empfohlen wurde (Suva-act. 103).

Als Probleme bei Austritt nennt der Bericht:

1. Bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen linker Schulter, Hemithorax, Sternum, Rippen, Leiste
2. Hilfsmittelgebrauch 1 Walkingstock aufgrund subjektiver Sturzangst
3. Kopfschmerzen, Schwindel
4. Müdigkeit, Vergesslichkeit, Schreckhaftigkeit, Flashbacks, Hyperarousal, Vermeidungsverhalten, Schuldgefühle

Zur psychosomatischen und somatischen Beurteilung wurde im Austrittsbericht ausgeführt:

Herr [...] präsentierte sich überangepasst freundlich, jedoch sehr mitteilungsaktiv und psychomotorisch angespannt. Er berichtete vom Unfall und den Veränderungen, welche der Unfall mit sich gebracht habe. Der Patient gab starke Schmerzen, Flashbacks (er sei nach dem Unfall aus dem Auto ausgestiegen, habe den Autofahrer liegend und überdeckt gesehen - davon überzeugt, dass der Kollege tot sei, und sich an der Autotür festgehalten) und Hyperarousal an (erschwerte Atmung, Schwitzen, Schwindel, Wärme um den Nacken, Verdauungsstörungen). Das Vermeidungsverhalten im Strassenverkehr sowie vom Laufen ohne Stöcke (als er bei der letzten Reha ohne Stöcke gelaufen sei, sei er fast umgefallen, wodurch die Angst grösser geworden sei). Des Weiteren berichtete er über starke Müdigkeit, Vergesslichkeit und Schreckhaftigkeit. Darüber hinaus beschäftigte ihn, warum es zum Unfall gekommen sei. Gelegentlich schien er sich selbst die Schuld für den Unfall zu geben, obwohl er nur als Beifahrer am Unfall mitbeteiligt war. Hiermit bestätigen wir die Diagnose einer PTBS mit depressiver Symptomatik (wobei unter AD grösstenteils remittiert).

7 Monate nach PW-Unfall mit mittlerweile konsolidierten Rippenserienfrakturen links und Sternumfraktur, bestehen die unter „Probleme bei Austritt“ beschriebenen Beschwerden und Einschränkungen. Während des Aufenthaltes zeigte er ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Der Patient wehrte bei der Untersuchung bereits bei Fastberührung im Bereich von Thorax und Schulter links ab. Die Erarbeitung von Aktivitätszielen gelang nur mit namhafter Unterstützung. Bei den Assessments limitierte er sich selbst, bevor Ermüdungszeichen objektivierbar waren, und erreichte nicht die minimal zu erwartenden Resultate, auch problemfern (Handkraft links 4 kg, rechts mit 23 kg auch unter dem Referenzbereich, beidseits lag der Varianzkoeffizient bei 3 Wiederholungen > 15%). Die Gehgeschwindigkeit in der Testsituation war deutlich langsamer als beim normalen Gehen. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lässt sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nicht erklären. Es zeigte sich eine erhebliche Symptomausweitung, welche auf die psychiatrische Diagnose zurückzuführen ist. Rein somatisch lässt sich keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründen.

Bezüglich Arbeitsfähigkeit / Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive hielt der Austrittsbericht fest:

Es wurde eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet. Diese ist weitgehend auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die Resultate der physischen Leistungstests sind deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nicht verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschrän-

kungen lässt sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nicht erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stützt sich primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lässt sich medizinisch-theoretisch nicht begründen.

Die festgestellte psychische Störung begründe eine mittelschwere arbeitsrelevante Leistungsminderung. Generell würden sich tagesstrukturierende Massnahmen sicherlich günstig auf das Krankheitsbild auswirken. Aufgrund der derzeitigen reduzierten psychophysischen Belastbarkeit seien hohe Leistungsanforderungen zu meiden. Die Rehaklinik empfahl nach einer 14-tägigen vollen Leistungsunfähigkeit eine schrittweise Wiedereingliederung, z.B. beginnend mit einer Arbeitsdauer von 50% bis zu 100% innerhalb 2-3 Monaten unter psychiatrischer ambulanter Mitbetreuung (ggfs. anschliessend eine psychiatrische Reevaluation).

Aus unfallkausaler Sicht wurde festgehalten, aus somatischer Sicht bestünden keine Einschränkungen und medizinisch-theoretisch bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit; aus psychiatrischer Sicht bestehe bei Klinikaustritt eine volle Arbeitsunfähigkeit mit Empfehlung einer schrittweisen Wiedereingliederung nach 2 Wochen. Bezüglich Realisierbarkeit der festgelegten Arbeitsfähigkeit sei man selbst unter Einbezug des Psychiaters sehr skeptisch.

**2.8** Anlässlich einer Befragung des Beschwerdeführers am 11. Oktober 2019 durch den Suva-Aussendienst erklärte der Beschwerdeführer, noch immer körperliche Beschwerden zu verspüren, wobei jedoch die psychischen Beschwerden überwiegen würden (Suva-act. 107). Er habe noch immer starke Probleme mit Schlafen, dem vielen alleine Zuhause sein und dem Unfallgeschehen; dies sei das grösste Problem. Die Schmerzen der linken Rippenseite seien mit Schmerzmittelinnahme besser; er schwitze noch immer; die grössten Schmerzen habe er beim Schlafen, wenn er ganz ruhig liege. Das Brustbein merke er vor allem noch beim Atmen. Schwindel habe er seit dem Unfall immer mal wieder gehabt; es komme bei mehr Anstrengung / Bewegung sowie längerem Gehen; am Vortag sei er wegen des Schwindels gestürzt und habe sich an der Hand verletzt. Das Herz sei aktuell kein Thema, auch die Zähne seien wieder gut. Fast täglich bestehe Wärme am Hinterkopf / Druck, es werde ihm dann auch schlecht.

**2.9** Der Suva-Arzt Dr.med. H. \_\_\_\_\_ gelangte am 16. Oktober 2019 zur Beurteilung, es lägen überwiegend wahrscheinlich keine strukturellen, objektivierbaren Folgen des Unfallereignisses mehr vor; im somatischen Bereich sei von weiteren Behandlungen der Unfallfolgen keine namhafte Besserung mehr zu erwarten. Bezüglich Schwindelbeschwerden sei eine Abklärung bei einem HNO-Facharzt zu veranlassen (Suva-act. 111).

Im Bericht vom 13. November 2019 stellte Dr.med. I. \_\_\_\_\_ (Facharzt HNO) die Diagnose Schwindelbeschwerden ohne Hinweise für eine otogene Ursache, dafür mässige Innenohrschwerhörigkeit beidseits (Suva-act. 125). Der kursorische Vestibularisstatus sowie die Lage-Lagerungsprüfung seien beide bei deutlich eingeschränkter Kooperationsfähigkeit unauffällig. Romberg- und Unterberger Tretversuch bei eingeschränkter Kooperationsfähigkeit nur bedingt prüfbar, eine eigentliche Falltendenz falle nicht auf, keine Achsenabweichung; Koordinationsprüfungen seien unauffällig. Die anamnestisch gemachten Angaben seien für eine otogene Ursache auch völlig untypisch.

**2.10** Am 16. Dezember 2019 nahm Dr.med. H. \_\_\_\_\_ eine ärztliche Beurteilung der Kausalitätsverhältnisse / Unfallfolgen vor (Suva-act. 135). Nach adäquater Behandlung auf hohem Niveau mit zwei stationären Rehabilitationsaufenthalten und Abschluss der Akutbehandlung seien die Unfallfolgen somatisch vollständig ausgeheilt. Für die geklagten Restbeschwerden hätten keine Schmerzursachen im Sinne von Unfallfolgen mehr erfasst werden können; auch die Schwindelproblematik habe sich nicht objektivieren lassen. Die Unfallfolgen seien vollständig ausgeheilt, die unfallkausale Behandlung könne abgeschlossen werden.

Mit Verfügung vom 9. Januar 2020 stellte die Suva fest, die noch geklagten Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar und nach Prüfung der massgebenden Kriterien gemäss Psycho-Praxis sei die Adäquanz zu verneinen, weshalb die Versicherungsleistungen per 31. Januar 2020 eingestellt würden. Mangels adäquater Unfallfolgen bestehe kein Anspruch auf weitere Geldleistungen der Suva in Form einer Rente oder Integritätsentschädigung.

**2.11** Am 24. Januar 2020 erstattete Dr.med. G. \_\_\_\_\_ der Suva Bericht (Suva-act. 156). Er wiederholte die Diagnose einer PTBS mit depressiver Reaktion nach dem Unfall vom 15. [recte 11.] Februar 2019 und er sah die Kriterien für die Entwicklung einer Somatisierungsstörung (ICD10 F45) abgesehen von der zweijährigen Zeitspanne als erfüllt an. Dr.med. G. \_\_\_\_\_ dokumentiert folgende Beschwerdeschilderung:

1. Er habe **Atembeschwerden** im Sinne einer Kurzatmigkeit, Atemnot, sowohl in Ruhe wie auch bei der Anstrengung, manchmal sogar mit Erstickungsgefühl. Abklärung in diesem Zusammenhang bei Dr. [...]. Die Untersuchung musste, gemäss Patientenangaben, wegen Atemnot abgebrochen werden?
2. Vertigo (**Schwindel**): Er sei auf eine Geh[h]ilfe (Spazierstock) angewiesen, da er häufig das Gefühl habe wegen Schwindels „umkippen zu müssen“. Auch diesbezügliche Abklärung beim Dr. [...] musste wegen Schwindels abgebrochen werden. Wegen „rücksichtslosen Untersuchung“ beim Kollegen (Patientenangaben) seien die Symptome noch schlimmer geworden.

3. **Brustkorb Schmerzen links** (Unfallbedingt?)

4. **Flashbacks** (Wiedererleben bzw. Nachhallerinnerungen) wo er tagtäglich die Unfallstelle mit allen Details erlebt.

5. Wegen **Konzentrationsproblemen, Müdigkeit und Spannungsgefühlen** meide er nach wie vor die Gesellschaft anderer Leute.

6. Anhaltende sexuelle Problematik (**Libido-Verlust**) wird als eine weitere Entwertung erlebt. In diesem Zusammenhang Angst von seiner Ehefrau verlassen zu werden.

Laut Dr.med. G. \_\_\_\_\_ seien die Therapie-Fortschritte sehr kurzweilig und der Beschwerdeführer kehre immer wieder zum Opfermodus mit besagter Mischsymptomatik zurück; mittlerweile sei von einer Therapie-Resistenz auszugehen. Die Prognose sei nicht optimistisch. Der Psychiater betont, es liege kein bewusstseinsnaher Prozess vor, keine Simulation, sondern die psychopathologischen Phänomene würden sich im Unbewusstsein abspielen und unterständen nicht der Willenskontrolle des Beschwerdeführers. Er sei daher in keinem Arbeitsverhältnis arbeitsfähig.

**2.12** Am 3. August 2020 berichtete Dr.med. K. \_\_\_\_\_ (Facharzt Pneumologie und Innere Medizin) über eine erfolgte pneumologische Untersuchung mit im Ergebnis einem grenzwertigen leichten Schlafapnoesyndrom. Falls die - noch zu klärende - Therapie-Compliance (für z.B. CPAP-Therapie) fehle, sei eine weiterführende Abklärung nicht zielführend (Suva-act. 177). Am 28. September 2020 erfolgte eine diagnostische Polysomnographie mit folgendem Diagnosevorschlag:

1. Rückenlage-abhängiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (780.53-0) AHI: 18.7/h - AHI in Rückenlage 115/h
2. Insomnie bei Vd.a. Restless-legs-Syndrom und posttraumatische Belastungsstörung
3. Übergewicht (BMI: 30.4)

Gemäss Bericht wurde eine Lagetherapie oder eine CPAP-Therapie für geeignet gehalten. Eine detaillierte Schlafanamnese sei angebracht, um den Beitrag eines möglichen Restless-legs-Syndroms und einer PTBS zu beurteilen (Suva-act. 184).

**2.13** Im angefochtenen Einspracheentscheid hielt die Suva dafür, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt worden. Den Restbeschwerden sei mittels Nachkontrollen nachgegangen worden, wobei keine Schmerzursachen im Sinne von Unfallfolgen hätten erfasst werden können. Trotz umfassender Abklärung hätten sich für die geklagten Beschwerden keine objektivierbaren Grundlagen ergeben. Aus somatischer Sicht bestünden keine Einschränkungen mehr. Der adäquate Kausalzusammenhang sei unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlent-

wicklung nach Unfall zu beurteilen, ausgehend von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne. Da von den sieben massgebenden Kriterien nicht mindestens drei oder eines besonders ausgeprägt erfüllt sei, nämlich keines, sei der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 11. Februar 2019 und den noch vorliegenden nicht objektivierbaren Beschwerden zu verneinen. Da bei der Anspruchsprüfung die nicht objektivierbaren Beschwerden nicht zu berücksichtigen seien, würden sich weitere medizinische Abklärungen in diese Richtung erübrigen.

**2.14** Im Auftrag der IV führte die E. \_\_\_\_\_ eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine innere Medizin, Orthopädie, Kardiologie, Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie) durch und erstattete das Gutachten am 4. April 2022 (Suva-act. 207). Gemäss allgemeininternistischem Fachgutachten lagen keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor (Gutachten S. 24); sowohl in der bisherigen als auch in angepasster Tätigkeit sei der Beschwerdeführer 100% arbeitsfähig (Gutachten S. 27 f.). Aus internistischer Sicht seien keine weiteren Massnahmen nötig (Gutachten S. 28). Auch das orthopädische Fachgutachten enthält keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Gutachten S. 53). In der Gesamtschau könnten die klinischen und radiologischen Befunde die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden nicht erklären. Eine orthopädische Beschwerdesymptomatik über das Altersmass hinaus habe während der gutachterlichen Untersuchung nicht gesehen werden können; die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden könnten aus fachorthopädischer Sicht nicht erklärt werden. Der Status nach Rippenfraktur, Radiusfraktur erscheine klinisch und aktenanamnestisch ausgeheilt (Gutachten S. 55). Es wurde dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert (Gutachten S. 55 f.). Auch das kardiologische Fachgutachten schloss Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (Gutachten S. 63); Herzkrankheiten seien keine vorhanden, es zeige sich ein echokardiographischer Normbefund. Das jetzige Beschwerdebild sei nicht kardial erklärbar (Gutachten S. 64).

Der neurologische Fachgutachter gelangte nach klinischem Untersuch zu folgender Beurteilung (Gutachten S. 76 f.):

Hinweise für eine lumboradikuläre oder zervikoradikuläre Symptomatik ergaben sich nicht, bei entsprechenden Provokationsmanövern für radikuläre Symptome (Lasègue-Test und Spurling-Test) keine Auslösbarkeit von Sensibilitätsstörungen oder Schmerzen die Dermatom-spezifisch waren, darüber hinaus auch keine distinkten Reflexdefizite. Bei der initialen Testung der Sensibilität wurde von dem Exploranden eine Sensibilitätsstörung im Bereich der Schulter und Oberarm auf der linken Seite angegeben, so wie diese auch anamnestisch berichtet wurde, bei der nochmaligen Testung dann Angabe von einer Sensibilitätsstörung für alle Qualitäten im Bereich der rechten oberen Extremität, ebenso im Bereich der rechten

unteren Extremität. Darüber hinaus fehlendes Vibrationsempfinden radial und mallölar auf der rechten Seite - eine damit korrespondierende Lagesinnstörung und oder eine koordinative Störung, die sich bei Alltagsbewegung im Bereich der rechten oberen Extremität oder auch beim Gehen äussern würden, konnten zu keinem Zeitpunkt identifiziert werden. Darüber hinaus kann aus somatisch-neurologischer Sicht eine gleichmässige Einschränkung aller sensiblen Qualitäten weder auf eine periphere noch auf eine zentrale neurologische Störung zurückgeführt werden. Hinweise für eine peripher- oder zentral-vestibuläre Störung ergaben sich nicht, die Mitarbeit hinsichtlich der Augenfolgebewegungen war zwar limitiert, die gewonnenen Untersuchungsergebnisse sprechen jedoch gegen eine wesentliche Okulomotorikstörung, auch war der vestibulookuläre Reflex normal. Hinweise für eine durch einen Drehschwindel bedingte Gangstörung mit gerichteter Fallneigung ergaben sich zu keinem Zeitpunkt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung auch kein Hinweis für unruhige Beine.

Auch gemäss dem neurologischen Fachgutachten lagen keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor; als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde aufgeführt:

1. Sensible Halbseitensymptomatik auf der rechten Seite für alle Qualitäten, die sich neurologisch-somatisch so nicht erklären lässt (ICD-10 R20.1)
2. Verdacht auf Spannungskopfschmerz (ICD-10 G44.2)
3. Gemäss aktenanamnestischen und anamnestischen Angaben Verdacht auf Restless-Legs-Syndrom (ICD-10 G25.81)

Weiter führte der neurologische Fachgutachter aus: "Basierend auf der Primärdokumentation vom 19.2.2019 bestand im Rahmen des Unfalls vom 11.2.2019 kein Kopfaufprall, es bestanden keine Kopfschmerzen, kein Erbrechen und kein Schwindel. Der Explorand konnte aus dem Auto selbstständig aussteigen. Aktenanamnestisch ergeben sich auch keine Hinweise für eine Bewusstlosigkeit oder eine Amnesie. Im Rahmen der Primärversorgung wurde auch keine Schädelbildgebung durchgeführt, sodass insgesamt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen eines wie auch immer graduierten Schädel-Hirn-Traumas und letztlich auch nicht von einem HWS-Beschleunigungstrauma ausgegangen werden kann." (Gutachten S. 78 f.). Schliesslich berichtete der Gutachter, es würden sich auf mehreren Ebenen erhebliche Inkonsistenzen ergeben. Anamnestische Angaben seien teils widersprechend und bei Nachfrage ungenau, ausweichend. Beim Betreten des Untersuchungsraumes und der klinischen Untersuchung hätten Auffälligkeiten bestanden, wogegen sich beim Verlassen der Klinik ein komplett normales Gangbild gezeigt habe (Gutachten S. 80).

Im neuropsychologischen Fachgutachten wird ausgeführt, der Beschwerdeführer habe in der neuropsychologischen Untersuchung eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion gezeigt, worauf u.a. auffällige Leistungen in zwei Symptomvalidierungsverfahren hinweisen würden. Es seien daher sämtliche Testwerte der Untersuchung als ungültig zu betrachten; es

liessen sich keine gültigen Aussagen über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit ableiten. Weiter führte der neuropsychologische Fachgutachter aus, es seien beim Beschwerdeführer keine hirnorganischen Beeinträchtigungen bekannt, die geeignet wären, zu kognitiven Funktionseinschränkungen führen zu können; beim Verkehrsunfall vom 11. Februar 2019 habe er gemäss den zur Verfügung stehenden Informationen kein Schädelhirntrauma und keine Hirnverletzungen erlitten (Gutachten S. 91).

Schliesslich ergab auch die psychiatrische Fachbegutachtung keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit; als solche ohne Auswirkungen aufgeführt wurden eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.00), eine PTBS (ICD-10 F43.1) sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) (Gutachten S. 109).

Entsprechend wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Gutachten S. 4).

**2.15.1** Nach der Begutachtung kam es bei akuter Selbstgefährdung im Rahmen einer bekannten Depression auf Basis einer psychosozialen Belastungsstörung am 20. Mai 2022 zur ersten freiwilligen Hospitalisation des Beschwerdeführers bei Triaplus. Im Bericht vom 5. August 2022 (liegt nicht bei den Akten; Wiedergabe aus der Zusammenfassung E.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 5.1.2024 S. 16, vgl. S. 52) werden als psychiatrische Diagnosen festgehalten:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
2. Posttraumatische Belastungsstörung
3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Der Austritt erfolgte am 29. Juli 2022.

**2.15.2** Eine Woche nach Austritt kam es zu einer Verschlechterung, was zur zweiten Hospitalisation vom 25. August 2022 bis 29. November 2022 führte (Suva-act. 209). Er sei antriebslos gewesen und habe das Bett kaum noch verlassen, er habe unter Schlafstörungen mit Albträumen gelitten mit Schreien in der Nacht. Die Ehefrau sei mit der Situation überfordert gewesen. Aus dem Austrittsbericht der 2. Hospitalisation ergeben sich folgende Diagnosen und Beurteilung:

**Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10**

1. Hauptdiagnose: F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
2. Nebendiagnose: F45.14 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

**Beurteilung**

Zusammenfassend geht es um eine neue Hospitalisation im Haus bei Verschlechterung einer depressiven Symptomatik im Rahmen einer Schmerzsymptomatik und belastenden sozialen Situation mit finanziellen Engpässen. Herr A.\_\_\_\_\_ leidet

unter seiner depressiven Symptomatik einerseits und seiner Impulsivität und Schmerzen andererseits. Bereits Kleinigkeiten können ihn völlig aus der Bahn werfen und zeigte dann ein bedrohliches und aufbrausendes Verhalten zu Mitarbeitern und Mitpatienten. Hinzu kommt eine stark verminderte Belastungsfähigkeit. Wir sehen Herrn A. \_\_\_\_\_ nicht im 1. Arbeitsmarkt, da er den Anforderungen (Belastbarkeit, Durchhaltevermögen, Konzentrationsfähigkeit und Frustrationstoleranz) nicht gewachsen ist. Die Prognose sehen wir als schlecht, da er über zu wenige Ressourcen verfügt, sich zu strukturieren und zu organisieren. Die Arbeitsfähigkeit sehen wir zu 100% nicht gegeben.

**2.16** Nachdem die IV gestützt auf das E. \_\_\_\_\_-Gutachten vom 4. April 2022 eine Leistungsablehnung in Aussicht stellte und der Beschwerdeführer dagegen opponierte und nach der Begutachtung zweimal psychiatrisch hospitalisiert war, gab die IV bei E. \_\_\_\_\_ eine polydisziplinäre Zusatzbegutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie, Psychiatrie) in Auftrag, welche am 5. Januar 2024 vorgelegt wurde (Suva-act. 210).

Aus allgemeininternistischer Sicht ergab sich im Vergleich zur Vorbegutachtung keine relevante Änderung des Gesundheitszustandes; Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit liessen sich keine nachweisen (Zusatzgutachten S. 29).

Das neuropsychologische Fachgutachten hält fest, es habe sich in der neuropsychologischen Testung erneut eine unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion gezeigt. Es ergäben sich Inkonsistenzen auf mehreren Ebenen. Der Beschwerdeführer vermöge keine ausreichende Motivation zur Bearbeitung der einzelnen Aufgaben aufzubauen. Die Validierungsverfahren seien deutlich auffällig. Die Befunde seien gesamthaft nicht valide und ohne Aussagekraft. Eine Diagnose könne nicht hergeleitet und gestellt werden (Zusatzgutachten S. 44 f.).

Der psychiatrische Fachgutachter stellte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Zusatzgutachten S. 67):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.10)
2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Im Gegensatz zur Vorbegutachtung konnte der Fachgutachter neu die Diagnose einer PTBS nicht mehr bestätigen; er leide nicht unter wiederholtem Erinnern traumatischer Erlebnisse, insbesondere habe er gut auf Traumatisierungen angesprochen werden können und habe dabei nicht emotional abgestumpft gewirkt und keinen Erregungszustand im Sinne eines Vermeidungsverhaltens gezeigt. Die Diagnose PTBS werde auch in den neueren Akten nicht mehr erwähnt (Zusatzgutachten S. 68). Schliesslich gelangte der Gutachter zur Aussage, die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten

Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig. Er zeige keine Bereitschaft, wieder gesund zu werden und sich entsprechenden Massnahmen zu unterziehen, fühle sich weiterhin definitiv nicht mehr arbeitsfähig. Dies sei nicht nur krankheitsbedingt, sondern auf den Hintergrund einer Regression bei chronischem Verlauf, sekundärem Krankheitsgewinn und mittlerweile Dekonditionierung zu verstehen (Zusatzgutachten S. 70). Die Arbeitsfähigkeit wurde in der bestehenden und jeder angepassten Tätigkeit auf 50% geschätzt. Durch medizinische Massnahmen sei keine relevante Verbesserung zu erwarten, aber die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung könne optimiert zum Erhalt der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit beitragen. Es ist dies auch das Ergebnis der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Zusatzgutachten S. 11).

An diesem Ergebnis hielten die Fachgutachter auch auf Ergänzungsfragen der IV hin am 27. Februar 2024 und 28. Februar 2024 fest (Suva-act. 211, 212).

**3.1** Der Beschwerdeführer wirft der Vorinstanz unvollständige Sachverhaltsabklärung und Verletzung der Abklärungspflicht vor.

Er habe am 11. Februar 2019 klar einen schweren Verkehrsunfall erlitten. Der PW, in welchem er gesessen habe, sei mit 60 km/h unterwegs gewesen, die frontale Kollision mit rund 60 km/h habe enorme Kräfte freigesetzt. Die ursprüngliche Diagnose des Spitals C.\_\_\_\_\_ sei nicht vollständig; es falle auf, dass trotz der enormen Kräfte die Diagnosen HWS-Distorsion, Commotio Cerebri bzw. Schleudertrauma nie gestellt worden seien. Es sei nicht nachvollziehbar, woher die Aussagen stammten, dass er den Kopf nicht angeschlagen habe, keine Kopfschmerzen verspürt und es ihm nicht schlecht gewesen sei. Es sei dies wohl auf die ungenügende sprachliche Verständigung zurückzuführen. Gemäss Beschwerdeführer hat er klarerweise ein Schleudertrauma erlitten. Die Zahnverletzung belege, dass der Kopf mitbeteiligt gewesen sei. Gegenüber dem zweiten psychiatrischen Fachgutachter führte er aus, im Spital bewusstlos geworden und erst anderntags wieder aufgewacht zu sein (Zusatzgutachten S. 54). Auch habe er immer über Kopfschmerzen und Schwindel geklagt sowie Nackenbeschwerden und Wärme am Hinterkopf und einen Druck. Es werde immer noch extrem warm und ihm dann schlecht. Die Wärme am Hinterkopf bzw. der Druck würden fast täglich bestehen. Auch dies sei ein klares Zeichen, dass die HWS und das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen worden seien. Die Suva selbst habe eine neurologische Abklärung als sinnhaft beurteilt, aber nie veranlasst. Auch in D.\_\_\_\_\_ sei keine neurologische und neuropsychologische Abklärung erfolgt. Soweit im Austrittsbericht (S. 9) ein Befund HWS festgehalten werde, fehle jegliche Begründung. Mit grosser Wahrscheinlichkeit seien die Defizite des Beschwerdeführers nicht nur im psychischen Bereich anzusiedeln, sondern hätten

ihren Ursprung auch in der Schleudertrauma-Symptomatik, was nie abgeklärt worden sei. Der Austrittsbericht D.\_\_\_\_\_ sei aber auch gar nicht verwertbar. Er habe sich in eine Rehabilitation begeben und habe nicht mit einer Begutachtung und Beobachtung über die ganze Zeit hinweg rechnen müssen. Zeitweise mangelnde Motivation dürfe nicht als Simulation oder als Aggravation beurteilt und ihm mangelnde Kooperation vorgeworfen werden. Schliesslich sei bei Austritt der medizinische Endzustand auch gar noch nicht erreicht gewesen.

Aber auch die von der IV eingeholten polydisziplinären Gutachten seien nicht verwertbar. Es sei zu Unrecht von allen Gutachtern Simulation angenommen und das Gutachten sei im Endeffekt vom Resultat her erstellt worden. So gehe die Feststellung im neurologischen Fachgutachten (betreffend Gangbild beim Betreten des Untersuchungszimmers, der Untersuchung und beim Verlassen der Klinik) auf eine unzulässige Beobachtung zurück, während welcher der Beschwerdeführer nicht gewusst habe, dass er beobachtet werde und zwar durch eine nicht gutachterlich zertifizierte Person. Eine solche Beobachtung ausserhalb einer Begutachtungsstelle, ohne konkreten Auftrag, ohne Mitteilungen an den Exploranden, stelle eine Observation im Sinne von Art. 43a Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 dar, sei offensichtlich verdeckt und ohne Anordnung erfolgt und sei damit unzulässig. Diese rechtswidrige Beobachtung habe sodann in überzeichneter Form Eingang in die Konsensbeurteilung gefunden; die Voreingenommenheit der Gutachter sei offensichtlich. Der Beschwerdeführer bestreitet vehement eine Simulation, wie sie in der Konsensbeurteilung festgeschrieben sei. Es falle geradezu auf, dass sämtliche Teilbegutachtungen davon ausgingen, der Beschwerdeführer sei ein Simulant. Das gesamte Gutachten sei daher vom Resultat her erstellt. Vor allem lasse das Gutachten auch die vorliegend strittige Frage unbeantwortet, ob die Suva ihre Leistungen zu Recht eingestellt habe. Wie lange er unter Unfallfolgen gelitten habe, sei durch die Gutachter völlig unbegründet und nicht nachvollziehbar beantwortet. Die Behauptung, dass nach dem Autounfall im Februar 2019 lediglich eine passagere höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, und dass ab dem Juni 2019, also 4 Monate nach dem Unfall, bereits davon ausgegangen werden könne, dass die Arbeitsunfähigkeit wiederum eingeschränkt möglich gewesen sei, sei mit nichts begründet und mit nichts nachgewiesen, sei geradezu skandalös. Selbst bei Berücksichtigung der Diagnoseliste des Spitals C.\_\_\_\_\_, den erlittenen Frakturen, der Contusio cordis, der im Anschluss entwickelten Pneumonie, sei klar, dass diese Verletzungen nicht binnen vier Monaten ausgeheilt sein könnten. Dazu käme auch, dass die Gutachter die Frage des Vorliegens einer HWS-Distorsion, einer Commotio cerebri bzw. eines Schleudertraumas nicht abgeklärt hätten. Unter diesen Umständen sei nach

wie vor nicht nachgewiesen, wie lange der Beschwerdeführer an den Folgen des Unfalles gelitten habe bzw. leide. Das mit der Beschwerde angebehrte polydisziplinäre Gutachten sei daher nach wie vor notwendig.

**3.2** Was die vom Beschwerdeführer behauptete Diagnose einer HWS-Distorsion / eines Schleudertraumas und entsprechend ungenügender Sachverhaltsabklärung anbelangt, kann ihm nicht gefolgt werden.

Was den Verkehrsunfall selbst anbelangt, so ist - ohne zu bagatellisieren - festzuhalten, dass der Beschwerdeführer die Kräfte überzeichnet. Der LKW fuhr nachweislich mit 46 km/h (Suva-act. 64 S. 16). Der Unfallfahrer schätzte seine gefahrene Geschwindigkeit auf ca. 55 km/h, wobei er ca. 150m vor dem Unfallort "voll auf die Bremse" trat, jedoch infolge schneebedeckter Strasse einen langen Bremsweg hatte. Die Geschwindigkeit des PW war somit auf jeden Fall wesentlich tiefer als die behaupteten 60 km/h. Beide PW-Insassen konnten selbständig aussteigen; der LKW-Fahrer blieb gänzlich unverletzt.

In keinem einzigen medizinischen Bericht wird die Diagnose HWS-Distorsion / Schleudertrauma gestellt und deren Fehlen, ohne dass erhärtete Anhaltspunkte für eine entsprechende Verletzung vorlägen, geht nicht auf mangelhafte Abklärungen zurück. Der Polizeirapport (Suva-act. 64) gibt die von der Polizei vorgefundene Situation wieder. Auch der Beifahrer (Beschwerdeführer) wurde von den Auskunftspersonen betreut bis zum Eintreffen der Polizei und Sanität. Keine einzige Auskunftsperson schildert eine auffällige gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers (wie etwa Bewusstlosigkeit oder Erbrechen oder entsprechende Äusserungen). Die Beobachtung der Sanität wiederum, welche den Beschwerdeführer ab Unfallplatz bis ins Spital überführte, ist im Austrittsbericht des Spitals explizit wiedergegeben. Demgemäss fand kein Kopfanprall statt und der Beschwerdeführer klagte weder über Kopfschmerzen, Erbrechen oder Schwindel, sondern einzig über rechts thorakale atemabhängige Schmerzen und eine schmerzhaft LWS. Es steht ausser Frage, dass die Sanität Auffälligkeiten wie Bewusstlosigkeit etc. dokumentiert hätte. Im Übrigen deckt sich diese Dokumentation mit den Ausführungen des Beschwerdeführers anlässlich der Befragung vom 25. April 2019 (vgl. Suva-act. 39). Im Spital erfolgte ausdrücklich auch ein neurologischer Untersuch, der keine Auffälligkeiten zeigte; auch die HWS wurde ausdrücklich als frei beweglich dokumentiert ohne jedwelche Schmerzäusserungen (vgl. oben E. 2.2). Weiter beschreibt das Spital einen unauffälligen Verlauf; er wurde zur Primärüberwachung auf die Intensivstation aufgenommen und bereits nach der ersten Nacht auf die Bettenstation verlegt, was die Schilderung des Beschwerdeführers, er sei im Spital bewusstlos geworden und erst am nächsten Tag wiederaufgewacht, ausschliesst; eine entsprechende Bewusstlo-

sigkeit wäre mit Sicherheit dokumentiert worden und hätte kaum zur raschen Verlegung auf die Bettenstation geführt. Weiter muss davon ausgegangen werden, dass irgendwelche neurologischen Auffälligkeiten während des doch 15-tägigen Spitalaufenthaltes bemerkt und dokumentiert worden wären. Fehlende Angaben im Austrittsbericht lassen daher nur den Schluss zu, dass keine neurologischen Probleme bestanden haben.

Aus den Akten erhellt sodann, dass das Spital bei der Suva mangels Indikation nicht eine Rehabilitation, sondern eine Kur beantragt hatte, weil die Gefahr bestehe, dass er sich zu Hause aus Angst nicht gross bewege, was ganz schlecht wäre (vgl. Suva-act. 4), was ebenfalls gegen das Vorliegen einer Schleudertrauma-Problematik spricht. Für eine Kur konnte die Suva nicht aufkommen, sie erteilte dafür Kostengutsprache für einen Rehaaufenthalt (Suva-act. 12). Dieser wurde dann zweimal verlängert und dauerte einen Monat (vgl. oben E. 2.3). In keinem Verlängerungsgesuch werden irgendwelche neurologischen Probleme beschrieben. Dem Austrittsbericht können weder unter Anamnese, noch Eintrittsbefunde, noch Verlauf irgendwelche Hinweise für eine neurologische Problematik entnommen werden (Suva-act. 44).

Im Anschluss war der Beschwerdeführer in hausärztlicher Betreuung. Die Hausärztin ersuchte am 3. Juli 2019 um Kostengutsprache für eine Rehabilitation; eine neurologische Problematik als Indikation hierfür nannte die den Beschwerdeführer regelmässig sehende Hausärztin keine (Suva-act. 78). Die von ihr eingereichte KG vom 29. Mai bis 26. Juni 2019 lässt auch keine Rückschlüsse auf eine neurologische Problematik zu; einzig am 12. Juni 2019 dokumentierte sie, es sei ihm beim Gespräch plötzlich schwarz vor Augen geworden (Suva-act. 80); sie sah sich aber aufgrund der Gesamtsituation offenkundig nicht zu einer neurologischen Abklärung veranlasst. In der Befragung vom 29. April 2019 erwähnte der Beschwerdeführer, eine Wärme am Hinterkopf zu verspüren (Suva-act. 39), was die Hausärztin nie dokumentierte. Die Bemerkung veranlasste die Suva-Mitarbeiterin, im Aufnahmege such D. \_\_\_\_\_ deswegen die Bemerkung / die Frage nach einer neurologischen Untersuchung anzubringen, was aber keine Empfehlung darstellt, wie dies der Beschwerdeführer ausführt (Suva-act. 81). Die Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ sah indes keine Veranlassung dazu. Beim Verlängerungsgesuch wird wohl der geklagte Schwindel beim Gehen ohne Stock angesprochen und ausgeführt, die PTBS spiele insgesamt sicher eine Rolle, DD könne auch das Opiat für den Schwindel verantwortlich sein (Suva-at. 96). Schon die Hausärztin dokumentierte Entzugserscheinungen wegen Targin und ein Opioidabhängigkeitssyndrom (Suva-act. 80).

Was die Zahnverletzung anbelangt, so ist diese wenig dokumentiert. Die Suva erteilte wohl Kostengutsprache. Hieraus können indes keine Rückschlüsse auf ein angebliches Schleudertrauma gezogen werden, insbesondere erscheint ein solches allein aufgrund der Zahnbehandlung (Wurzelbehandlung 45/46) nicht als überwiegend wahrscheinlich.

Nach dem Aufenthalt in der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_, wo im Austrittsbericht der vom Beschwerdeführer geklagte Schwindel dokumentiert ist (vgl. oben E. 2.7.2), sowie der Information des Beschwerdeführers am 11. Oktober 2019, immer mal wieder Schwindel gehabt zu haben, namentlich bei mehr Anstrengung / Bewegung sowie längerem Gehen (vgl. oben E. 2.8), veranlasste die Suva die Abklärung einer objektivierbaren organischen Ursache des Schwindels (vgl. oben E. 2.9). Der Facharzt schloss dann jedoch eine otogene Ursache aus und ergänzte, die anamnestisch gemachten Angaben seien auch völlig untypisch hierfür (Suva-act. 125). Damit aber stellte die Suva zu Recht fest, auch für den Schwindel liege keine objektivierbare, organische Schädigung vor.

Bestätigt wird diese Beurteilung schliesslich auch durch die polydisziplinären Gutachten, welche die IV in Auftrag gab und denen entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers Beweiswert zuzuerkennen sind. Sämtliche Teilgutachten basieren auf den lückenlosen medizinischen Vorakten, einer umfassenden Anamnese sowie klinischen Untersuchungen und weiteren diagnostischen Abklärungen. Die Beurteilungen der einzelnen Fachärzte sind bei diesen Ergebnissen nachvollziehbar, schlüssig und überzeugend. Insbesondere der neurologische Facharzt gelangt nicht einfach aufgrund der Beobachtung des Beschwerdeführers bei Verlassen der Klinik zu seiner Schlussfolgerung; vielmehr bestätigt diese bloss die Ergebnisse seiner Beurteilung der Vorakten und Anamnese sowie der klinischen Untersuchung und Testung (vgl. dazu namentlich die ausführliche Beurteilung Gutachten S. 76 f., wiedergegeben oben E. 2.14). Schlüssig ist ebenso seine Herleitung der gestellten Diagnosen, was er nachvollziehbar mit der klinischen Untersuchung und Testung begründet (Gutachten S. 77 f.). Schliesslich äusserte sich auch der neurologische Facharzt ausdrücklich zur Frage einer HWS-Distorsion / eines Schleudertraumas. Er gelangte dabei zum Schluss, aufgrund der Vorakten und der Untersuchung könne "insgesamt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Vorliegen eines wie auch immer graduierten Schädel-Hirn-Traumas und letztlich auch nicht von einem HWS-Beschleunigungstrauma ausgegangen werden" (Gutachten S. 79), er schloss aus den aktenanamnestischen Angaben ausdrücklich ein Schädel-Hirn-Trauma, eine mild traumatic brain injury und Kopfkontusion aus (Gutachten S. 71). Diese Beurteilung wird nicht nur durch die zuvor aufgeführten medizinischen Akten bestätigt, sondern ebenso durch die weiteren Teilgutachten gestützt. Namentlich

allgemeininternistisch, kardiologisch und orthopädisch konnten keine Unfallfolgen objektiviert werden, welche für die geklagten Beschwerden ursächlich wären. Neuropsychologisch wurde der Beschwerdeführer zweimal getestet und zweimal ergab die Validierung eine neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion. Damit aber bestätigen auch die durch die IV eingeholten Gutachten, dass der Beschwerdeführer beim Unfall am 11. Februar 2019 keine HWS-Distorsion, kein Schleudertrauma erlitt.

**3.3** Die medizinischen Berichte und fachärztlichen Beurteilungen sind nach dem Gesagten hinsichtlich der Diagnosen übereinstimmend. Die Suva hat den Gesundheitsverlauf des Beschwerdeführers genügend abgeklärt. Es bestehen keine Anhaltspunkte, welche eine weitere polydisziplinäre Begutachtung rechtfertigen könnten.

**3.4.1** Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer beim Verkehrsunfall vom 11. Februar 2019 undislozierte Rippenserienfrakturen links (5-11), eine dislozierte Fraktur 3. Rippe rechts, eine nicht dislozierte Sternumfraktur, eine Contusio cordis und im Verlauf eine Pneumonie (15.2.2019) und den Verdacht auf kardiale Dekompensation (22.2.2019) erlitt, jedoch kein Schleudertrauma. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Suva habe den Fall per 31. Januar 2020 zu früh abgeschlossen, kann dem nicht gefolgt werden.

**3.4.2** Der Abschluss des Falles durch den Unfallversicherer setzt voraus, dass von weiteren medizinischen Massnahmen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (E. 6.1 hiervor), nicht aber, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist. Es geht dabei demnach nicht um den "Endzustand der medizinischen Behandlung und Therapie", mithin um das Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung (Urteile BGer 8C\_124/2014 vom 14.11.2014 E. 6.2, 8C\_362/2014 vom 25.6.2014 E. 3.6 und 8C\_492/2009 21.12.2009 E. 7.2). Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes anzunehmen ist, bestimmt sich namentlich - aber nicht ausschliesslich - nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Der Begriff "namhaft" verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 109 E. 4.3; SVR 2020 UV Nr. 24 S. 95, 8C\_614/2019 E. 5.2 f.; Urteil BGer 8C\_183/2020 vom 22.4.2020 E. 2.3 und E. 4.3.2). Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen - wie etwa einer Badekur - zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf

deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (SVR 2020 UV Nr. 24 S. 95, 8C\_614/2019 E. 5.2; RKUV 2005 Nr. U 557 S. 388, U 244/04 E. 3.1; Urteil BGer 8C\_424/2023 vom 21.2.2024 E. 5.1 je mit Hinweisen). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (SVR 2020 UV Nr. 24 S. 95, 8C\_614/2019 E. 5.2; Urteil BGer 8C\_640/2022 vom 9.8.2023 E. 4.1.2 je mit Hinweisen).

**3.4.3** Der Beschwerdeführer wurde bei genannten Diagnosen am 25. Februar 2019 bei gebessertem Allgemeinzustand aus dem Akutspital in die Rehaklinik M.\_\_\_\_\_ überwiesen. Eine Indikation für eine Rehabilitation erkannte das Spital nicht, die Suva erteilte dennoch Kostengutsprache in Anbetracht der erlittenen Verletzungen. Schon im Austrittsbericht der Rehabilitation war keine ärztliche Behandlung der erlittenen Verletzungen mehr empfohlen, sondern noch Fortführen der ambulanten Physiotherapie zur allgemeinen Kräftigung und Stabilisierung (Suva-act. 44). Am 28. März 2019 erfolgte eine kardiologische Untersuchung ohne besondere Auffälligkeiten und ohne, dass seitens Kardiologie Massnahmen angezeigt gewesen wären (Suva-act. 38). Im Aussendienstgespräch vom 29. April 2019 erwähnte der Beschwerdeführer Kontrollen bei der Hausärztin, Konsultationen beim Psychiater sowie die Einnahme von Medikamenten, aber keine eigentlichen Folgebehandlungen (Suva-act. 39). Am 3. Juli 2019 ersuchte die Hausärztin um Kostengutsprache für eine stationäre Rehabilitation; die therapeutischen Fortschritte seien geringer als erwartet (Suva-act. 78). In der KG notierte sie am 26. Juni 2019, subjektiv gehe es ihm etwas besser, habe viele Gedanken; er habe eher psychische Probleme (Suva-act. 80). Zu den somatischen Diagnosen finden sich keine Hinweise. Nach Eintritt in die Rehabilitation wurden am 24. Juli 2019 Röntgen der linken Schulter und des Thorax angefertigt. Verglichen mit dem Panorama-Röntgen der Voruntersuchung vom 13. Februar 2019 zeigte sich weiterhin eine regelrechte Darstellung des AC-Gelenks links. Im Vergleich zum Röntgen Thorax vom 22. Februar 2019 zeigten sich konsolidierte Rippenfrakturen beidseits; die Lungenzirkulation war kompensiert, kein Pleuraerguss, kein Infiltrat, kein Pneumothorax (Suva-act. 104). Die Rehaklinik D.\_\_\_\_\_ beurteilte 7 Monate nach PW-Unfall die Rippenserienfrakturen und Sternumfraktur als konsolidiert; rein somatisch liess sich keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründen (Suva-act. 103). Und am 13. November 2019 schloss Dr.med. I.\_\_\_\_\_ eine otogene Ursache für die Schwindelbeschwerden aus (Suva-act. 125). Bei dieser Sachlage ist es nicht zu beanstanden, wenn der Suva-Arzt Dr.med. H.\_\_\_\_\_ in der ärztlichen Beurteilung vom 16. Dezember 2019 zum

Schluss gelangte, es seien "nun gut Dreivierteljahr nach dem Unfallereignis die Unfallfolgen vollständig ausgeheilt und die unfallkausale Behandlung kann abgeschlossen werden" (Suva-act. 135). Nachdem die Contusio cordis folgenlos blieb, die Pneumonie ausheilte und die Frakturen im Sommer 2019 konsolidiert waren und bereits dazumal keine auf die Unfallfolgen gerichtete ärztliche Behandlung im oberwähnten Sinne mehr erfolgte, schloss die Suva den Fall im Januar 2020 rechtmässig ab. Dem widersprechende Arztberichte liegen keine im Recht. Bleibt zu ergänzen, dass die psychischen Beschwerden hierbei unberücksichtigt zu bleiben haben, nachdem der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls kein Schleudertrauma erlitt (Urteile BGer 8C\_102/2021 vom 26.3.2021 E. 6.1; 8C\_388/2019 vom 20.12.2019 E. 3.2).

**4.1** Gemäss Beschwerdeführer sei mit den Berichten und Gutachten nun immerhin ausgewiesen, dass er an einer psychischen Krankheit leide. Er sei der festen Überzeugung, dass diese eine Unfallfolge sei. Er habe eine PTBS erlitten, auch wenn diese in der Zwischenzeit etwas in den Hintergrund getreten sei und durch die durchgehende mittelgradige depressive Episode überlagert werde. Die psychische Erkrankung sei klar Unfallfolge, weshalb die Suva nach wie vor Leistungen zu erbringen habe.

**4.2** Soweit der Beschwerdeführer die psychische Krankheit als natürlich unfallkausal darstellt und hieraus einen Leistungsanspruch ableitet, verkennt er, dass ein Leistungsanspruch natürliche und adäquate Kausalität verlangt und dass den geklagten psychischen Beschwerden kein objektivierbarer organischer struktureller Schaden zugrunde liegt, weshalb sich die Adäquanz nicht aus der natürlichen Kausalität ergibt. Vielmehr bedarf es hierzu einer besonderen Adäquanzprüfung (vgl. oben E. 1.2.2), bei welcher in Anwendung der Psychopraxis (welche hier mangels Vorliegen eines Schleudertraumas anzuwenden ist) die psychischen Beeinträchtigungen unberücksichtigt bleiben (BGE 140 V 356 E. 3.2). Andererseits kann die Frage der natürlichen Kausalität offen gelassen werden, wenn die Adäquanz zu verneinen ist.

**4.3** Den Ausgangspunkt der Adäquanzbeurteilung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, 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. Die Unfallschwere ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können;

solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (BGE 140 V 356 E. 5.1; Urteile BGer 8C\_592/2023 vom 30.1.2024 E. 7.2.1; 8C\_176/2018 vom 27.9.2018 E. 10.1; 8C\_596/2022 vom 11.1.2023 E. 4.4.1). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 115 V 133 E. 6; SVR 2013 UV Nr. 3 S. 7, 8C\_398/2012 E. 5).

**4.3.1** In Anwendung der Psycho-Praxis (BGE 115 V 133) gelangte die Vorinstanz zum Schluss, das Unfallereignis vom 11. Februar 2019 stelle einen mittelschweren Unfall im engeren Sinne dar (Suva-act. 186). Der Unfall habe sich nicht unter besonders dramatischen Begleitumständen abgespielt, auch sei er nicht besonders eindrücklich.

**4.3.2** Demgegenüber hält der Beschwerdeführer dafür, die Suva verharmlose den Unfall; es handle sich um einen schweren Unfall mit besonders dramatischen Begleitumständen und besonderer Eindrücklichkeit. Es sei zu einer Frontalkollision zwischen PW und LKW gekommen, die beide rund 60km/h gefahren seien. Der PW habe sich gedreht und sei auf die eigene Fahrspur verschoben worden, so dass eine nochmalige Kollision mit dem Heck stattgefunden habe. Ein besonderer Begleitumstand sei sodann, dass der Beschwerdeführer beim Aussteigen den Fahrer im Schnee habe liegen sehen und meinte, dieser sei tot. Dazu kämen als äussere Umstände noch starker Schneefall.

**4.3.3** Bezüglich Unfallhergang wird auf das zuvor Ausgeführte verwiesen (vgl. E. 2.1). Die Unfallschwere ist aufgrund des augenfälligen Geschehensablaufs mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen. Weiterungen wie Eindrücklichkeit oder dramatische Umstände qualifizieren nicht die Schwere des Unfalles, sondern sind allenfalls unter den weiteren Adäquanzkriterien zu berücksichtigen (BGE 148 V 301 E. 4.3.1; Urteile BGer 8C\_384/2023 vom 4.4.2024 E. 3.2; 8C\_581/2022 vom 15.6.2023 E. 5.2).

Der Qualifizierung des Unfalls als mittelschwer im engeren Sinne ist zu folgen. Rechtsprechungsgemäss sind Frontalkollisionen in der Regel dem eigentlich mittleren Bereich zugeordnet (vgl. Urteil BGer 8C\_581/2022 vom 15.6.2023 mit weiteren Hinweisen). Vorliegend handelt es sich geradezu um eine klassische Frontalkollision, wobei - wie bereits ausgeführt - nicht die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kräfte gewirkt haben. Der LKW fuhr mit 46 km/h und der Unfall-PW begann in Fahrt mit rund 55 km/h ca. 150m vor dem Aufprall mit einer Vollbremsung, konnte die Kollision aufgrund schneebedeckter Fahrbahn indes nicht verhindern. Allein die Tatsache, dass es den PW auf die eigene Fahrspur zurückwarf und dies zu einem weiteren Anprall des Hecks führte, führt noch nicht

zu einer höheren Qualifikation. Schneefall und Wahrnehmung des auf dem Boden liegenden PW-Fahrers beeinflusst die Unfallschwere nicht, sondern ist ggf. bei den Adäquanzkriterien zu berücksichtigen.

Nachdem mit der Suva von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinne auszugehen ist, ist die Adäquanz erfüllt und kann die adäquate Unfallkausalität der psychischen Problematik des Beschwerdeführers nur bejaht werden, wenn mindestens drei der sieben Adäquanzkriterien in einfacher Form erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (SVR 2022 UV Nr. 43 S. 172, 8C\_528/2021 E. 7.2.3 f.; Urteil BGer 8C\_592/2023 vom 30.1.2024 E. 7.2.3). Rechtsprechungsgemäss werden Adäquanzkriterien nur mit grosser Zurückhaltung als ausgeprägt erfüllt anerkennt (Urteile BGer 8C\_131/2021 vom 2.8.2021 E. 6.4.1; 8C\_568/2015 vom 15.1.2016 E. 3.4).

**4.4** Gemäss Suva ist keines der Adäquanzkriterien erfüllt. Der Beschwerdeführer hält dafür, die Kriterien besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung; der körperlichen Dauerschmerzen; des schwierigen Heilungsverlaufs sowie des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gegeben sind (vgl. zu den Kriterien insgesamt BGE 115 V 133 E. 6c/aa; Urteil BGer 8C\_123/2018 vom 18.9.2018 E. 5).

**4.4.1** Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens bzw. Angstgefühls der versicherten Person (BGE 140 V 356 E. 5.6.1; Urteil BGer 8C\_592/2023 vom 30.1.2024 E. 9.2.1). An dessen Erfüllung werden deutlich höhere Anforderungen gestellt, weisen doch sämtliche mittelschweren Unfälle bereits eine gewisse Eindrücklichkeit auf, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (BGE 148 V 301 E. 4.4.3; BGE 140 V 356 E. 5.6.1; Urteile BGer 8C\_592/2023 vom 30.1.2024 E. 9.2.1; 8C\_703/2022 vom 1.9.2023 E. 4.3; 8C\_500/2022 vom 4.5.2023 E. 5.2.3). Das Kriterium kann als erfüllt gelten, wenn objektiv eine unmittelbare Lebensbedrohung bestand (Urteile BGer 8C\_384/2023 vom 4.4.2024 E. 3.3.2; 8C\_703/2022 vom 1.9.2023 E. 4.3; 8C\_500/2022 vom 4.5.2023 E. 5.2.3).

Entgegen den beschwerdeführerischen Ausführungen liegen vorliegend keine besondere Eindrücklichkeit und keine dramatischen Begleitumstände vor. Der Schneefall selbst macht den Unfall nicht besonders eindrücklich. Zudem konnten sowohl der PW-Fahrer als auch der Beschwerdeführer das Auto selbständig ver-

lassen. Der Fahrer legte sich wohl in den Schnee, er war aber stets bei Bewusstsein und sprach mit Augenzeugen. Ebenso wurde auch der Beschwerdeführer umgehend betreut. Wohl erlitt der PW Totalschaden. Aber es fehlt etwa an äusseren Verletzungen, Betroffenheit vieler Personen oder weiteren Eindrücklichkeiten. Eine unmittelbare Lebensbedrohung bestand für niemanden. Das Geschehen weist insgesamt keinerlei Besonderheiten auf, welche den ohnehin mittelschweren Unfall im engeren Sinne eindrücklich gestalten würde.

**4.4.2** Was das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen (vgl. BGE 140 V 356 E. 5.5; Urteile BGer 8C\_528/2021 vom 3.5.2022 E. 7.3.1; 8C\_398/2012 vom 6.11.2012 E. 6.2 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung), anbelangt, so kann auf die Diagnoseliste verwiesen werden (vgl. oben E. 2.2). Der Beschwerdeführer erlitt wohl eine mehrfache Rippenfraktur, Sternumfraktur und eine Contusio cordis, so dass er unmittelbar nach dem Unfall über thorakale atemabhängige Schmerzen klagte. Auch zeigte er eine Tachypnoe, jedoch keine Dyspnoe. Er musste nie beatmet werden; die Aufnahme auf die Intensivstation erfolgte zur Primärüberwachung, wobei der Verlauf unauffällig war. Am 15. Februar 2019 musste wohl ein kardiologisches Konsil eingeholt werden, wobei keine Massnahmen angeordnet werden mussten. Bei Pneumonie sprach der Beschwerdeführer auf die antibiotische Therapie an, so dass sich die Entzündungsparameter regredient zeigten. Es lagen mithin keine Verletzungen vor, die erfahrungsgemäss psychische Fehlentwicklungen auszulösen vermögen. Dies stellte ausdrücklich auch der psychiatrische Fachgutachter fest, indem er ausführte, bei der erlittenen Frontalkollision handle es sich eigentlich nicht um ein traumatisches Ereignis, das derart schwer sei, um bei jedem eine tiefe Verzweiflung auszulösen (Gutachten S. 110). Das Kriterium ist nicht erfüllt.

**4.4.3** 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 mit Hinweisen), wobei dies nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen ist. Von Bedeutung sind auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist (SVR 2020 UV Nr. 27 S. 110, 8C\_518/2019 E. 4.4.4). Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gegeben sein (SVR 2019 UV Nr. 41 S. 155, 8C\_632/2018 E. 10.1; Urteil BGer 8C\_627/2020 vom 10.12.2020 E. 4.1.2). Manualthérapeutische

Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes, (haus-) ärztliche Verlaufskontrollen, medikamentöse Schmerzbekämpfung und Ergotherapie allein genügen diesen Anforderungen nicht (Urteil BGer 8C\_596/2022 vom 11.1.2023 E. 4.5.4). Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteile BGer 8C\_807/2023 vom 11.6.2024 E. 6.1; 8C\_647/2018 vom 16.1.2019 E. 5.3 und 8C\_416/2011 vom 9.11.2011 E. 9.3 je mit Hinweisen).

Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers ist auch dieses Kriterium nicht erfüllt. Wie dem unter E. 2.2 ff. sowie insbesondere E. 3.4.3 zusammengefassten Verlauf entnommen werden kann, war die eigentliche auf die somatischen Beschwerden gerichtete ärztliche Behandlung nach Entlassung aus dem Akutspital abgeschlossen. Es folgten nur noch Kontrollen in der Kardiologie sowie bei der Hausärztin und weitere Rehabilitationsaufenthalte, aber keine eigentliche kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden. Solche wurden weder vom Akutspital, noch von der Rehabilitation M.\_\_\_\_\_, noch von der Hausärztin oder der Rehaklinik D.\_\_\_\_\_, empfohlen oder angeordnet.

**4.4.4** Bezüglich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen ist massgebend, ob über den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden vorlagen (SVR 2019 UV Nr. 41 S. 155, 8C\_632/2018 E. 10.2 mit Hinweisen). Psychische Beschwerden sind in diesem Zusammenhang nicht miteinzubeziehen, auch wenn sie körperlich imponieren (SVR 2020 UV Nr. 1 S. 1, 8C\_117/2019 E. 7.2 mit Hinweis; Urteil BGer 8C\_528/2021 vom 3.5.2022 E. 7.3.2).

Aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht (vgl. Urteil BGer 8C\_736/2009 vom 20.1.2010 E. 3.2). Vorliegend halten die aktenkundigen Arztberichte übereinstimmend fest, die Schmerzproblematik könne durch die somatischen Einschränkungen nicht erklärt werden. Mangels eines organisch ausgewiesenen Substrats ist aber die Erfüllung des Kriteriums zu verneinen (vgl. Urteil BGer 8C\_620/2021 vom 14.1.2022 E. 4.6). Selbst wenn es erfüllt wäre, läge es keinesfalls in ausgeprägter Form vor.

**4.4.5** Hinsichtlich des Kriteriums des schwierigen Heilverlaufs macht der Beschwerdeführer bloss geltend, es sei nicht erstellt, dass der Heilverlauf für alle Verletzungen und Beschwerden bereits abgeschlossen sei, weshalb die Verneinung des Kriteriums nicht anerkannt werden könne. Wie jedoch zuvor bereits dargelegt, hat die Suva den Fall zu Recht abgeschlossen, da die Unfallfolgen

ausgeheilt waren und keine auf die somatischen Beschwerden gerichtete Heilbehandlung mehr anstand. Bei dem zuvor zusammengefassten Verlauf kann aber keinesfalls von einem schwierigen Heilverlauf gesprochen werden.

**4.4.6** Das Nämliche gilt bezüglich Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er sei nach wie vor arbeitsunfähig und dies sei nur zum Teil auf die psychischen Beschwerden zurückzuführen, so ist dem entgegen zu halten, dass dies durch keinen Arztbericht gestützt wird. Bereits im Austrittsbericht der Rehaklinik D. \_\_\_\_\_ wird festgehalten, die Unfallfolgen seien ausgeheilt, die geklagten somatischen Beschwerden seien nicht erklärbar, weitere medizinische Massnahmen seien nicht angezeigt und die volle Arbeitsfähigkeit sei erreicht (vgl. oben E. 2.7.1). Zu keinem anderen Schluss gelangte das polydisziplinäre Gutachten im Auftrag der IV (vgl. oben E. 2.14, 2.16). Im Bericht vom 24. Januar 2020 attestierte Dr.med. G. \_\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer wohl weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. oben E. 2.11); allerdings begründete er dies mit hier nicht relevanten psychiatrischen Diagnosen (vgl. Urteil BGer 8C\_488/2017 vom 27.11.2017 E. 6.9).

**4.5** Damit aber hat die Suva auch die Adäquanz der psychischen Beschwerden zu Recht verneint, nachdem keines der Kriterien erfüllt ist.

**5.** Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde damit als unbegründet. Die Suva hat den Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt; es besteht keine Veranlassung für ein polydisziplinäres Gutachten. Weiter hat die Suva den Fall zu Recht per Ende Januar 2020 abgeschlossen und einen Anspruch auf Rente sowie Integritätsentschädigung abgelehnt.

**6.** Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang keiner (Art. 61 lit. <sup>fbis</sup> und g ATSG).

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

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
  - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
  - die Vorinstanz (R)
  - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. November 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 4. Dezember 2024