

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 19

Entscheid vom 17. Oktober 2022

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
lic.iur. Prisca Reichlin Brügger, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

C. _____,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Unfallkausalität; Rente und
Integritätsentschädigung)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 19__) war als Kriminalanalytiker bei der D._____ angestellt und dadurch bei der E._____ AG obligatorisch unfallversichert, als er am 9. September 2015 morgens auf dem Weg zur Arbeit mit dem Motorrad verunfallte, indem beim Vorbeifahren an einem Abbruchobjekt / einer Abbruchbaustelle in T._____ eine Mauer gegen und auf die Hauptstrasse stürzte, A._____ traf und zu Fall brachte (vgl. Schadenmeldung Vi-act. 4; Polizeirapport, Vi-act. 504). A._____ erlitt dabei mehrfache Verletzungen (Operationsbericht vom 17.9.2015, Vi-act. 5). Per 1. Januar 2021 hat die U._____ AG von der E._____ AG das UVG-Portfolio übernommen (vgl. angefocht. Einspracheentscheid Erw. A1.1; Vi-act. 477, 489).

B. Ab dem 26. September 2016 war A._____ aus orthopädischer Sicht wieder zu 100% arbeitsfähig, worauf er die Arbeit versuchsweise zu 100% aufnahm (Vi-act 184, 186, 188). Ab dem 20. Oktober 2016 schrieb der behandelnde Psychiater A._____ zu 50% aus psychischen Gründen arbeitsunfähig, ab dem 7. November 2016 zu 40% und ab dem 20. Februar 2017 noch zu 30% (Vi-act. 190, 195, 196, 201, 213, 215). Infolge Arthroskopie am rechten Handgelenk vom 23. Januar 2017 war er zudem ab Eingriff bis 12. Februar 2017 erneut 100% arbeitsunfähig (Vi-act. 224). Ab dem 20. Februar 2017 bestand aus psychischen Gründen weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 30% (Vi-act. 215, 238, 244, 247, 274). Ab dem 1. Juli 2017 attestierte der behandelnde Psychiater neuerlich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 282), später jedoch korrigiert auf wiederum 30% AUF (Vi-act 309, 335, vgl. Zusammenfassung Vi-act. 474). Im August 2017 wurde A._____ per 30. September 2017 vorzeitig pensioniert (Vi-act. 340).

C. Am 3. August 2017 erfolgte eine orthopädische kreisärztliche Abschlussuntersuchung (Vi-act. 326), am 5. September 2017 die versicherungspsychiatrische Untersuchung durch den Konsiliarpsychiater (Vi-act. 348). Am 7. Februar 2018 erfolgte eine neurologische Beurteilung (Vi-act. 395). Weitere Abklärungen erfolgten wegen Kniebeschwerden sowie die Urologie betreffenden Beschwerden (Vi-act. 391, 401, 403).

D. Die E._____ AG verfügte am 4. April 2018 den Fallabschluss unter Entrichtung des Taggeldes bis 30. April 2018. Wegen dauerhafter Einschränkung an der rechten Hand wurde A._____ eine Integritätsentschädigung bei einer Einbusse von 20% zugesprochen. Da gemäss ärztlicher Beurteilung die angestammte Tätigkeit im Innendienst der D._____ aufgrund der unfallbedingten

Einschränkungen wieder ganztägig ohne Einschränkungen zumutbar sei, wurde ein Rentenanspruch verneint (Vi-act. 408).

E. Am 6. April 2018 erhob A. _____ Einsprache und beantragte die weitere Ausrichtung des Taggeldes, eine ganze Rente sowie eine Integritätsentschädigung von 70% (Vi-act. 410, 416, 420).

F. In Gewährung des rechtlichen Gehörs erging am 30. August 2019 der Auftrag für eine interdisziplinäre Begutachtung (Rheumatologie, Orthopädie, Psychiatrie, Urologie und Pneumologie) an die MEDAS Zentralschweiz (Vi-act. 453). Am 17. Januar 2020 wurde das Gutachten erstattet (Vi-act. 458). Am 17. Februar 2020 und am 3. März 2020 stellte der Rechtsvertreter von A. _____ Ergänzungsfragen (Vi-act. 462, 464), welche der MEDAS unterbreitet und von dieser am 15. Juni 2020 beantwortet wurden (Vi-act. 467, 469).

G. Mit Einspracheentscheid vom 15. Februar 2022 wies die U. _____ AG die Einsprache ab (Vi-act. 493).

H. Am 14. März 2022 lässt A. _____ gegen den Einspracheentscheid beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid vom 15. Februar 2022 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin habe dem Beschwerdeführer eine ganze Rente und eine Integritätsentschädigung von 70% auszurichten.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich Mehrwertsteuer zulasten der Beschwerdegegnerin.

I. Mit Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2022 beantragt die Vorinstanz:

1. Die Beschwerde sei abzuweisen,
2. unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdeführers.

J. Mit Replik vom 30. Mai 2022 resp. Duplik vom 5. Juli 2022 resp. Triplik vom 7. Juli 2022 halten die Parteien je an ihren Anträgen fest. Am 20. Juli 2022 ersucht der instruierende Richter die Vorinstanz um Einreichung fehlender Akten und/oder Bestätigung der Aktenvollständigkeit. Am 25. Juli 2022 werden weitere Akten eingereicht und die Vollständigkeit bestätigt.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Der Beschwerdeführer erlitt auf dem Weg zur Arbeit am 9. September 2015 einen Unfall, dessen Sachverhalt im Polizeirapport vom 17. November 2015 wie folgt beschrieben ist (Vi-act. 504):

A. _____ fuhr mit dem Motorrad, SZ (...) auf der Hauptstrasse von V. _____ Richtung W. _____. Er befand sich auf dem Weg zu seinem Arbeitsplatz. Im Dorf T. _____, wurde er während der Vorbeifahrt an einem Abbruch-Objekt von einer umstürzenden Backsteinwand sowie der Bauabschrankung getroffen und zu Boden geworfen. Das Material stammte vom Rückbau des Rest. X. _____ direkt am rechtsseitigen Strassenrand. Dort waren zur kritischen Zeit die letzten Baggerarbeiten am Abbruch-Objekt im Gang. Das Opfer hatte keine Möglichkeit für eine Reaktion, sei es Ausweichen oder Bremsen.

1.2 Der Beschwerdeführer wurde von Passanten, namentlich einem sich auf dem Arbeitsweg befindlichen Rettungssanitäter erstversorgt, bevor der Rettungsdienst vor Ort eintraf und der Beschwerdeführer durch die Rega ins Kantonsspital Luzern überführt wurde, wo er bis 10. Oktober 2015 hospitalisiert war. Im Austrittsbericht (ohne Datum) werden folgende Diagnosen aufgelistet (Vi-act. 40):

Diagnosen

1. Polytrauma als Motorradfahrer bei Mauereinsturz am 09.09.2015 mit/bei:
 - Traumatischer Milzruptur und aktiver Blutung
 - Rippenserienfraktur links 4-9
 - Lungenkontusionen bds, linksbetont
 - Kleiner Pneumothorax links
 - Distale, mehrfragmentäre, intraartikuläre Radiusfraktur rechts
 - Akromionfraktur links, undisloziert
 - Scapulafraktur links
 - Metacarpale IV Köpfchenfraktur links
2. Diabetes mellitus
3. Osteoporose
4. Katarakt linkes Auge
5. Allergien Azithromycin, Penicillin, Ciproxin, Metronidazol, Mefanaminsäure
6. Komplikationen:
 - Aspirationspneumonie 17./18.9.2015
 - Harnwegsinfekt am 7.10.2015
 - Akute posttraumatische Belastungsstörung
 - Mangelernährung

An Therapien erbrachte das Luzerner Kantonsspital:

Therapien

1. Interventionelles Coiling der Milzarterie am 09.09.2015
2. Geschlossene Reposition Radiusfraktur und Ruhigstellung im gespaltenen Unterarmgips 09.09.2015
3. Einlage einer tunnelierter PDK thorakal 09.09.2015
4. K-Drahtosteosynthese Metacarpalefraktur links am 17.09.2015, [...]

5. Offen Reposition und Doppelplattenosteosynthese rechter distaler Radius von volar und dorsal am 17.09.2015, [...]
6. Intensivmedizinische Therapie vom 09.09.- 10.09.2015 und 20.09. - 26.09.2015
7. Antibiotische Therapie: Tazobac von 18.9.15 - 24.09.2015, Co Amoxy mepha ab 5.10.2015
8. Parenterale Ernährung sowie über Magensonde, Ernährungsberatung
9. Umstellung der antidiabetischen Therapie auf Diamicon
10. Mobilisation mit Analgesie
11. Therapie eines Mund-/Rachensprosses mit Amphomoral und Diflucan 19.9. bis 6.10.2015
12. Beginn einer Therapie mit Dipiperon bei Belastungsreaktion

Zum notfallmässigen Spitaleintritt hält der Austrittsbericht was folgt fest:

Jetzige Leiden

Zuweisung durch den Rettungsdienst über den Schockraum. Der Patient berichtet, dass er als Motorradfahrer in einer Autokolonne fuhr. Bei einer Baustelle sei eine Mauer eingerissen worden, welche ihn traf. Er habe Dyspnoe gehabt und Schmerzen in der linken Schulter und der rechten Handgelenk. Keine Bewusstlosigkeit. Hat Helm getragen.

Fokussierter Status

___-jähriger Patient in vermindertem Allgemeinzustand, wach, orientiert, GCS 15. Wird mit Stiffneck, Beckengurt und auf Vacuummatratze immobilisiert gebracht.

- A: Spontan atmend ohne hörbaren Stridor. Atemwege klinisch frei.
- B: SO₂ von 90% mit 10l O₂ über Reservoirmaske
- C: Kreislaufstabile Verhältnisse (BD 120/81, P 73/min), Hb 114g/l. Keine aktiven äusserlichen Blutungen. FAST-Sonographie: Milz nicht sicher beurteilbar
- D: GCS 14 (E4, M6, V4), Pupillen rund/mittelweit/isokor, prompt direkt und konsensual Lichtreagibel. Sensibilität an allen Extremitäten symmetrisch normal. Motorik zu Beginn nicht geprüft.
- E: initial warm bis in die Peripherie.

Kopf: Keine äusseren Verletzungen. Kalotten klopfindolent. Gesichtsschädel palpatrisch stabil und indolent. Kein Hinweis auf Rhino-/Otoliquorrhoe.

Hals: im harten Halskragen.

Thorax: Klinisch Thoraxkompressionsschmerz links und über Sternum. AG über allen LF auskultierbar.

Wirbelsäule: BWS, LWS und Sakrum indolent.

Abdomen: weich, Druckdolenz linker Oberbauch.

Becken: Fixiert im Beckengurt.

Extremitäten: Druckdolenzen über Scapula links. Schulter links schmerzbedingt nicht beweglich.

Druckdolenz über distalem Radius rechts. Restliche Extremitäten ohne Kontusionsmarken oder Druckdolenzen. Sensibilität allseits intakt. Grobneurologisch unauffällig.

1.3 Am 10. September 2015 konnte der Beschwerdeführer auf die Bettenstation verlegt werden und am 10. Oktober 2015 wurde er zur stationären muskuloskelettalen Rehabilitation bis 30. Oktober 2015 in die Klinik F. _____ überführt (Vi-act. 31).

1.4 Am 2. Mai 2016 startete der Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch mit drei Halbtagen pro Woche, wobei er von Schiessübungen, welche er mit seiner verletzten Hand nicht durchführen könne, dispensiert wurde (Vi-act. 106). Der Arbeitsversuch gestaltete sich aus Sicht Arbeitgeber erfreulich (Vi-act. 114, 152). Demgegenüber zeigte sich der Beschwerdeführer am 18. Mai 2016 nicht erfreut. Er sehe nur die Beschwerden und Probleme, welche er wegen des Unfalls habe; er habe nicht mehr viel Geduld. Auch stresse ihn vor allem, dass er seiner Frau und der Familie nicht mehr so wie früher helfen könne, er sei einfach nicht fit. Den Vorschlag der Versicherung, einen Psychologen in Anspruch zu nehmen, lehnte der Beschwerdeführer ab, er habe kein Vertrauen zu Psychologen (Vi-act. 116).

1.5 Am 10. Juni 2016 erfolgte eine Arthroskopie der linken Schulter (gemäss Bericht fälschlicherweise rechte Schulter, Vi-act. 128) bei Diagnose SLAP-Läsion Grad II, Tendinose der langen Bizepssehne und partielle Unterflächen Ruptur der Suprapinatussehne nach Polytrauma mit Scapulafraktur. Der Beschwerdeführer war dadurch erneut 100% arbeitsunfähig.

1.6 Am 10. August 2016 informiert der Beschwerdeführer die Versicherung, dass er am 10. August 2016 ein Erstgespräch bei einem Psychologen [recte Psychiater] habe (Vi-act. 155).

1.7 In der Orthopädie-Sprechstunde vom 22. August 2016 zeigte sich ein erfreulicher Verlauf mit guter Patientenzufriedenheit, so dass die berufliche Reintegration aus orthopädischer Sicht gestartet werden konnte (50% AUF ab 29.8.2016; Vi-act. 159).

1.8 Nachdem der Beschwerdeführer vom 10. bis 25. September 2016 eine Motorradtour in den USA absolvierte, nahm er die Arbeit am 26. September 2016 wieder zu 100% auf (Vi-act. 162; vgl. zur geplanten Tour auch Vi-act. 175, 163, 165, 171, 182). Nach der Verlaufskontrolle vom 17. Oktober 2016 berichtete der behandelnde Orthopäde Dr.med. G._____ (Facharzt für Orthopädie und Traumatologie), subjektiv gehe es dem Beschwerdeführer recht gut. Die physischen Verletzungen seien im Wesentlichen verheilt; demgegenüber stünden die psychischen Folgen; der Beschwerdeführer sei entsprechend in psychiatrischer Behandlung (Vi-act. 188). Am 19. Oktober 2016 attestierte der Psychiater Dr.med. J._____ (Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie) dem Beschwerdeführer neu eine Arbeitsunfähigkeit von 50% ab dem Folgetag (Vi-act. 189) und am 9. November 2016 eine solche von 40% ab dem 7. November 2016 (Vi-act. 195).

1.9 Wegen persistierender Schmerzproblematik im rechten Handgelenk erfolgte am 23. Januar 2017 eine Arthroskopie zur Beurteilung des intraartikulären Zustandes und zur Entfernung des Osteosynthesematerials (Vi-act. 210). Ab Eingriff wurde der Beschwerdeführer durch Dr.med. G._____ bis 12. Februar 2017 100% arbeitsunfähig geschrieben (Vi-act. 210). Ab 20. Februar 2017 attestierte der Psychiater noch eine Arbeitsunfähigkeit von 30% (Vi-act. 215).

1.10 Am 23. Februar 2017 informierte der Beschwerdeführer seinen Rechtsvertreter über Probleme mit der Atmung (Vi-act. 228). Der Pneumologe Dr.med. H._____ (Facharzt FMH für Innere Medizin sowie Pneumologie) berichtete dem Hausarzt am 29. März 2017 die Diagnose: Restriktive Pneumopathie bei St.n. Rippenfraktur 4 bis 9 und Lungenkontusion links am 09.09.2015; TLC 80% Soll, hochnormale dynamische Lungenvolumina, in Relation zum Alveolarvolumen normaler Gasaustausch.

1.11 Nach der Verlaufssprechstunde vom 7. März 2017 berichtete Dr.med. G._____, durch die Arthroskopie am rechten Handgelenk habe die lokale Situation subjektiv und klinisch wesentlich verbessert werden können. Das Handgelenk sei voll einsatzfähig. Aufgrund der Gesamtsituation finde sich der Beschwerdeführer in der beruflichen Reintegration mit einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit. Die Behandlung der Unfallfolgen des Bewegungsapparates (Schulter, Handgelenk) werde abgeschlossen, da chirurgisch keine weiteren Verbesserungen erreicht werden könnten (Vi-act. 230). Seitens Psychiatrie bestand weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 30% (Vi-act. 244, 247).

1.12 Auf Zuweisung des Hausarztes hin erfolgte am 14. März 2017 ein urologischer Untersuch (Vi-act. 231). Hierauf berichtete Dr.med. I._____ (Facharzt Urologie):

Diagnosen:

1. Rezidivierende Harnwegsinfekte bzw. Verdacht auf chronische Prostatitis
2. Zustand nach Polytrauma am 09.09.2015
3. Diabetes mellitus

Anamnese:

Der Patient war bereits 2013 bei uns wegen LUTS und erektiler Dysfunktion bei uns in Behandlung. Damals kein Hinweis für rezidivierende Infekte. Inzwischen ist er natürlich im Rahmen des Polytraumas sehr lange Zeit mit einem Dauerkatheter versorgt gewesen. Die Antibiose mit Furadantin ist jetzt seit 4 Wochen beendet. Aktuell besteht keine Algurie mehr, auch keine Hämaturie. Nykturie 1- bis 3-mal.

(...)

Beurteilung und Procedere:

Ich denke, dass Herr A._____ sich möglicherweise durch die langfristige Katheterbehandlung eine chronische Prostatitis zugezogen hat und der Erreger mög-

lichweise in der Prostata sitzt. Wenn wir ihn nicht im Exprimaturin nachweisen können, würden wir demnächst eine Ejakulatkultur veranlassen. Danach werde ich erneut berichten.

1.13 Am 7. Juni 2017 informierte der Arbeitgeber die Versicherung über drei für ihn mögliche Szenarien, nämlich 100% Arbeitsfähigkeit, Reduktion des Pensums mit Taggeldleistung der Versicherung für restliche Arbeitsunfähigkeit oder die Frühpensionierung des Beschwerdeführers (Vi-act. 262).

1.14 Mit Verlaufsbericht vom 19. Juni 2017 berichtete Dr.med. J._____, die Arbeitsfähigkeit habe von 50% auf aktuell 70% gesteigert werden können. Da die starke Müdigkeit, Erschöpfung und die begrenzte Belastbarkeit weiterbestehen würden, habe die Arbeitsfähigkeit noch nicht weiter gesteigert werden können. Es bestünden auch Anzeichen, dass die Belastungsgrenze mit 70% erreicht sein könnte. Inwieweit die Umstellung auf ein anderes Antidepressivum eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit unterstützen könne, habe bisher leider noch nicht ausprobiert werden können (Vi-act. 274).

1.15 Ein am 21. Juli 2017 wegen zunehmenden massiven Kniebeschwerden rechts anteromedial durchgeführtes MRI Knie rechts nativ und mit KM i.v. bei Fragestellung nach einer Meniskusläsion anteromediale Tibia zeigte einen radiären Riss der Hinterhornanhaftung des Innenmeniskus, Extrusion um 6mm, eine Knorpel Chondropathie Grad IV im medialen Kompartiment sowie eine flaptartige Knorpelläsion an der medialen Patellafacette (Vi-act. 307, 315).

1.16 Am 3. August 2017 erfolgte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung des Beschwerdeführers durch Dr.med. K.____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kreisarzt SUVA). Nach Wiedergabe des aktenmässigen Verlaufs, der Anamnese sowie der Befunderhebung notierte der Kreisarzt folgendes (Vi-act. 326):

Diagnosen

1. Polytrauma als Motorradfahrer bei Mauereinsturz am 09.09.2015 mit/bei:
 - Traumatischer Milzruptur und aktiver Blutung
 - Rippenserienfraktur links 4-9
 - Lungenkontusionen bds, linksbetont
 - Kleiner Pneumothorax links
 - Distale, mehrfragmentäre, intraartikuläre Radiusfraktur rechts
 - Akromionfraktur links, undisloziert
 - Scapulafraktur links
 - SLAP-Läsion Grad II links
 - Partielle Unterflächen Ruptur der Supraspinatussehne
 - Metacarpale IV Köpfchenfraktur links
2. Komplikationen:
 - Aspirationspneumonie 17./18.9.2015

- Harnwegsinfekt am 7.10.2015
 - Akute posttraumatische Belastungsstörung
 - Mangelernährung
3. Rezidivierende Harnwegsinfekte bei Verdacht auf chronische Prostatitis (Staph. hämolyticus, Enterococcus fäkalis)

Unfallfremd:

- 4. Diabetes mellitus
- 5. Osteoporose
- 6. Katarakt linkes Auge
- 7. Allergien Azithromycin, Penicillin, Ciproxin, Metronidazol, Mefenaminsäure

Auf die Frage nach der Unfallkausalität der Beschwerden hielt der Kreisarzt fest, nur die auf dem unfallchirurgisch/orthopädischen Fachgebiet geltend gemachten Beschwerden beurteilt zu haben (nicht urologische, neurologische, psychiatrische Beschwerden). Die Beschwerden im Schultergelenk links, Handgelenk rechts sowie Thorax links seien überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 9. September 2015 zurückzuführen. Rein unfallchirurgisch/orthopädisch bestünden keine Beeinträchtigungen im Innendienst der D. _____; auch stehe dem Fallabschluss nichts entgegen, vorbehalten bleibe noch die Beurteilung der Kniebeschwerden. Den Integritätsschaden schätzte er auf 20%, begründet durch die funktionelle Beeinträchtigung des rechten Handgelenkes (Vi-act. 325, 326).

1.17 Am 31. August 2017 informierte die Arbeitgeberin die Versicherung über die Frühpensionierung des Beschwerdeführers per 30. September 2017 (Vi-act. 340).

1.18 Am 5. September 2017 erfolgte eine psychiatrische Untersuchung durch Dr.med. L. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Konsiliararzt Suva). Der Konsiliarpsychiater verneinte relevante Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung; hingegen liege fraglos ein depressives Geschehen vor, gekennzeichnet durch chronische Müdigkeit bzw. einen Mangel an Energie und vor allem ein ausgeprägt resignatives Lebensgefühl. Die Körperschmerzen und die Anstrengungsdyspnoe würden mit dem depressiven Leiden interferieren. Dr.med. L. _____ stellte die Diagnose einer persistierenden depressiven Störung (Dysthymie, DSM-5 304.4). Dies stehe nicht im Widerspruch zur Beurteilung von Dr.med. J. _____, der im Sinne von F43.21 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion diagnostiziert habe. Das fluktuierend sich manifestierende, von momentanen Lebensumständen (Stresspegel) abhängende depressive Geschehen könne durchaus als anhaltende Anpassungsstörung an die unfallbedingten körperlichen Unfallfolgen interpretiert werden. Zudem stellte Dr.med. L. _____ fest, das psychische Störungsbild stehe in natürlich kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 9. September 2015. Im langfris-

tigen Verlauf sei von einer psychisch bedingten 30%igen Beeinträchtigung des somatischen Zumutbarkeitsprofils auszugehen. Ob ein psychisch begründbarer Integritätsschaden vorliege, welcher die Erheblichkeitsschwelle überschreite, könne frühestens in einem Jahr (nach den weiteren Operationen und Angewöhnung an den Status eines Pensionierten) beurteilt werden (Vi-act. 348).

1.19 Nach Vorlage der neuen medizinischen Unterlagen inkl. Bildgebung betreffend Knie rechts gelangte Dr.med. K. _____ am 3. Oktober 2017 zur Beurteilung, das MRI zeige eine zunehmende degenerative Veränderung im Sinne einer medialen Arthrose; überwiegend wahrscheinlich unfallbedingte strukturelle Läsionen seien nicht abgebildet (Vi-act. 350). Dies bestätigte er mit ausführlicher ärztlicher Beurteilung vom 16. November 2017 (Vi-act. 376). Entsprechend lehnte die Versicherung die Kostenübernahme für die Kniebeschwerden rechts ab (Vi-act. 380). Hiermit zeigte sich der Beschwerdeführer nicht einverstanden (Vi-act. 381, 382).

1.20 Nach der Sprechstunde vom 15. September 2017 stellte Dr.med. I. _____ die Diagnose eines relativ grossen Nierenkelchsteins links (Vi-act. 354). Am 6. Oktober 2017 erfolgte im Spital Schwyz eine Steinertrümmerung (Vi-act. 369). Nach Aussage des Beschwerdeführers soll Dr.med. I. _____ den Nierenstein mit der langen Liegezeit erklärt, und damit auf den Unfall zurückgeführt haben (Vi-act. 382).

Am 20. Oktober 2017 erfolgte eine urologische Konsultation bei Prof. Dr.med. M. _____ (Chefarzt Neuro-Urologie SPZ). Es zeigte sich eine Blasenfunktionsstörung mit funktionell kleinkapazitärer Harnblase und Restharnbildung bei chronischer Prostatitis, wobei der zeitliche Verlauf und die durch ihn erhobenen Befunde gemäss Prof. Dr.med. M. _____ für einen Zusammenhang der geschilderten Beschwerden auf urologischem Fachgebiet mit dem Unfallereignis und der Langzeit-Harnableitung mittels transurethralem Katheter sprechen (Vi-act. 357). Zur Ursächlichkeit der erektilen Dysfunktion äusserte er sich nicht, führte sie auch in der Diagnoseliste nicht auf.

1.21 Am 7. Februar 2018 gelangte Dr.med. Q. _____ (Facharzt Neurologie) in einer neurologischen Beurteilung zum Schluss, aus den im Polizeirapport dokumentierten Aussagen der Zeugen vom Unfallgeschehen gehe hervor, dass der Beschwerdeführer im Anschluss an den Unfall durchgehend auf Ansprache reagiert habe. Abgestützt auf die Dokumentation über die Erstversorgung im Luzerner Kantonsspital habe er sich durch den Unfall ein Polytrauma ohne Kopfverletzung zugezogen. Im Beatmungsprotokoll über die Behandlung vom 9. bis 10. September 2015 sei vermerkt, dass keine Kopfverletzung und keine Ge-

sichtsschädelverletzung vorgelegen hätten; im Austrittsbericht sei vermerkt, dass infolge des Unfalls keine Bewusstlosigkeit bestanden habe und der Versicherte den Helm getragen hatte und bei Spitaleintritt ein GCS 15 ohne neurologische Defizite und ohne äussere Verletzungszeichen am Kopf festgestellt worden sei. Mit der MRT-Untersuchung vom 3. August 2017 hätten keine Hinweise auf unfallbedingte intrakranielle pathologische Veränderungen nachgewiesen werden können. Eine unfallbedingte Hirnverletzung könne abgestützt auf die klinischen Informationen und die dokumentierten Befunde der bildgebenden Diagnostik nicht angenommen werden. Dr.med. Q._____ gelangte zum Schluss: Das neurologische Fachgebiet betreffend habe sich der Beschwerdeführer durch den Unfall vom 9. September 2015 keine dauerhafte Gesundheitsbeeinträchtigung zugezogen. Klinisch habe ab dem 19. Oktober 2015 eine Peroneusparese rechts bestanden mit vollständiger Regredienz bis 30. Oktober 2015. Insbesondere könne eine substantielle Hirnverletzung infolge des Unfalls vom 9. September 2015 nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Eine unfallbedingte organische Grundlage kognitiver Gesundheitsbeeinträchtigungen liege nicht vor (Vi-act. 395).

1.22 Mit chirurgischer Beurteilung vom 9. März 2018 stellte med.pract. N._____ (Facharzt Chirurgie, Chirurgie und Unfallchirurgie sowie Viszeralchirurgie) fest, aus der medizinischen Dokumentation gehe keine langdauernde Immobilisation und keine Beatmungstherapie unter intensivmedizinischen Bedingungen hervor. Der Beschwerdeführer sei vom 9. bis zum 26. September 2015 mit einem transurethralen Dauerkatheter zur Urinableitung versorgt worden; das entspreche einer langdauernden Behandlung mit einem Urinkatheter. Es sei bekannt, dass dies Harnwegsinfektionen den Weg bahnen und auch wiederkehrende Harnwegsinfekte begünstigen könne; auch werde durch die Anlage eines trans-urethralen Katheters eine Prostatitis begünstigt. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die rezidivierenden Harnwegsinfekte Unfallfolge seien und dass die chronische Prostatitis zumindest teilkausal Folge des Unfallereignisses sei. Hingegen schliesst med.pract. N._____ aus, dass der Stein in einem Kelch der linken Niere mit dem Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Folge des Unfallereignisses sei und ebenso wenig die Beschwerden im Sinne von LUTS und die erektile Dysfunktion (Vi-act. 401). Zudem stellte med.pract. N._____ fest, aufgrund der unfallkausalen urologischen Beschwerden sei keine Integritätsentschädigung geschuldet (Vi-act. 404).

1.23 Mit Verfügung vom 4. April 2018 schloss die Versicherung den Fall ab (Vi-act. 408); Heilkostenleistungen wurden per Briefdatum eingestellt; Taggelder wurden noch bis zum 30. April 2018 ausgerichtet. Zudem wurde dem Beschwer-

deführer eine Integritätsentschädigung von Fr. 25'200.-- bei einer Integritätseinbusse von 20% zugesprochen. Ein Rentenanspruch wurde verneint.

Zwischen dem Unfallereignis vom 9. September 2015 und den gemeldeten Kniebeschwerden bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang. Auch die erektile Dysfunktion und die Beschwerden eines 'lower urinary tract symptoms' (LUTS) sowie die operativ entfernten Harnsteine könnten nicht als Folge des Unfalles betrachtet werden. Zudem stünden die neurologischen/neuropsychologischen Beschwerden nicht im Zusammenhang mit dem Unfallereignis.

2.1 Am 6. April 2018, ergänzt am 23. April 2018 und 23. Mai 2018, erhob der Beschwerdeführer Einsprache, wobei er die Weiterausrichtung des Taggeldes, eine ganze Rente sowie eine Integritätsentschädigung von 70% beantragte (Vi-act. 410, 416, 420). Die Heilbehandlung dauere noch an; ein Endzustand sei noch nicht erreicht; eine Arbeitsfähigkeit sei zu verneinen, die zahlreichen organischen und psychosomatischen Unfallfolgen seien natürlich und adäquat unfallkausal.

2.2 Im Rahmen des Einspracheverfahrens unterbreitete die Versicherung dem Beschwerdeführer am 24. Mai 2019 ihre Absicht, bei der MEDAS Zentralschweiz ein polydisziplinäres Gutachten (Rheumatologie, Orthopädie, Psychiatrie, Urologie und Pneumologie) in Auftrag zu geben (Vi-act. 440). Am 28. Mai 2019 stimmte der Beschwerdeführer der Begutachtung durch die MEDAS Zentralschweiz zu und formulierte Ergänzungsfragen bzw. Anpassungen der Gutachterfragen (Vi-act. 444). Am 30. August 2019 erging der Auftrag (Vi-act. 453).

2.3 Im MEDAS-Gutachten vom 17. Januar 2020 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Vi-act. 458 S. 41):

Überwiegend wahrscheinlich unfallkausale (Ereignis vom 09.09.2015) Diagnosen

Eingeschränkte Handgelenks-Beweglichkeit und Hypästhesie des Handrückens rechts nach:

- Distaler intra-artikulärer Radius-Fraktur am 09.09.2015
- Non-union einer Fraktur Processus styloideus ulnae am 09.09.2015
- Osteosynthese mit 3 Platten am 17.09.2015
- Plattenentfernung und Tenolyse Strecksehnen am 23.01.2016

Schmerzhafte Bewegungseinschränkung der linken Schulter nach

- Scapula-Fraktur am 09.09.2015
- SLAP II-Läsion
- Arthroskopie, subacromialer Dekompression, Tenotomie lange Bizeps-Sehne, Debridement Labrum glenoidale und Supraspinatussehne am 10.06.2016

Anstrengungsdyspnoe MMRC 1 bei Dekonditionierung und möglicher Compliance-Störung des Thorax bei

- Zustand nach Rippenserienfrakturen links (IV-IX) und Lungenkontusion und kleinem Pneumothorax links am 09.09.2015.
- aktuell normale Lungenvolumina.
- Spiroergometrisch 2017 leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit, VO₂peak 25 ml/kg
- aktuell keine bronchiale Hyperreagibilität

Rezidivierende bakterielle Prostatitis

Anhaltende depressive Episode, gegenwärtig mittelschwer gemäss ICD-10 F32.1

Noch subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1

Nicht unfallkausale Diagnosen

Heberden-Arthrosen DIP II bis IV rechts und II, III und V links

Bouchard-Arthrosen PIP II bis IV rechts, sowie II und V links

Idiopathische Varus-Stellung beider Femora

Leichte mediale Gelenkspaltverschmälerung Knie beidseits, links mehr als rechts bei:

- Chondromalazie I bis II rechts medial und retropatellär

Leichtes Extensionsdefizit rechtes Kniegelenk nach:

- Implantation einer unicondylären Knie-Prothese medial am 13.11.2017

BWS-Kyphose und degenerative Veränderungen an BWS und LWS nach:

- Morbus Scheuermann

Erektile Dysfunktion mit:

- Aktenanamnestisch erstmals erwähnt 2013, damals laut anamnestischen Angaben wegen psychischem Stress bedingt
- laut Patient massive Verschlechterung seit Unfallereignis bzw. seit dem Aufenthalt auf der IPS-Station im September 2015
- bis zum Zeitpunkt des Gutachtens kaum Therapieversuche (einmaliger Einsatz eines PDF-5-Hemmers ca. 2017 - offenbar damals ohne Erfolg)
- anamnestisch normale Testosteronwerte

Diabetes mellitus Typ II, ED 2015

- behandelt mit oralen Antidiabetika und Diät, aktuell nicht optimal eingestellt (HbA_{1c} 7.4 %)

Arterielle Hypertonie

Nephrolithiasis

- Status nach ESWL-Therapie eines Nierensteines links 2017

Hypercholesterinämie

Anamnestisch Polyallergie auf diverse Medikamente: Azithromycin, Penicillin, Ciproxin, Metronidazol, Mefenaminsäure

In Beantwortung der Gutachtenfragen stellten die Gutachter fest, die somatischen Diagnosen würden überwiegend wahrscheinlich auf einem organischen Substrat beruhen und liessen sich objektivieren. Von weiteren Behandlungs-

massnahmen seien aus orthopädisch-traumatologischer Sicht keine Verbesserungen zu erwarten; pneumologisch bestehe bei selbständiger regelmässiger Fortführung der körperlichen Kraft- und Ausdaueraktivitäten nur noch ein geringes Verbesserungspotential. Urologisch könne nicht vorausgesagt werden, ob je wieder eine Behandlungsbedürftigkeit bestehe; Rezidive seien prinzipiell jederzeit möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei die fortbestehende depressive, post-traumatische und somatoforme Symptomatik eng verknüpft mit den verbliebenen körperlichen Einschränkungen. Eine relevante Besserung sei unwahrscheinlich; mit einer gewissen Stabilisierung könne nach Fallabschluss gerechnet werden (Vi-act. 458 S. 57 f.).

Die Gutachter gehen des Weiteren von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus, aus somatischer Sicht von geschätzten 20% und auch psychiatrisch sei er in für seine berufliche Tätigkeit relevanten Fähigkeiten eingeschränkt. Altersbedingt (im Zeitpunkt der Begutachtung 66jährig) stehe eine Wiedereingliederung aber nicht mehr zur Diskussion (Vi-act. 458 S. 58).

Die Arbeitsfähigkeit wird aus orthopädischer Sicht als Folge des Unfallereignisses auf 80% und aus psychiatrischer Sicht auf 50% festgesetzt. Aus pneumologischer und urologischer Sicht würden sich keine zusätzlichen Einschränkungen ergeben. Die gesamtheitlich attestierte Restarbeitsfähigkeit liegt gemäss Gutachtern bei 50% (Vi-act. 458 S. 59).

Schliesslich schätzten die Gutachter den Integritätsschaden beruhend auf den orthopädischen Befunden auf 20%, worin die Wechselwirkungen eingerechnet seien; der psychiatrisch bedingte Integritätsschaden könne noch nicht festgelegt werden.

2.4 Am 17. Februar 2020 nahm der Beschwerdeführer Stellung zum Gutachten und er formulierte Ergänzungsfragen zum urologischen Gutachten (Vi-act. 462). Weitere Ergänzungsfragen betreffend Neurologie/Neuropsychologie folgten am 3. März 2020 (Vi-act. 464). Am 23. April 2020 unterbreitete die Versicherung der MEDAS-Zentralschweiz ergänzende Fragestellungen (Vi-act. 467). Da keine neurologische und keine neuropsychologische Begutachtung durchgeführt wurde, nahm die MEDAS Zentralschweiz zu den entsprechenden Ergänzungsfragen keine Stellung (Vi-act. 469). Die Ergänzungsfragen Urologie wurden am 9. Juni 2020 beantwortet (Vi-act. 469), wobei der Gutachter festhielt, ein direkter oder indirekter kausaler Zusammenhang des Unfallereignisses und der erektilen Dysfunktion bei diesem Exploranden könne nicht gänzlich ausgeschlossen werden, stehe also im Bereich des Möglichen, ohne indes überwiegend wahrscheinlich zu sein. Ein Zusammenhang könne höchstens postuliert, unmöglich aber bewiesen werden.

2.5 Per 1. Januar 2021 übernahm die U._____ AG von der E._____ AG das UVG-Portfolio (Vi-act. 477, 489). Nach weiteren Abklärungen betreffend das Arbeitsverhältnis des Beschwerdeführers (vgl. Vi-act. 485) wies die Vorinstanz die Einsprache mit Entscheid vom 15. Februar 2022 ab (Vi-act. 493) und bestätigte damit die Verfügung vom 4. April 2018 (vgl. oben Erw. 1.23).

3.1 Vor Verwaltungsgericht beantragt der Beschwerdeführer eine ganze Rente und eine Integritätsentschädigung von 70%. Er trägt hierzu verschiedene Rügen vor:

3.1.1 Der Beschwerdeführer bestreitet, dass die erektile Dysfunktion nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen sei. Gemäss Sozialversicherungsrecht genüge zum einen, dass bei zwei Sachverhaltsvarianten eine Variante wahrscheinlicher sei und zum andern genüge im UVG eine indirekte Kausalität und eine Teilkausalität. Der Kausalzusammenhang müsse weder sicher, noch direkt, noch die alleinige Ursache sein. Ein 'relativierender' Vorzustand ("schon 2 Jahre vorher unter einer gewissen erektilen Dysfunktion litt") genüge nicht zur Verneinung einer indirekten Teilkausalität. Selbst beim Vorzustand spreche der Gutachter nur von 'wahrscheinlich'. Der urologische Gutachter bestätige, es sei anzunehmen, dass die erektile Dysfunktion unter psychischem Druck schlechter werde, insofern das Unfallereignis sicher ein Stressfaktor sei und die psychische Situation und indirekt dadurch die erektile Funktion verschlechtert habe. Die unfallbedingten psychischen Beschwerden würden sich laut Konsensgutachten durch das ganze Dossier ziehen. Entsprechend sei im Rahmen juristischer Beweiswürdigung die überwiegend wahrscheinliche indirekte Teilkausalität der erektilen Dysfunktion zu bejahen und hierfür eine Integritätsentschädigung festzulegen.

3.1.2 Weiter rügt der Beschwerdeführer, die Vorinstanz verneine zu Unrecht das Vorliegen einer durch den Unfall verursachten neurologischen/neuropsychologischen Beeinträchtigung und lehne auch zu Unrecht eine notwendige neurologische/neuropsychologische Begutachtung ab. Der Rettungssanitäter P._____ als Ersthelfer bestätige, dass der Beschwerdeführer initial nicht ansprechbar, sondern bewusstlos gewesen sei. Auch R._____, welche den Beschwerdeführer am Unfallort betreut habe, bestätige, dieser sei nicht ansprechbar und desorientiert gewesen; im Dialekt würde sie von 'Delirium' sprechen. Beide Zeugenaussagen seien selber verfasst und unterzeichnet und hätten gegenüber der indirekten Sachverhaltszusammenfassung im Polizeirapport höhere Beweiskraft. Fehlende bildgebende Diagnostik oder fehlende Organizität der Befunde würden nicht gegen eine relevante Hirnverletzung sprechen. Die LTHV (leichte traumati-

sche Hirnverletzung; auch MTBI, früher commotio cerebri) zeichne sich durch fehlende Organizität und fehlende bildgebende Diagnostik aus. Nach einer LTHV würden sich 10 bis 15% der Betroffenen über Dauerbeschwerden beklagen. Posttraumatische Beschwerden und Alter seien Risikofaktoren. Gemäss einer älteren Publikation würden sich die klinischen Beschwerden im Langzeitverlauf nur bei 90% der Betroffenen zurückbilden; die Verknüpfungen der Hirnregionen würden sich nicht vollständig normalisieren. Die neueste Forschung zeige, dass die Schwere des Unfalls und der initialen Verletzung nicht entscheidend für den Langzeitverlauf seien. Zudem habe die Vorinstanz (damals die Suva) am 23. April 2020 selber Ergänzungsfragen betreffend MTBI (LTHV) gestellt, weil das Gutachten diesbezüglich unklar gewesen sei. Die Gutachter hätten diese nicht beantwortet, weil gar kein neurologisches / neuropsychologisches Gutachten erstellt worden sei. Dies müsse nachgeholt werden.

3.1.3 Sodann rügt der Beschwerdeführer eine fehlerhafte Adäquanzbeurteilung. Beim Unfall vom 9. September 2015 handle es sich entgegen der Vorinstanz erstens nicht um einen mittelschweren Unfall im engeren Sinne, sondern einen im Grenzbereich zu den schweren Unfällen. Zweitens sei die Adäquanz nicht nach der Psychopraxis sondern die Praxis für die zu einem HWS-Distorsionstrauma äquivalenten Verletzungen anwendbar. In Beurteilung der Kriterien gelangt der Beschwerdeführer zum Schluss, der Unfall sei als 'besonders eindrücklich' zu beurteilen. In besonderem Masse erfüllt sei auch das Kriterium der schweren Art der Verletzung. Auch würden Dauerschmerzen vorliegen, weswegen das Kriterium 'erhebliche Beschwerden' erfüllt sei. Zu bejahen seien auch eine lange Dauer der physischen Arbeitsunfähigkeit sowie eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung. Und schliesslich sei auch das Kriterium 'erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengung' erfüllt. Damit sei die Adäquanz der psychischen Beschwerden zu bejahen. Zudem komme ihnen entgegen der vorinstanzlichen Erwägungen auch eine invalidisierende Einschränkung zu.

3.1.4 Da die Adäquanz der psychischen Beschwerden zu bejahen sei, müssten diese gemäss Beschwerdeführer auch bei der Schätzung des Integritätsschadens berücksichtigt werden. Die Vorinstanz habe dies infolge Verneinung der Adäquanz unterlassen.

3.1.5 Schliesslich rügt der Beschwerdeführer eine fehlerhafte Feststellung der unfallbedingten Lohnseinbusse bzw. der Feststellung, es liege überhaupt keine unfallbedingte Erwerbseinbusse vor. So sei es unzutreffend, dass er bereits im August 2017 somatisch voll arbeitsfähig gewesen sei. Er habe die Arbeit nicht zu 100% aufnehmen können, weshalb ihm von den Vorschlägen der Arbeitgeberin

nur die Kündigung oder vorzeitige Pensionierung übrig geblieben sei. Und selbst wenn von einer somatischen Arbeitsfähigkeit ausgegangen würde, so stehe doch fest, dass er weiterhin psychisch arbeitsunfähig gewesen sei. Eine unfallbedingte Erwerbseinbusse sei daher zu bejahen und eine Rente sei geschuldet. Selbst wenn nur auf die somatische Einschränkung abgestellt würde, stehe fest, dass ihm kein Invalideneinkommen als [...] angerechnet werden könne. Aus der Anwendung der Tabellenlöhne resultiere eine Einbusse von 59% und somit eine IV-Rente von 59%. Unter Berücksichtigen der psychischen Arbeitsunfähigkeit bestehe eine Erwerbseinbusse von 100% und damit ein Anspruch auf eine ganze Rente.

3.2 Bevor die beschwerdeführerischen Rügen zu prüfen sind, kann folgendes festgehalten werden:

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 Erw. 2.1; BGE 129 V 177 Erw. 3.1 f.). Dies gilt ebenso für die Integritätsschädigung (vgl. Art. 24 Abs. 1 UVG).

Die Vorinstanz bestreitet das Vorliegen von neurologischen / neuropsychologischen Einschränkungen. Mithin stellt sich diesbezüglich die Frage der natürlichen Kausalität schon gar nicht. Vielmehr ist zu prüfen, ob die Vorinstanz eine entsprechende Gesundheitsschädigung zu Recht ausgeschlossen hat.

Die Diagnose einer erektilen Dysfunktion ist unbestritten; ebenso das Fehlen eines unfallbedingten, objektivierbaren organischen Substrats. Die Vorinstanz bestreitet die natürliche Kausalität zwischen dem Unfallereignis und der erektilen Dysfunktion. Gemäss Beschwerdeführer ist hingegen eine indirekte Teilkausalität überwiegend wahrscheinlich. Er begründet diese insbesondere mit der psychischen Situation des Beschwerdeführers, welche auch gemäss Gutachter die erektile Funktion verschlechtert habe. Damit eine Leistungspflicht der Vorinstanz überhaupt in Frage käme, müssten diese psychischen Beschwerden natürlich und adäquat kausal sein (was sie gemäss Beschwerdeführer sind).

Dass aus psychiatrischer Sicht Diagnosen bestehen und dass diese in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 9. September 2015 stehen, ist unbestritten. Gemäss Vorinstanz fehlt es jedoch an der Adäquanz, was der Beschwerdeführer bestreitet.

Und schliesslich hängen auch die Fragen der unfallbedingten Erwerbseinbusse sowie der Höhe des Integritätsschadens wesentlich von der Frage der adäquaten Kausalität der psychischen Beschwerden ab.

Da viele strittige Punkte von der Frage abhängen, ob die natürlich kausalen psychischen Beschwerden für die Frage der Leistungspflicht der Vorinstanz relevant sind oder nicht und dies nur dann der Fall ist, wenn sie auch adäquat-kausal sind, gilt es vorab die Adäquanzbeurteilung bezogen auf die psychischen Beschwerden vorzunehmen.

4.1.1 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 Erw. 5.1 S. 359; Urteil 8C_176/2018 vom 27. 9.2018 Erw. 10.1). Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen.

4.1.2 Die Vorinstanz stellte im angefochtenen Einspracheentscheid fest, der Unfall stelle ein mittelschweres Ereignis im engeren Sinne gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung dar (Erw. 6), woran vernehmlassend festgehalten wird. Es lägen keine erschwerenden Umstände vor. Die umstürzende Mauer bzw. die Absperrgitter hätten den Beschwerdeführer von der Seite getroffen und er sei von ihnen zu Boden geworfen worden. Die Mauer sei nicht über ihm zusammengebrochen und er sei nicht von ihr verschüttet worden. Zudem sei er bei der Kollision eine Geschwindigkeit von weniger als 50 km/h gefahren.

4.1.3 Der Beschwerdeführer seinerseits betont, das Unfallereignis bestehe aus einer Kollision mit einer Mauer. Dies sei grundsätzlich analog wie eine solche mit einem Personenwagen zu beurteilen. Erschwerend komme hinzu, dass die Mauer umstürzte und über ihm zusammengebrochen sei. Analog der für die Unfallschwere relevanten Grösse des Kollisionsfahrzeuges oder ein Wegschleudern sei ein zusätzlich erschwerender Umstand zu bejahen, so dass der Unfall als mittelschwer im Grenzbereich zu den schweren Unfällen zu qualifizieren sei.

4.1.4 Der Sachverhalt des Unfallereignisses vom 9. September 2015 gemäss Polizeirapport vom 17. November 2015 wurde bereits wiedergegeben (vgl. oben Erw. 1.1; Vi-act. 504).

Der Beschwerdeführer selber führte gegenüber der Polizei am 23. Oktober 2015 aus:

Ich war, wie immer zur selben Zeit, auf dem Weg vom Wohnort an meinen Arbeitsplatz in W._____. Am 09.09.2015 benutzte ich das Motorrad. Ich kann mich noch erinnern, durch das Dorf T._____ gefahren zu sein. Ich bemerkte auch, dass bei der besagten Baustelle eine Baumaschine in Bewegung war. Dann sah ich "eine Wand kommen". Von da weg ist eine 'Lücke' vorhanden. Ich weiss noch, dass ich von verschiedenen Personen angesprochen wurde. Nach der Verabreichung von Schmerzmitteln war ich dann 'ganz weg'. Aus Erfahrung kann ich noch sagen, dass ich zur fraglichen Zeit sicher mit weniger als 50km/h auf die spätere Unfallstelle zugefahren bin. Mit grösster Wahrscheinlichkeit bin ich ungefähr in der Mitte der Fahrspur gefahren.

Hinter dem Beschwerdeführer war ein weiterer Motorradfahrer unterwegs, welcher der Polizei folgende Auskunft erteilte:

Ich fuhr mit meinem Motorrad hinter dem späteren Opfer von V._____ bis zur Unfallstelle. Im Dorf T._____, höhe Y._____, mussten wir wegen einem Linksabbieger verkehrsbedingt fast anhalten. Danach fuhr ich wieder los in Richtung W._____. Zum voranfahrenden Motorrad hatte ich einen Abstand von ca. 20-25m. Die Geschwindigkeit betrug ca. 40-50 km/h. Plötzlich sah ich, wie von rechts her ein 'Hindernis' auf die Fahrspur und somit gegen den Motorradfahrer fiel. Ich selbst bremste brüsk ab und vermochte mein Motorrad ca. 2m vor den letzten Mauer-resten zum Stillstand bringen.

Weiter lässt sich den Polizeiakten entnehmen, dass die umstürzende Mauer eine Backsteinaussenwand war. Sie wies eine Höhe von 2.55m auf und stand in einem Abstand von 1.5m (im Süden) bis 2m (im Norden) parallel zur Strasse. Vor der Wand (in einem Abstand von ca. 0.5m) war ein Absperrgitter (mobiles Bauzaunelement auf Gummi-Standfüssen) aufgestellt. Während den Abrissarbeiten stürzte die Backsteinmauer gegen das Absperrgitter und beides auf die Strassenfahrbahn, welche der Beschwerdeführer befuhr. Der Kriminaltechnische Dienst der Kantonspolizei machte anlässlich der Tatbestandsaufnahme vor Ort folgende Feststellungen (Vi-act. 504):

Im Zusammenhang mit Abbrucharbeiten an einem alten Wohnhaus war eine rund 255 cm hohe Hauswand (strassenseitige Aussenwand vom Erdgeschoss) auf die Hauptstrasse gestürzt bzw. umgekippt. Der Trümmerbereich des Backsteinmauerwerkes befand sich auf der Fahrbahn Durch die umstürzende Aussenwand wurde gleichzeitig auch der aus mobilen Zaun-Gitterelementen bestehende Abgrenzungszaun, welcher zwischen dem Strassenrand und dem Abbruchobjekt aufgestellt gewesen war, zu Boden bzw. auf die Strassenoberfläche umgedrückt. Ein gleichzeitig vorbeifahrender Motorradlenker wurde in der Folge zusammen mit seinem Fahrzeug vom umstürzenden Abgrenzungszaun und den darauf liegenden Trümmerteilen der Backsteinwand getroffen und zu Boden geworfen, wo er schwer verletzt liegen blieb.

Gemäss Fotodokumentation befand sich die Unfallendlage des Motorrades und des Beschwerdeführers unmittelbar beim umgeworfenen Zaun. Das Motorrad

wurde als im Frontbereich stark beschädigt beschrieben; der Helm des Beschwerdeführers wies deutliche Kratzspuren auf (vgl. Unfallbilder Vi-act. 504 sowie 506).

4.1.5 Beim strittigen Ereignis handelt es sich um einen Motorradunfall, weshalb die Kasuistik zu Personenwagenunfällen nur begrenzt einschlägig ist (vgl. zu jener Kasuistik VGE I 2021 50 vom 14.1.2022 Erw. 7.5.3 mit diversen Hinweisen; Urteil BGer 8C_627/2019 vom 10.3.2020 Erw. 5.3.2). Der vorliegende Unfall, der durch eine umstürzende Mauer verursacht wurde, lässt sich auch nicht direkt mit Zusammenstößen zwischen Motorrädern und Personenwagen vergleichen. Da indes für die Adäquanzbeurteilung der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelten Kräften massgeblich ist (SVR 2008 UV Nr. 8 S. 26, U 2/07 Erw. 5.3.1) und sich das Schadenspotential für den Motorradfahrer nicht viel verändert, ob der Zusammenprall mit einer umstürzenden Mauer oder einem andern, seitlich heranfahrenden Verkehrsteilnehmer erfolgt, kann - wie auch der Beschwerdeführer geltend macht - diese Rechtsprechung zumindest herangezogen werden.

Das Bundesgericht hat folgende Zusammenstösse zwischen einem Motorrad und einem Personenwagen als mittelschwer im engeren Sinn beurteilt: Ein Motorradsturz der Versicherten als Mitfahrerin in einer Kurve auf regennasser Fahrbahn bei einer Geschwindigkeit von ca. 50 km/h (Urteil BGer 8C_902/2010 vom 6.4.2011 Erw. 5.1). Der Versicherte stiess auf einer Dorfstrasse mit seinem Motorrad, auf dessen Hintersitz die Freundin sass, in die linksseitige Front eines von der Gegenfahrbahn nach links abbiegenden Personenwagens (Urteil BGer 8C_726/2007 vom 16.5. 2008 Erw. 4.3.1 und 4.3.2.1). Der Versicherte kollidierte mit seinem Motorrad auf einer Hauptstrasse ausserorts mit einer Geschwindigkeit von ca. 60-70 km/h frontal in den hinteren seitlichen Teil eines vortrittsbelasteten, die Fahrbahn im Rahmen eines Linksabbiegemanövers überquerenden Personenwagens (Urteil BGer U 78/07 vom 17.3.2008 Erw. 5.1 f.). Der mit dem Motorrad an einer stockenden Autokolonne vorbeifahrende Versicherte prallte mit einer Geschwindigkeit von ca. 50 km/h ungebremst in einen plötzlich nach links aussererenden Personenwagen (Urteil BGer U 115/05 vom 14.9.2005 Erw. 2.4.1 mit weiterem Beispiel). Der Versicherte stiess mit einem vortrittsbelasteten Personenwagen zusammen und wurde über dessen Front geschleudert (Urteil BGer U 415/00 vom 8.2.2001 Sachverhalt A. und E. 3a). Der Versicherte kollidierte als Motorradfahrer mit einem Personenwagen, wurde über dessen Kühlerhaube geschleudert und prallte auf der anderen Seite des Fahrzeugs auf der Strasse auf (Urteil BGer U 3/92 vom 22.12.1993 Erw. 3b). Der Versicherte prallte mit dem Motorrad bei einem Überholmanöver seitlich mit einem ebenfalls zum Überholen

ausschwerenden Personenwagen zusammen und wurde über eine Böschung geschleudert (BGE 117 V 359 Erw. 7a f. S. 368). Der Versicherte war mit dem Motorrad innerorts mit einer Geschwindigkeit von mindestens 56 km/h unterwegs und wurde von einem abbiegenden Auto zu Fall gebracht (Urteil BGer 8C_473/2019 vom 11.11.2019 Erw. 5.1). Eine mit 20 km/h fahrende PW-Lenkerin wollte auf einer Kreuzung links abbiegen und übersah dabei einen entgegenkommenden Motorradfahrer, der mit ca. 60-70 km/h unterwegs war und mit dem Auto kollidierte. Er stürzte zu Boden, von wo aus es ihn nochmals in hohem Bogen auf die Wiese katapultierte, wo er liegen blieb (Urteil BGer 8C_137/2014 vom 5.6.2014 Erw. 6.1). Höchstens als Unfall im eigentlichen mittleren Bereich qualifizierte das Bundesgericht sodann einen Unfall, bei dem der Verunfallte auf seinem Motorrad mit höchstens 60 km/h unterwegs war, als ein seitlich einbiegender Personenwagen seinen Vortritt missachtete und trotz sofortiger Bremsung seitens des Versicherten eine Kollision nicht verhindert werden konnte (Urteil BGer 8C_430/2016 vom 31.10.2016 Erw. 7.4).

Als mittelschweres Ereignis an der Grenze zu den schweren wurde vom Bundesgericht hingegen ein Unfall qualifiziert, bei dem ein Lenker eines Motorrads mit einem entgegenkommenden Personenwagen kollidierte und beide Fahrzeuge mit rund 50 km/h unterwegs waren. Als erschwerendes Element kam in diesem Fall dazu, dass sowohl der Motorradlenker als auch seine mitfahrende Freundin rund 10 m durch die Luft geschleudert wurden (Urteile BGer 8C_746/2008 vom 17.8.2009 Erw. 5.1.2; 8C_134/2015 vom 14.9.2015 Erw. 5.3.1). In dieselbe Kategorie fallen Ereignisse, bei denen ein Lenker eines Lieferwagens am Steuer einschlieft und in der Folge ungebremst mit einem Roller zusammensties (Urteil BGer 8C_917/2010 vom 28.9.2011 Erw. 5.3) oder ein Motorradlenker bei einer unübersichtlichen Kurve eine Kolonne überholte und dabei mit einem abbiegenden Traktor kollidierte (Urteil BGer 8C_484/2007 vom 3.9.2008 Erw. 6.2). Als erschwerend fiel bei ersterem die Art, insbesondere die Grösse und damit die Wucht des Autos ins Gewicht. Bei letzterem der angeführten Urteile ging das Bundesgericht von einer erheblichen Geschwindigkeit des herannahenden Motorrads aus, da sich nur so erklären liess, dass es dem Lenker nicht mehr möglich war, eine Vollbremsung oder ein Ausweichmanöver einzuleiten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Kollisionen zwischen Motorrädern und Personenwagen in der Regel als mittlere Ereignisse im engeren Sinne zu qualifizieren sind, soweit nicht zusätzliche erschwerende Umstände wie beispielsweise die Beteiligung einer mitfahrenden Person, das Wegschleudern über mehrere Meter, die Grösse des Kollisionsfahrzeuges oder hohe Geschwindigkeiten in Betracht zu ziehen sind (vgl. Urteil BGer 8C_627/2019 vom 10.3.2020 Erw. 5.3.3 mit vielen Hinweisen).

4.1.6 Vorliegend ist nicht zu beanstanden, wenn die Vorinstanz im objektiven Unfallgeschehen keine erschwerenden Elemente zu erkennen vermochte. Der Beschwerdeführer fuhr innerorts mit erlaubter Geschwindigkeit, wohl zwischen 40 und 50 km/h. Die Backsteinmauer stürzte nicht über dem Beschwerdeführer ein, sondern parallel zur Strasse auf die Fahrbahn. Dabei traf die Mauer, bzw. der von dieser mitgerissene Absperrzaun den vorbeifahrenden Beschwerdeführer, was diesen zu Fall brachte. Dadurch drehte es das Motorrad um 180°; die Endlage des Motorrades wie auch des Beschwerdeführers befand sich aber unmittelbar bei der Stelle des Zusammenpralls, was ein Wegschleudern ausschliesst. Das Motorrad wies im Frontbereich starke Beschädigungen auf; der Helm zeigt Kratzspuren, der Kopf wies keine äusseren Verletzungszeichen auf, andere äussere Verletzungen sind nicht dokumentiert (vgl. Eintrittsstatus am Unfalltag betr. Extremitäten: Druckdolenzen über Scapula links. Schulter links schmerzbedingt nicht beweglich. Druckdolenz über distalem Radius rechts. Restliche Extremitäten ohne Kontusionsmarken oder Druckdolenzen. Sensibilität allseits intakt. Grobneurologisch unauffällig; Vi-act 40; das Verlaufsblatt der IPS notiert für den 9.9.2015 keine Hautverletzungen; Vi-act. 36). Insgesamt rechtfertigt es sich, den Unfall mit jenen Motorradunfällen zu vergleichen, da einem innerorts korrekt fahrenden Motorrad durch ein seitlich auf die Fahrbahn rollendes Fahrzeug der Vortritt genommen wird und es zu einem Zusammenprall mit Sturz kommt. Diese werden als mittlere Ereignisse im engeren Sinne qualifiziert.

4.2.1 Die Adäquanzprüfung nahm die Vorinstanz im Einspracheentscheid ohne weitere Ausführungen anhand der Psycho-Praxis, BGE 115 V 133, vor (vgl. angefochtener Einspracheentscheid Erw. 6).

4.2.2 Nach Darstellung des Beschwerdeführers ist dies falsch. Es sei nicht zulässig, zur Psychopraxis zu wechseln, wenn die physischen Einschränkungen des bunten Beschwerdebildes weitgehend abgeklungen seien, aber die psychischen Einschränkungen des bunten Beschwerdebildes noch fortbestehend seien. Die Psychopraxis komme trotz SHT erlittener HWS-Distorsion nur zur Anwendung, wenn die typischen HWS-Beschwerden im Vergleich zur psychischen Problematik ganz in den Hintergrund treten würden. Dies treffe nur zu, wenn sehr bald nach dem Unfall, gleichsam an diesen anschliessend, die psychische Problematik derart überwiege, dass das bunte Beschwerdebild völlig nebensächlich werde. Vorliegend sei dies nicht der Fall. Bezüglich körperliche Beschwerden habe - gemäss Vorinstanz - erst ab August 2017 ein Endzustand bestanden, somit erst zwei Jahre ab dem Unfalltag; aus Sicht des Beschwerdeführers noch später. Danach habe eine bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in körperlich belastender Tätigkeit zu 20% persistiert. Bei der beruflichen Wiederein-

gliederung hätten sich Wortfindungsstörungen, Erinnerungslücken, Mühe beim Tippen von Namen, Erschöpfung und rasche Ermüdung mit totalem Ausgelaugtsein gezeigt. Massgebend für die Wahl der Adäquanzpraxis sei, ob die typischen bunten HWS-Beschwerden oder aber die psychischen Beschwerden dominieren, was während der gesamten Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt zu beurteilen sei. Vorliegend hätten ab Unfall bis Beurteilungszeitpunkt nicht bloss die psychischen Beschwerden dominiert. Während zweier Jahre seien die somatischen sowie neuropsychologischen, zum bunten Beschwerdebild gehörenden, typischen Beschwerden eines Schädel-Hirn-Traumas mitursächlich für die Arbeitsunfähigkeit gewesen. Erst am 19. November 2016 habe der Psychiater einen ersten Verlaufsbericht erstellt, womit bis dahin das Somatische im Vordergrund gestanden habe. Erst die Auflösung des Arbeitsverhältnisses habe den Beschwerdeführer in ein schweres psychisches Loch geworfen. Damit habe die psychische Problematik weder bereits unmittelbar nach dem Unfall im Vordergrund gestanden, noch hätten physische Beschwerden bis zum Beurteilungszeitpunkt nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt. Deshalb sei die Adäquanzpraxis für die zu einem HWS-Distorsionstrauma äquivalenten Verletzungen anwendbar.

4.2.3 Bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgeschäden ist rechtsprechungsgemäss wie folgt zu differenzieren (vgl. Urteil BGer 8C_417/2015 vom 17.12.2015 Erw. 3.2.1 m.w.H.): Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Ist dies nicht der Fall, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa zur Anwendung. Ergeben die Abklärungen, dass die versicherte Person eine der soeben erwähnten Verletzungen erlitten hat, muss beurteilt werden, ob die zum typischen Beschwerdebild einer solchen Verletzung gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise vorliegen, im Vergleich zur psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten. Trifft dies zu, sind für die Adäquanzbeurteilung ebenfalls die in BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend; andernfalls erfolgt die Beurteilung der Adäquanz gemäss den in BGE 134 V 109 Erw. 10.2 f. definierten Kriterien. Gleiches gilt, wenn die im Anschluss an den Unfall auftretenden psychischen Störungen nicht zum typischen Beschwerdebild eines HWS- oder Schädelhirntraumas gehören. Erforderlichenfalls ist vorgängig der Adäquanzbeurteilung zu prüfen, ob es sich bei den im Anschluss an den Unfall geklagten psychischen Beeinträchtigungen um blosser Symptome des erlittenen Traumas oder aber um eine selbständige (sekundäre) Gesundheitsschädigung handelt, wobei für die Abgrenzung insbesondere Art und

Pathogenese der Störung, das Vorliegen konkreter unfallfremder Faktoren oder der Zeitablauf von Bedeutung sind. Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ist nur dann unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall zu beurteilen, wenn die psychische Problematik bereits unmittelbar nach dem Unfall eindeutige Dominanz aufweist. Wird die zitierte Rechtsprechung in einem späteren Zeitpunkt angewendet, ist zu prüfen, ob im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben und damit ganz in den Hintergrund getreten sind. Nur wenn dies zutrifft, ist die Adäquanz nach der Rechtsprechung zu den psychischen Unfallfolgen (BGE 115 V 133) zu beurteilen.

4.3 In Beachtung der eben zitierten Rechtsprechung besteht vorliegend keine Veranlassung, die Psychopraxis gemäss BGE 115 V 133 nicht anzuwenden.

4.3.1 In einem ersten Schritt gilt es zu prüfen, ob der Beschwerdeführer beim Unfall vom 9. September 2015 ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Dies ist zu verneinen.

Im Austrittsbericht des Luzerner Kantonsspitals ist dokumentiert, der Beschwerdeführer habe bei Aufnahme berichtet, er habe Dyspnoe gehabt und Schmerzen in der linken Schulter und dem rechten Handgelenk. Keine Bewusstlosigkeit. Helm getragen (Vi-act. 40). Zum fokussierten Status wurde ein verminderter Allgemeinzustand, wach, orientiert, GCS 15 notiert (Vi-act. 40). Im definitiven Kurzaustrittsbericht nach dem Aufenthalt auf der Intensivstation (vom 11.9.2015) ist dokumentiert: "Keine Bewusstlosigkeit. Bei Eintritt in den Schockraum ist der Patient wach, ansprechbar und hämodynamisch stabil" (Vi-act. 43). Unauffällig zeigte sich denn auch das am 9. September 2015 erstellte CT Schädel und HWS: "Keine intrakranielle Blutung. Keine Fraktur. Keine Mittellinienverlagerung. Kein intraorbitales Hämatom. Kein Hinweis auf eine traumatische Carotidisdissektion. Mässige Atlantodental-Arthrose sowie leichte degenerative multisegmentale Wirbelkörperveränderungen. Dens zentriert. Kein intraspinale Hämatom" (Vi-act. 40). All dem entsprechend wurde im Verlaufsblatt der Intensivstation für den 9. September 2015 als 1. Diagnose notiert "Mono-/Polytrauma (ohne Schädel-Hirn-Trauma)" (Vi-act. 36). Die Diagnoseliste des Luzerner Kantonsspitals (Vi-act. 40) enthält überhaupt keine Hinweise auf ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung oder ein Schädel-Hirntrauma. Der Austrittsbericht der Klinik F. _____, wo sich der Beschwerdeführer zur stationären Rehabilitation aufhielt, nennt rezidivierende Schwindelbeschwerden, Drehschwindelanfälle am 27. Oktober 2015 sowie einen paroxysma-

len Lagerungsschwindel, betont aber, das Schädel-CT des Vorspitals sei unauffällig gewesen, und geht nicht weiter darauf ein (Vi-act. 31). Das Vorliegen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule, einer dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzung oder eines Schädel-Hirntraumas kann hieraus nicht abgeleitet werden.

Der Beschwerdeführer selber macht Bewusstlosigkeit im Anschluss an den Unfall geltend. Er legt hierzu eine Bestätigung von P. _____ vom 1. März 2020 ins Recht. Dieser ist Rettungssanitäter und war im Unfallzeitpunkt auf dem Weg zur Arbeit. Er bestätigte am 1. März 2020 unterschriftlich, den Beschwerdeführer am Unfallort betreut zu haben. "Er war initial nicht ansprechbar (bewusstlos), hat aber immer wieder das Bewusstsein erlangt. In den Wachphasen hat er etwas von Schmerzen gemurmelt. Der Motorradfahrer war sichtlich in einem sehr schlechten Zustand und konnte mir keine konkreten Angaben zum Unfallhergang und zu den Schmerzen machen. (...) Als Rettungssanitäter mit mehrjähriger Berufserfahrung kann ich sagen, dass ich eine mehrmalige Bewusstlosigkeit beim Motorradfahrer eindeutig feststellen konnte" (Bf-act. 3). R. _____, welche ebenfalls vor Ort war, bestätigte am 18. Februar 2022 unterschriftlich: "Der Verunfallte war nicht ansprechbar. Er war desorientiert. Er sagte nur 'Au, au'. Ob dieser 'bewusstlos' war oder nicht, kann ich nicht sagen, da ich mich in medizinischen Belangen nicht auskenne. Ich würde sagen, er war in einem Delirium, wie wir im Dialekt sagen. Auf Fragen gab er jedenfalls keine Antworten" (Bf-act. 4). Bezüglich Bewusstlosigkeit lässt sich den Akten des Weiteren entnehmen: Am Unfalltag erklärte P. _____ der Polizei noch vor Ort: "Als ich bei der Unfallstelle eintraf, wurde der Motorradlenker bereits durch eine Frau und einen Mitarbeiter der Baustelle betreut. (...) Das Opfer war die ganze Zeit ansprechbar" (Vi-act. 504 S. 4). R. _____ begab sich sofort zum Unfallort und half beim Betreuen des Verunfallten (Vi-act. 504 S. 4). Der Beschwerdeführer selber erklärte gegenüber der Polizei am 23. Oktober 2015: "Dann sah ich 'eine Wand kommen'. Von da weg ist eine 'Lücke' vorhanden. Ich weiss noch, dass ich von verschiedenen Personen angesprochen wurde. Nach der Verabreichung der Schmerzmittel war ich dann 'ganz weg'" (Vi-act. 504 S. 5). Am 4. Januar 2016 erklärte der Beschwerdeführer gegenüber der Versicherung: "Nach dem Unfall war ich anfänglich noch bei Bewusstsein, konnte mich aber nicht bewegen. Ich war komplett handlungsunfähig. In dieser Phase dachte ich, dass ich sterben würde. Ich schloss innerlich bereits mit dem Leben ab. Kurze Zeit später verlor ich das Bewusstsein. Das Eintreffen der Reha [sic] sowie der anschliessende Flug ins Luzerner Kantonsspital kam ich nicht mit über, resp. kann ich mich nicht daran erinnern. Meine erste darauf folgende Erinnerung ist, als ich im Schockraum (...) wieder zu mir kam" (Vi-act. 506). Wie bereits erwähnt, dokumentierte das Luzer-

ner Kantonsspital, es habe keine Bewusstlosigkeit bestanden (Vi-act. 40, 43). Mithin ist mehrfach, ereignisnah ausdrücklich dokumentiert, dass keine Bewusstlosigkeit bestand. Auch die Aussage von R._____, wonach sie seinen Zustand als 'Delirium' beschreibt, schliesst eine Bewusstlosigkeit aus. P._____ traf nachweislich erst ein, als der Beschwerdeführer bereits betreut war. Seine Aussage, der Beschwerdeführer sei nicht immer ansprechbar gewesen, mag zutreffen, bedeutet aber nicht zwingend Bewusstlosigkeit, sondern kann Folge der Schmerzen und des 'Deliriums' sein und lässt sich auch gut mit dem vom Beschwerdeführer Erlebten erklären. Zudem erfolgte diese Aussage fünf Jahre nach dem Unfall und nach seiner Erstaussage, gemäss welcher keine Bewusstlosigkeit bestand. Gemäss Erstaussage des Beschwerdeführers war er erst nach der Schmerzmittelgabe 'ganz weg'. In der Befragung zur Begutachtung führte der Beschwerdeführer zum Unfallereignis aus, er selber könne sich erinnern, dass die Ambulanz eingetroffen sei und ihn jemand von der Ambulanz angesprochen habe, er könne sich auch erinnern, dass er das Helmvisier habe öffnen wollen und wegen der Verletzungen am linken Arm nicht habe öffnen können, auch habe er Schmerzen gehabt links am Thorax, die rechte Hand habe er glaublich noch nicht so gespürt. Dass er dann mit der REGA ins Kantonsspital Luzern geflogen worden sei, wisse er nicht aus eigener Erinnerung, nur aus fremden Schilderungen. Er könne sich dann wieder erinnern, dass er im Spital einen grossen Monitor gesehen habe und ein Arzt davon gesprochen habe, dass er jetzt eine Untersuchung mache wegen der verletzten Milz (Vi-act. 458 S. 31 Ziff. 2.2.7). Mithin ist eine Bewusstlosigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen. Vielmehr ergibt sich ein Bild, wonach der Beschwerdeführer stets reagiert hat, wenn auch nicht immer adäquat, und er selbst sich erst ab Schmerzmittelgabe an nichts mehr erinnern konnte. Kommt hinzu, dass eine allfällige commotio cerebri (welche allerdings nicht nachgewiesen ist) für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis ohnehin nicht genügen würde (vgl. Urteil BGer 8C_812/2021 vom 17.2.2022 Erw. 6.2 m.w.H.).

Damit ergibt sich aus den vorliegenden medizinischen Berichten, dass der Beschwerdeführer beim Unfall vom 9. September 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, keine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung und kein Schädel-Hirntrauma erlitten hat. Damit aber ist die Adäquanzprüfung nach der Psycho-Praxis vorzunehmen.

4.3.2 Soweit der Beschwerdeführer Ausführungen macht, wonach gemäss Rechtsprechung ein Wechsel zur Psycho-Praxis nur rechtens sei, wenn im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt die physischen Beschwerden gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt

haben und insgesamt in den Hintergrund getreten sind, so ist dies vorliegend unbeachtlich. Wie zuvor aufgezeigt, liegen gar kein Schleudertrauma oder diesem äquivalente Verletzungen und kein Schädel-Hirn-Trauma vor, weshalb die Psychopraxis von Anbeginn weg anzuwenden ist; es ist nicht die Voraussetzung für einen Praxiswechsel zu prüfen. Ohne Diagnose eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule, einer dem Schleudertrauma äquivalenten Verletzung oder einem Schädel-Hirntrauma ist die Psychopraxis anzuwenden (vgl. oben Erw. 4.2.3).

4.3.3 Ist die Frage der adäquaten Unfallkausalität der vom Beschwerdeführer geklagten, jedoch organisch nicht hinreichend fassbaren Beschwerden nach der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen zu beurteilen, so hat dies einzig unter Berücksichtigung der physischen Komponenten des Gesundheitsschadens zu erfolgen; die psychischen Komponenten bleiben bei der Beurteilung und Gewichtung der einzelnen Kriterien unberücksichtigt (BGE 140 V 356 Erw. 3.2).

4.4 Die Adäquanz lässt sich bei den Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfalls allein beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, die unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzu beziehen. Da es sich nach dem Gesagten vom Unfall vom 9. September 2015 um einen mittelschweren im engeren Sinne handelt (vgl. oben Erw. 4.1), müssen zur Bejahung der Adäquanz drei der massgeblichen Kriterien oder eines ausgeprägt erfüllt sein (vgl. Urteil BGer 8C_867/2015 vom 20.4.2016 Erw. 4.2), wobei die Rechtsprechung Adäquanzkriterien nur mit grosser Zurückhaltung als ausgeprägt erfüllt anerkennt (Urteil BGer 8C_131/2021 vom 2.8.2021 Erw. 6.4.1 m.w.H.). Der Kriterienkatalog lautet dabei (vgl. BGE 115 V 133 Erw. 6c/aa; Urteil BGer 8C_627/2019 vom 10.3.2020 Erw. 5.4):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (zum Ganzen: BGE 115 V 140 Erw. 6c/aa).

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 Erw. 5.6.1). Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (Urteile BGer 8C_66/2021 vom 6.7.2021 Erw. 8.2; 8C_398/2012 vom 6.11.2012 Erw. 6.1 mit Beispielen aus der Rechtsprechung).

Der Besonderheit des vorliegenden Unfallereignisses ist mit der Qualifizierung als mittelschwer bereits Nachachtung verschafft. Im Übrigen sind objektiv betrachtet keine Umstände auszumachen, welche als besonders dramatisch zu beurteilen wären. Wohl wurde der Beschwerdeführer von einer umstürzenden Mauer getroffen. Der Beschwerdeführer stürzte, wurde aber nicht weggeschleudert; er erlitt keine äusseren Verletzungen; er verlor äusserlich kein Blut, Hilfe wurde umgehend geleistet. Weitere Beteiligte gab es keine (vgl. Ausführungen oben Erw. 4.1). Das Kriterium ist nicht erfüllt.

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 Erw. 5.5; Urteile BGer 8C_528/2021 vom 3.5.2022 Erw. 7.3.1; 8C_398/2012 vom 6.11.2012 Erw. 6.2 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung), anbelangt, so steht fest, dass der Beschwerdeführer ein Polytrauma erlitt. Zu erwähnen sind die Milzruptur mit aktiver Blutung, die Rippenserienfraktur links 4-9, die Lungenkontusion und kleiner Pneumothorax links, die distale, mehrfragmentäre, intraartikuläre Radiusfraktur rechts, die undislozierte Akromionfraktur links, die Scapulafraktur links sowie die Metacarpale IV Köpfchenfraktur links (vgl. oben Erw. 1.2).

Die Schulter- und Handverletzungen können nicht als besonders schwer bezeichnet werden; die Therapie und der Verlauf entsprachen ebenfalls den Erwartungen. Von Komplikationen, wie sie der Beschwerdeführer erwähnt, kann nicht die Rede sein. Die Schulterverletzung wurde anfänglich konservativ behandelt; im Juni 2016 dann jedoch arthroskopiert sowie stets mit Physiotherapie begleitet. Im Oktober 2016 führte Dr.med. G. _____ aus, ein Jahr nach Unfall seien die Folgen der physischen Verletzung am Radius rechts und an der linken Schulter im Wesentlichen mit einem guten funktionellen und auch subjektiven Ergebnis verheilt (Vi-act. 182). An der Hand erfolgte im Januar 2017 noch eine Arthroskopie und die Entfernung des Osteosynthesematerials, wobei sich intraartikulär gemäss Dr.med. G. _____ in Berücksichtigung der Verletzung ein sehr schöner Gelenksbefund zeigte; das Risiko einer Entwicklung einer posttraumatischen

Arthrose wurde als gering bezeichnet (Vi-act. 211). Die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Tatsache, dass ihm für die Handverletzung eine Integritätsentschädigung von 20% zugesprochen wurde, vermag für sich allein das Kriterium nicht zu erfüllen. Die Milzruptur wurde noch am Unfalltag mittels interventionellem Coiling erfolgreich therapiert und zeitigte keine weiteren Folgen. Als belastend im Sinne der Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, könnte allenfalls die Thoraxverletzung bezeichnet werden, welche den Beschwerdeführer nachweislich bei der Atmung behinderte, wobei zu keiner Zeit eine Intubation notwendig war. Das Kriterium ist nicht erfüllt, auf keinen Fall besonders ausgeprägt.

4.4.3 Auch das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der physisch bedingten ärztlichen Behandlung ist nicht erfüllt. Dieses ist nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind 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 vorliegen. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes und medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren kommt auch nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteile BGer 8C_344/2013 vom 10.10.2013 Erw. 10; 8C_729/2012 vom 4.4.2013 Erw. 8.3).

Wie bereits erwähnt, erfolgten die notfallmässigen Eingriffe während der Hospitalisation im Luzerner Kantonsspital (vgl. Vi-act. 40). Die Schulter wurde vorab konservativ behandelt, im Juni 2016 dann aber doch einmalig arthroskopiert (Vi-act. 128). Im Januar 2017 erfolgte die Arthroskopie des Handgelenkes mit Entfernung des OSME (Vi-act. 210). Im Übrigen beschränkten sich die orthopädisch-traumatologischen Arztbesuche auf Verlaufskontrollen. Auch die Thoraxbeschwerden bedurften keiner ärztlichen Behandlung. Nicht auszuschliessen ist, dass die unfallbedingte rezidivierende bakterielle Prostatitis gelegentlich weitere ärztliche (medikamentöse) Behandlungen notwendig macht. Dies allein vermag indes nicht zur Erfüllung des Kriteriums zu führen. Die ärztlichen Behandlungen des rechten Knies sowie der Nephrolithiasis stellen keine Unfallfolgen dar und haben entsprechend unbeachtlich zu bleiben.

4.4.4 Umstritten ist sodann das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen im Sinn von über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden (RKUV 2005 Nr. U 549 S. 241 Erw. 5.2.6 [U 380/04]; Urteil 8C_137/2014 vom 5.6.2014 Erw. 7.4).

Die Schmerzsituation zeigt sich im Verlauf unterschiedlich (vgl. Zusammenfassung des akuten Verlaufs im Gutachten, Vi-act. 458). Unbestrittenermassen führte das Unfallereignis zu starken Schmerzen (Vi-act. 40). Während der stationären Rehabilitation standen die Schmerzen vonseiten der verschiedenen Frakturen dann nie im Vordergrund (Vi-act. 31). Aktenkundig ist, dass die Schulterarthroskopie letztlich Folge persistierender Schmerzen war (Vi-act. 125). Und auch die Handverletzung verursachte anhaltende Schmerzen. Zutreffend ist sodann, dass der Beschwerdeführer gegenüber den MEDAS-Gutachtern über Schmerzen klagte (Vi-act. 458 S. 7; 30; 32 f.). Bestätigt ist andererseits auch, dass die Schmerzen nie invalidisierend waren und der Beschwerdeführer auch kaum Schmerzmittel benötigt, etwa 1x pro Monat eine Tablette Dafalgan 1 g (Vi-act. 458 S. 34). Damit ist dieses Kriterium keinesfalls ausgeprägt erfüllt. Ob es überhaupt erfüllt ist, kann offen bleiben, da die Adäquanz selbst bei Erfüllung nicht zu bejahen wäre.

4.4.5 Unbestrittenermassen nicht erfüllt ist das Kriterium einer ärztlichen Fehlbehandlung, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert.

4.4.6 Bleibt das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit. Dieses bezieht sich nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (Urteil BGer 8C_488/2017 vom 27.11.2017 Erw. 6.9 m.w.H.). Zu wiederholen ist, dass allein die physisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen ist, wogegen eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit unbeachtlich zu bleiben hat.

Vorliegend steht fest, dass der Beschwerdeführer aus orthopädisch-traumatologischer Sicht im Mai 2016 mit einem Arbeitsversuch beginnen konnte. Anlässlich einer Verlaufskontrolle vom 12. Mai 2016, d.h. während des Arbeitsversuches, bestätigte Dr.med. G._____, die Belastungserprobung im Rahmen der beruflichen Reintegration könne aus seiner Sicht fortgesetzt werden (Vi-act. 112). Erst die Schulterarthroskopie vom 10. Juni 2016 führte neuerlich zu einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (Vi-act. 128). Anlässlich des Standortgespräches vom 18. Juli 2016 zeigte sich der Arbeitgeber zufrieden mit dem Arbeitsversuch und hielt fest, der Beschwerdeführer könne die Arbeit wieder aufnehmen, sobald dies medizinisch wieder möglich sei (Vi-act. 152). Dr.med. G._____, bestätigte ab dem 29. August 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50% und ab dem 26. September 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 188). Dies bestätigte er ausdrücklich nach der Verlaufskontrolle ein Jahr nach Unfall (Vi-act. 188). Die dann per 20. Oktober 2016 durch den Psychiater attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit ist psychisch bedingt (Vi-act. 196) und kann entsprechend nicht berücksichtigt werden (vgl. oben Erw. 4.3.3). Mithin ist erstellt, dass der Beschwerdeführer aus somati-

scher Sicht bereits im Mai 2016 mit einem Arbeitsversuch starten konnte. Die Schulterarthroskopie hatte dann noch einmal einen Einbruch in der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Rund ein Jahr nach dem Unfallereignis wurde ihm aus orthopädisch-traumatologischer Sicht aber wieder eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Selbst wenn berücksichtigt wird, dass die Arthroskopie des Handgelenks und OSME (23.1.2017; Vi-act. 210) noch einmal eine kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatte, und die Gutachter dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20% attestieren, ist das Kriterium des Grads und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt.

4.4.7 Zusammenfassend ist damit höchstens ein Kriterium (körperliche Dauerschmerzen im Sinn von über den gesamten Zeitraum andauernden Beschwerden) erfüllt, dies aber keinesfalls ausgeprägt. Damit aber sind nicht mindestens drei Kriterien erfüllt, so dass die Adäquanz für die psychischen Beschwerden zu verneinen ist. Da - wie nachfolgend aufzuzeigen ist - auch keine Diagnose einer LTHV gegeben ist, ist auch nicht weiter auf die vom Beschwerdeführer geforderte Prüfung einer Praxisänderung der Adäquanzkriterien einzugehen.

4.5 Ist die Adäquanz für die (natürlich kausalen) psychischen Beschwerden zu verneinen, besteht für den Unfallversicherer bezüglich deren Folgen keine Leistungspflicht. Insbesondere hat auch die Beurteilung der Gutachter, wonach die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bei 50% und damit auch gesamthaft bei 50% liegt, unbeachtlich zu bleiben. Für die erektile Dysfunktion besteht gemäss Gutachter keine überwiegend wahrscheinliche natürliche Unfallkausalität. Ein organisches Substrat als Ursache der Dysfunktion wird zudem verneint (vgl. Vi-act. 458 S. 55), was Seitens Beschwerdeführer nicht bestritten wird. Soweit auch die erektile Dysfunktion auf psychischen Stress im Allgemeinen und im Zusammenhang mit dem Unfallereignis zurückzuführen wäre, würde auch hierzu die Adäquanz fehlen, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen.

5. Der Beschwerdeführer macht eine neurologische und neuropsychologische unfallbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geltend. Die entsprechende Sachlage sei gutachterlich nicht abgeklärt, weshalb diesbezüglich eine Begutachtung anzuordnen sei. Die Vorinstanz habe entsprechende Unfallfolgen zu Unrecht und in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes bestritten.

5.1 Es trifft zu, dass sich das MEDAS-Gutachten zur Neurologie/Neuropsychologie nicht geäußert hat und entsprechend auch Ergänzungsfragen unbeantwortet blieben. Es fand weder eine neurologische noch eine neuropsychologische Begutachtung statt (vgl. Vi-act. 469). Die Vorinstanz stellte vielmehr auf die neurologische Beurteilung von Dr.med. Q. _____ vom 7. Februar 2018 ab (Vi-

act. 395; vgl. oben Erw. 1.21). Es gelangt daher die Rechtsprechung zur Anwendung, wonach Berichten von versicherungsinternen Ärzten Beweiswert zukommt, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_672/2020 vom 15.4.2021 Erw. 2.3).

5.2 Hinsichtlich Neurologie/Neuropsychologie ergibt sich aus den Akten: Der Beschwerdeführer zeigte sich auf der notfallmässigen Spitalaufnahme wach, orientiert mit GCS 15; grobneurologisch unauffällig. Der Kopf wies keine äusseren Verletzungen auf, die Kalotten waren klopfindolent, ebenso der Gesichtsschädel. Das CT Schädel des Unfalltages zeigte keine intrakranielle Blutung, keine Fraktur, keine Mittellinienverlagerung, kein intraorbitales Hämatom, keinen Hinweis auf eine traumatische Carotidisdissektion (Vi-act. 40). Ein Schädel-Hirn-Trauma wurde im Spital explizit ausgeschlossen (Vi-act. 36). Auch bei der Aufnahme in die stationäre Rehabilitation wurde nach cursorischer Prüfung ein unauffälliger neurologischer Status dokumentiert (Vi-act. 31). Ein Jahr nach dem Unfall beklagte der Beschwerdeführer neurologische Beschwerden (Vi-act. 182). Am 22. Juni 2017 ersuchte der Rechtsanwalt um eine neurologische und neuropsychologische Abklärung, nachdem der Beschwerdeführer und seine Ehefrau 'eindrücklich über neurologische und neuropsychologische Auffälligkeiten berichtet haben' (Vi-act. 276, 277). In der Folge ersuchte der Kreisarzt um Beizug der Bildgebung vom Unfalltag und er hielt fest: 'Sollte der Schädel unauffällig gewesen sein, ist die vorliegende Problematik (vgl. Schilderungen der Ehefrau) wohl eher psychiatrischer Natur' (Vi-act. 279). Zudem ersuchte er um Vorlage der Unterlagen an den Facharzt Neurologie (Vi-act. 297), worauf Dr.med. S. _____ (Fachärztin für Neurologie) ein MRI des Kopfs mit suszeptibilitätsgewichteten Sequenzen zum Ausschluss resp. zur Verifizierung allfälliger unfallbedingter Läsionen anforderte (Vi-act. 313), das am 3. August 2017 bei Fragestellung 'unfallbedingte Läsionen?' erstellt wurde. Es zeigte einen unauffälligen Befund und keinen Hinweis auf posttraumatische Läsionen (Vi-act. 318). In der neurologischen Beurteilung vom 7. Februar 2018 fasste Dr.med. Q. _____ den aktenmässigen Verlauf zusammen und verwies ebenso auf das jüngste MRI Schädel. Er kam zum Schluss, dass eine unfallbedingte Hirnverletzung abgestützt auf die klinischen Informationen und die dokumentierten Befunde der bildgebenden Diagnostik nicht angenommen werden könne. Die im langfristigen Heilverlauf vom Versicherten beklagten kognitiven Gesundheitsbeeinträchtigungen in Form von Konzentrationsstörungen und Gedächtnisstörungen könnten somit nicht auf eine unfallbedingte organische Hirnverletzung zurückgeführt werden (Vi-act. 395). Im Rahmen des Einspracheverfahrens wurde mit Zustimmung des Beschwerdeführers ein externes polydisziplinäres Gutachten eingeholt und zwar ohne Neurolo-

gie/Neuropsychologie, was auch vom Beschwerdeführer nicht gefordert wurde (vgl. Vi-act. 450, 453). Nach Vorlage des Gutachtens, unterbreitete der Beschwerdeführer die Zeugenbestätigung P._____ vom 1. März 2020, wonach der Beschwerdeführer bewusstlos gewesen sei (vgl. oben Erw. 4.3.1) und er formulierte zwei Ergänzungsfragen betreffend neurologische / neuropsychologische Beschwerden (Vi-act. 464), die von der Vorinstanz der MEDAS-Zentralschweiz unterbreitet, von dieser aber nicht beantwortet wurden (Vi-act. 467, 469).

5.3.1 Die Vorinstanz stützte ihren Entscheid, wonach keine unfallkausalen neurologischen/neuropsychologischen Beschwerden vorliegen und keine weitere Begutachtung notwendig sei, auf die Beurteilung von Dr.med. Q._____ ab. Von dieser Beurteilung abweichende Stellungnahmen anderer medizinischer Fachpersonen liegen keine vor, was Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung in aller Regel ausschliesst (vgl. etwa Urteil 8C_106/2020 vom 17.3.2020 Erw. 4.1). Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers stellt auch die Tatsache, dass der MEDAS Ergänzungsfragen betreffend Neurologie/Neuropsychologie unterbreitet wurden, keine abweichende ärztliche Beurteilung dar. Denn die Fragen hatte der Beschwerdeführer selbst beantragt und sie wurden 1:1 übernommen (vgl. Vi-act. 464 - 467). Es bestehen keine Hinweise, dass die Ergänzungsfragen aufgrund versicherungsinterner Abklärung notwendig waren.

5.3.2 Soweit der Beschwerdeführer auf die Aussagen von P._____ und R._____ (Bf-act. 3 und 4) verweist und eine nach dem Unfall eingetretene Bewusstlosigkeit geltend macht, kann auf das zuvor Ausgeführte verwiesen werden; von einer Bewusstlosigkeit kann nicht mit dem erforderlichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden (vgl. oben Erw. 4.3.1).

5.3.3 Der Beschwerdeführer begründet die s.E. notwendigen weiteren Abklärungen zudem mit dem Vorliegen einer LTHV, welche sich gerade durch fehlende Organizität und bildgebende Diagnostik sowie GCS nicht tiefer als 13 auszeichne und bei welcher 10-15% der Betroffenen Dauerbeschwerden beklagen würden, wobei die Schwere des Unfalls und der initialen Verletzung für den Langzeitverlauf nicht entscheidend seien (vgl. oben Erw. 3.1.2). Der Beschwerdeführer bestreitet nicht, dass vorliegend sowohl am Unfalltag als auch am 3. August 2017 die Bildgebung des Schädels unauffällig war und unfallbedingte Läsionen ausgeschlossen wurden. Wenn Dr.med. Q._____ sodann feststellte, die ereignisnahen medizinischen Berichte würden keine klinischen Auffälligkeiten dokumentieren, so ist dies nicht zu beanstanden. Namentlich den Berichten des Luzerner

Kantonsspitals (Austrittsbericht Spital; Kurz-Austrittsbericht IPS; IPS-Berichte, Vi-act. 36, 38, 40) lassen sich keine Hinweise auf eine LTHV entnehmen. Soweit der Beschwerdeführer auf einen Artikel zur LTHV von 2020 verweist (Bf-act. 5) und dieser für die Diagnosestellung auf in der Akutsituation oder noch in den ersten Tagen nach dem Ereignis häufig auftretende Kopfschmerzen, Schwindel, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Störungen im Schlaf-Wach-Rhythmus und emotionale Störungen hinweist, so fehlen entsprechende Hinweise eben gerade. Nichts anderes ergibt sich aus der Publikation von 2017 (Bf-act. 6), welche ebenfalls auf die gut bekannten klinischen Auffälligkeiten in der Frühphase hinweist. Diese sind vorliegend nicht dokumentiert. Die Tatsache allein, dass ein GCS von 15 festgestellt wurde (also > 13), vermag eine LTHV nicht zu belegen. Die Feststellung in der Literatur, 10 bis 15% der Betroffenen würden über dauernde Beschwerden klagen, lässt sodann nicht den Rückschluss zu, dass trotz Fehlen von ereignisnahen Hinweisen auf eine LTHV später geklagte Beschwerden dennoch auf eine LTHV zurückzuführen sind, auf keinen Fall mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit.

5.3.4 Wenn aber keine von der neurologischen Beurteilung vom 7. Februar 2018 abweichende ärztliche Berichte vorliegen, organische Läsionen nicht nachgewiesen sind und auch keine klinischen Auffälligkeiten ereignisnah dokumentiert sind, welche die Diagnose einer LTHV erhärten würden, dann bestehen an der Beurteilung von Dr.med. Q._____ keine auch nur geringen Zweifel, weshalb die Vorinstanz zu Recht darauf abgestützt hat. Weder sind neurologische / neuropsychologische Beschwerden überwiegend wahrscheinlich unfallkausal, noch drängen sich weitere Abklärungen hierzu auf.

6. Der Beschwerdeführer rügt des Weiteren eine fehlerhafte Feststellung der unfallbedingten Lohneinbusse.

6.1 Die Vorinstanz lehnte einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab und begründete dies wie folgt (Einspracheentscheid Erw. 8):

- Gemäss Gutachten bestehe somatisch aufgrund der orthopädisch-traumatologischen Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit von 20%, wobei dies mit dem Wegfall der körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten begründet werde;
- gemäss ehemaliger Arbeitgeberin hätten die körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten 5% der Arbeit des Beschwerdeführers ausgemacht;
- zudem sei der Beschwerdeführer gemäss ehemaliger Arbeitgeberin von diesen körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten ohne Lohneinbusse dispensiert gewesen;

- damit sei überhaupt keine Erwerbseinbusse und damit keine Invalidität entstanden.

Zudem hielt die Vorinstanz fest, an dieser Beurteilung ändere nichts, dass der Beschwerdeführer 2017 vor die Wahl gestellt worden sei, entweder 100% zu arbeiten, 50% in einem anderen Departement zu arbeiten oder sich vorzeitig pensionieren zu lassen oder die Kündigung entgegenzunehmen. Denn der medizinische Endzustand sei damals erreicht und der Beschwerdeführer 95% arbeitsfähig gewesen sowie von den 5% ohne Lohneinbusse befreit.

6.2 Es gilt vorzuschicken, dass für die Frage der Arbeitsfähigkeit und damit auch der Erwerbseinbusse und des Invaliditätsgrades allein die unfallbedingten somatischen Gesundheitsschädigungen massgeblich sind, nachdem die Adäquanz der psychischen Beschwerden zu verneinen ist (vgl. oben Erw. 4). Soweit also der Beschwerdeführer die Berücksichtigung der psychischen Beschwerden fordert und auch die MEDAS-Gutachter eine 50% Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Beschwerden festhalten, hat dies unbeachtlich zu bleiben.

6.3.1 In der integrativen Gesamtbeurteilung führten die MEDAS-Gutachter die Gesundheitsschäden auf, welche ganz oder teilweise, direkt oder indirekt durch das Ereignis vom 9. September 2015 verursacht wurden (vgl. oben Erw. 2.3). Auch bestätigten sie, dass alle somatischen Diagnosen auf einem organischen Substrat beruhen und dass aus orthopädisch-traumatologischer Sicht von weiteren Behandlungsmassnahmen keine Besserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist (Vi-act. 458 S. 57).

Das Zumutbarkeitsprofil als Folge des Unfallereignisses vom 9. September 2015 definierten die MEDAS-Gutachter für den Beschwerdeführer aus somatischer / orthopädischer Sicht wie folgt (Vi-act. 458 S. 58):

- Gehen, Stehen, Sitzen ohne Einschränkungen
- beidhändiges Heben von Lasten bis maximal 10 kg
- Tragen von Lasten mit der rechten Hand maximal 5 kg
- rechtshändiges Arbeiten mit Halten von Geräten und Maschinen mit Vibrationen und oder Rückschlägen sind nicht zumutbar
- Arbeiten mit der linken oberen Extremität über Brusthöhe sind nicht möglich.

Bezogen auf die Frage nach dem zeitlichen und leistungsmässigen Umfang gelangten die MEDAS-Gutachter zum Schluss, aus orthopädischer Sicht ergebe sich als Folge des Unfallereignisses vom 9. September 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Aus pneumologischer und urologischer Sicht würden sich keine zusätzlichen Einschränkungen ergeben.

Im orthopädischen Teilgutachten präzisierte der Gutachter die Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit zudem wie folgt: "Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht besteht im Beruf, den der Versicherte vor dem Ereignis vom 09.09.2015 ausgeübt hatte, für die reine Bürotätigkeit als Kriminal-Analytiker keine Einschränkung. Als Mitglied des D._____ hatten allerdings körperlich anspruchsvolle Tätigkeiten zum Beruf gehört, z.B. regelmässiges Training im Pistolenschiessen, sowie Sport und Fitness. Durch Wegfall dieser Tätigkeiten dürfte eine Einschränkung von rund 20% in der angestammten Arbeit resultieren." Zudem stellte der Gutachter fest, die vom Rechtsvertreter im Schreiben vom 23. April 2018 postulierte Einschränkung der Feinmotorik rechts könne er nicht nachvollziehen (Vi-act. 458 S. 17 des orthopädischen Teilgutachtens). Konkret beantwortete der Gutachter die Frage nach der unfallbedingten Einschränkung im angestammten Beruf: "Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht besteht im angestammten Beruf als Kriminal-Analytiker eine Einschränkung von schätzungsweise 20%" (Vi-act. 458 S. 20 f. des orthopädischen Teilgutachtens).

6.3.2 Diese Beurteilung durch die MEDAS-Gutachter wird von keiner Partei bestritten. Dies zu Recht. Sie basiert auf dem Beizug und der Berücksichtigung der umfassenden medizinischen Akten sowie persönlicher Untersuchung durch die einzelnen Fachgutachter. Sowohl die Gesamtbeurteilung wie auch das orthopädische Teilgutachten sind - soweit hier von Interesse - in sich schlüssig, nachvollziehbar und überzeugend. Widersprüche zu anderslautenden medizinischen Berichten sind nicht auszumachen. Nachdem keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des nach Art. 44 ATSG eingeholten MEDAS-Gutachtens sprechen, ist ihm volle Beweiskraft zuzuerkennen (BGE 137 V 210 Erw. 1.3.4).

6.4 Soweit die Vorinstanz einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers ausgeschlossen hat mit der Begründung, trotz attestierter 20%iger Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf habe er nach Aussage des Arbeitgebers keine Erwerbseinbusse erlitten, weshalb keine Rente geschuldet sei, so kann dem nicht gefolgt werden.

6.4.1 Die Vorinstanz begründet ihren Entscheid mit einer Auskunft des Arbeitgebers des Beschwerdeführers, wonach die gemäss Gutachter für den Beschwerdeführer unzumutbaren körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten, wie regelmässiges Training im Pistolenschiessen, Sport, Fitness, Nahkampf in der Tätigkeit als Kriminalanalytiker max. 5% ausgemacht haben und er von diesen ohne Lohn einbusse befreit gewesen sei (vgl. Vi-act. 487 sowie oben Erw. 6.3.1). Dies ist aber für die vorliegend zu klärende Rentenfrage nicht entscheidend.

6.4.2 Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; vgl. BGE 130 V 121). Für die Bemessung der Invalidität sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei das Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass der Verfügung zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 Erw. 4.2; BSK ATSG-Frey/Lang, Art. 16 N 31). Entscheidend ist in der Unfallversicherung mithin der Zeitpunkt des Fallabschlusses (vgl. Art. 19 UVG). Dies ist vorliegend der 30. April 2018 (Vi-act. 408).

6.4.3 Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die LSE-Tabellenlöhne herangezogen werden (BGE 143 V 295 Erw. 2.2; BGE 135 V 297 Erw. 5.2; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 130; Urteil BGer 8C_378/2017 vom 29.11.2017).

6.4.4 Vorliegend hat der Beschwerdeführer seine ursprüngliche Tätigkeit als Kriminalanalytiker bei D. _____ nach dem Unfallereignis nie mehr voll aufgenommen. Und er konnte sie auch gar nicht mehr voll aufnehmen. Auf die Frage der Vorinstanz, wie sich die Umstände rund um die Frühpensionierung genau verhielten, antwortete der Arbeitgeber am 22. März 2021 (Vi-act. 485):

Es ist richtig, dass wir mit A. _____ vor Ablauf der gesetzlichen 2-jährigen Lohnfortzahlungspflicht Gespräche mit ihm führten. Auch die von Ihnen erwähnten Varianten haben wir dabei besprochen:

1. Aufnahme der Arbeit zu 100%, wobei diese Variante aufgrund der vorhandenen Arztzeugnisse nicht in Frage kam.

2. Weitere Anstellung bei der [...] zu einem tieferen Pensum. Allerdings konnte Herr A. _____ zu diesem Zeitpunkt keine konkrete Stelle angeboten werden, auch nicht im [...]. Wann und ob es eine mögliche Stelle mit passendem Pensum für A. _____ gegeben hätte, war zu diesem Zeitpunkt unsicher.
3. Vorzeitige Pension.
4. Auflösung des Arbeitsverhältnisses nach Ablauf der 2-jährigen Lohnfortzahlungspflicht.

In der Folge wählte man die vorzeitige Pension, welche per 30. September 2017 vereinbart wurde (Vi-act. 340). Per Ablauf der zweijährigen Lohnfortzahlungspflicht (Ende September 2017) kam es somit notgedrungen zu einer beruflichen Veränderung des Beschwerdeführers, da es aufgrund der damals vorliegenden Arztzeugnisse ausgeschlossen war, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit wieder zu 100% aufnahm. Eine konkrete Alternativanstellung konnte der Arbeitgeber nicht anbieten. Gewählt wurde daher die vorzeitige Pension. Dies brachte es aber mit sich, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Fallabschlusses und damit des frühestmöglichen Rentenbeginns keine Anstellung hatte und somit nach Eintritt der Invalidität keine Erwerbstätigkeit ausübte, auf welche für die Ermittlung des Invalideneinkommens hätte abgestellt werden können. Insbesondere kann nicht auf das bisherige und ungekürzte Einkommen als Valideneinkommen abgestellt werden, da dieses faktisch nicht erzielt wurde und aufgrund der Frühpensionierung auch gar nicht erzielt werden konnte. Es wurde ihm vom Arbeitgeber schon gar nicht angeboten. Von einer stabilen Arbeitssituation kann nicht die Rede sein.

Liegt aber im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns bzw. nach Eintritt der Invalidität keine Erwerbstätigkeit vor, so sind rechtsprechungsgemäss die LSE-Tabellenlöhne heranzuziehen.

6.4.5 Wenn eine versicherte Person nach dem Unfall die Erwerbstätigkeit altershalber nicht mehr aufnimmt (Variante I) oder sich das vorgerückte Alter (im Bereich von "rund 60 Jahren", BGE 122 V 418 Erw. 1b) erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auswirkt (Variante II), sind gemäss Art. 28 Abs. 4 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 für die Bestimmung des Invaliditätsgrades die Erwerbseinkommen massgebend, die ein Versicherter im mittleren Alter (d.h. von 41 bis 42 bzw. zwischen 40 und 45 Jahren; BGE 122 V 418 Erw. 1b; RKUV 1990 Nr. U 115 S. 389 Erw. 4d a.E.) bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte (BGE 134 V 392 Erw. 6.2, 122 V 418 Erw. 3; Urteil BGer 8C_582/2020 vom 2.8.2021 Erw. 3). Diese Regelung ist ihrem Wortlaut nach zwar primär auf die Ermittlung des Invalideneinkommens ausgerichtet, hat gemäss einhelliger Lehre und Rechtsprechung aber auch dann Platz zu greifen,

wenn es um die Bestimmung des Valideneinkommens geht, weshalb beide Vergleichseinkommen unter dieser Prämisse festzulegen sind (Urteil BGer 8C_219/2022 vom 2.6.2022 Erw. 6.1 mit weiteren Hinweisen).

6.4.6 Nachdem die Vorinstanz für die Beurteilung der Rentenfrage zu Unrecht von einem nicht vorhandenen Invalideneinkommen ausgegangen ist und den Einkommensvergleich nicht gemäss Art. 28 Abs. 4 UVV vorgenommen hat, ist der Einspracheentscheid insoweit aufzuheben, als ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint wurde. Die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie den Rentenanspruch in Anwendung von Art. 28 Abs. 4 UVV prüft und neu entscheidet.

7. Soweit der Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 70% beantragt und dies zum einen mit der erektilen Dysfunktion und zum andern mit einem psychischen Integritätsschaden begründet, so ist dies nach dem Gesagten unbegründet, da die psychischen Beschwerden nicht adäquat kausal sind und für den Unfallversicherer somit keine Leistungspflicht besteht (vgl. oben Erw. 4).

8. Zusammenfassend ist der Einspracheentscheid vom 15. Februar 2022 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde insoweit aufzuheben, als ein Rentenanspruch verneint wurde. Die Sache ist an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie den Rentenanspruch im Sinne der Erwägungen neu prüft und einen neuen Entscheid trifft. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

9.1 Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. ^fbis ATSG).

9.2 Dem Beschwerdeführer ist dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens entsprechend zu Lasten der Vorinstanz eine reduzierte Parteientschädigung zuzusprechen, welche in Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte vom 27. Januar 1975 (SRSZ 280.411), der für das Honorar im Verfahren vor Verwaltungsgericht in § 14 einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht, und unter Beachtung der in § 2 des Gebührentarifs enthaltenen Kriterien, in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens auf Fr. 1'000.-- (inkl. MwSt) festgelegt wird.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 15. Februar 2022 insoweit aufgehoben, als ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint wurde. Die Sache wird an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit sie über den Rentenanspruch im Sinne der Erwägungen neu entscheidet.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die Vorinstanz hat dem bewalteten Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt) zu leisten.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 17. Oktober 2022

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 21. Oktober 2022