

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 60

Entscheid vom 24. April 2023

Besetzung

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

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt MLaw D._____

gegen

E._____ AG,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Unfallkausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. x.x.1978) war seit dem 1. Oktober 2011 bei der AA._____ AG in Zürich als Risikomanager angestellt und dadurch bei der E._____ AG (nachfolgend: E._____) obligatorisch unfallversichert. Am 24. Juni 2018 verunfallte er auf der Fahrt von Frankfurt nach Zürich in der Nähe von Freiburg mit dem Auto auf der im fraglichen Bereich dreispurigen Autobahn, als er mit einem Kleintransporter (Ford Transit) kollidierte, wobei der BMW von A._____ bei einer Fahrgeschwindigkeit von 90 - 110 km/h am Heck mit der Front des Transporters, welcher mit einer Geschwindigkeit von 110 - 140 km/h unterwegs war, zusammenstiess. Der Unfallverursacher konnte nicht eruiert werden (vgl. Vi-act. 1911, 662 f., 114 f.). Gestützt auf Zeugenaussagen und das verkehrstechnische Gutachten ist sowohl ein der Kollision vorangehender Fahrspurwechsel des BMW (von der rechten auf die mittlere Fahrspur) plausibel, aber auch ein Spurenwechsel des Transporters (von der linken auf die mittlere Fahrspur) als Auslöser der Kollision konnte nicht ausgeschlossen werden (vgl. Vi-act. 116). Das Fahrzeug von A._____ durchbrach die Leitplanken der rechten Fahrspur und kaam auf einer Böschung (Lärmschutzwall) zum Stillstand. Beide Fahrzeuge erlitten Totalschaden (vgl. Vi-act. 1958). Ein Mitfahrer des Transporters wurde leicht verletzt (Vi-act. 1933). A._____ wurde mit dem Helikopter ins Universitätsspital Freiburg überführt, wo diverse Verletzungen (Polytrauma) festgestellt und behandelt (u.a. operative Versorgung der Beckenfraktur) wurden. Bis zum 27. Juni 2018 befand er sich auf der Intensivstation, am 9. Juli 2018 wurde er aus dem Klinikum entlassen und auf eigenen Wunsch in die Park-Klinik Weissensee verlegt, wo er bis zum 12. Juli 2018 stationär weiterbehandelt wurde.

Die Unfallmeldung erfolgte am 4. Juli 2018 durch die Arbeitgeberin. Die E._____ übernahm die Heilungskosten und leistete Taggelder. Im weiteren Verlauf erfolgten zwei weitere operative Eingriffe sowie eine fünfwöchige stationäre Behandlung in der RehaClinic Zurzach.

B. Ab April 2019 nahm A._____ die Arbeitstätigkeit im Umfang von 20% wieder auf und steigerte sie bis September 2019 auf 60%.

C. Im September 2019 wurde A._____ im Auftrag der E._____ durch Ärzte der C._____ polydisziplinär begutachtet. Im Gutachten wurde geschlossen, dass eine abschliessende Beurteilung der Leistungsfähigkeit erst nach Abschluss der im Gutachten vorgeschlagenen Massnahmen in zwei Jahren möglich sei (Vi-act. 907).

D. Am 2. Oktober 2019 verfügte die E. _____, dass die Beschwerden an beiden Achillessehnen inkl. Fersen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Kausalzusammenhang zum Unfallereignis stünden, weshalb ab dem 30. Mai 2019 für die Behandlung dieser Beschwerden keine Leistungspflicht des Unfallversicherers mehr bestehe (Vi-act. 1076 f.). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. Nach Absprache mit dem Rechtsvertreter von A. _____ beauftragte die E. _____ im Frühjahr 2021 das B. _____, mit der Durchführung einer polydisziplinären Abschlussuntersuchung (Vi-act. 535 f.). Im Juni 2021 wurde der Versicherte an verschiedenen Terminen von Ärzten des B. _____ polydisziplinär untersucht. Die vorgesehene neuropsychologische Begutachtung wurde diverse Male verschoben und schliesslich wurde von deren Durchführung abgesehen. Das B. _____-Gutachten wurde mit Datum vom 18. Januar 2022 erstattet.

F. Am 16. März 2022 verfügte die Vorinstanz (Vi-act. 150 ff.):

1. Von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der somatischen Unfallfolgen kann keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden.
2. Der Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeldleistungen endet deshalb ab 01.03.2022 (...).
3. Es besteht kein Anspruch auf eine Integritätsentschädigung (...).
4. Die psychiatrischen Befunde/Diagnosen stehen in keinem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall vom 24.6.2018. Wir können hierfür ab 1.3.2022 keine Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung mehr erbringen.

G. Gegen diese Verfügung liess A. _____ mit Eingabe vom 25. April 2022 Einsprache bei der E. _____ erheben (Vi-act. 122 ff.). Mit Entscheid vom 19. September 2022 hat die E. _____ die Einsprache abgewiesen.

H. Dagegen lässt A. _____ mit Eingabe vom 20. Oktober 2022 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgemäss Beschwerde erheben mit folgenden Anträgen:

1. Es sei der angefochtene Einspracheentscheid vom 19. September 2022 aufzuheben und dem Versicherten sei eine ganze Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung von mindestens 80% auszurichten.
2. Eventualiter ist die vorliegende Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und sie zu verpflichten, weitere Abklärungen zu tätigen und hernach neu zu entscheiden.

3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7% Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

I. Die E. _____ beantragt mit Vernehmlassung vom 15. November 2022 die Abweisung der Beschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten des Beschwerdeführers.

Mit Replik vom 5. Januar 2023 hält der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Die Vorinstanz hält mit Duplik vom 19. Januar 2023 ebenfalls an ihren Anträgen fest.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, UVG; SR 832.20, vom 20. März 1981). Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist der Versicherte infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat er Anspruch auf ein Taggeld (vgl. Art. 16 Abs. 1 UVG). Wird der Versicherte infolge des Unfalles invalid, so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet der Versicherte durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat er Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3). Dabei spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2, S. 111 f.; 127 V 102 E. 5b/bb). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf die Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse (Urteile BGer 8C_391/2022 v. 10.1.2023 E. 3.2.2; 8C_123/2018 E. 4.1.1 je m.H.). Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht (Urteile

BGer 8C_391/2022 v. 10.1.2023 E. 3.2.2; 8C_123/2018 v. 18.9.2018 E. 4.1.1 m.H.) Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hiebei angewendeten Untersuchungsverfahren wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; 134 V 109 E. 7 ff. S.118 ff.; vgl. auch BGE 117 V 359 E. 5 S. 361 ff.). Ob eine organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolge vorliegt, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1; Urteil BGer 8C_123/2018 v. 18.9.2018).

1.2 Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.). Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schultertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die durch BGE 134 V 109 E. 10, S. 126 ff. präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa, S. 140), anzuwenden (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.; vgl. auch Urteil BGer 8C_212/2019 v. 21.8.2019 m.H.)

1.3 Die Adäquanzprüfung ist bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 6.1). Dies bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht. Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (Urteile BGer 8C_488/2017 v. 27.11.2017 E. 6.1.1 m.H.; 8C_303/2017 vom 5.9.2017 E. 6.1 und E. 6.3.1).

1.4 Letzteres gilt auch hinsichtlich des Fallabschlusses. Dieser erfolgt bei Vorliegen psychischer Unfallfolgen unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung, sobald von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invali-

denversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 134 V 109 E. 6.1; Urteile BGer 8C_674/2019 vom 3.12.2019 E. 4.1; 8C_184/2017 vom 13.7.2017 E. 2.2).

1.5 Zu ergänzen bleibt des Weiteren, dass es zur Beurteilung der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsansprüche verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen bedarf. Was deren Beweiswert betrifft, ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, ob die ärztlichen Berichte und Gutachten für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in derjenigen der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Auf ein versicherungsexternes Gutachten ist praxisgemäss abzustellen, sofern nicht konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/bb).

2. Im Einspracheentscheid zieht die Vorinstanz sinngemäss den Schluss, dass gemäss den medizinischen Gutachten die beklagten Einschränkungen nicht durch organische Befunde erklärt werden könnten. Könne die Schmerzproblematik keiner objektiv ausgewiesenen organischen Ursache zugeführt werden, habe eine besondere Prüfung der Adäquanz gemäss den Kriterien der sogenannten Psychopraxis zu erfolgen. Im Rahmen der Prüfung dieser Kriterien gelangte die Vorinstanz zum Schluss, dass höchstens zwei der erforderlichen Kriterien erfüllt seien, was bei einem als mittelschweren Unfall im mittleren Bereich zu qualifizierenden Unfallereignis nicht genüge, um die Adäquanz zu bejahen. Zusammenfassend zieht die Vorinstanz dementsprechend den Schluss, dass die vom Versicherten geklagten Beschwerden spätestens ab 1. März 2022 überwiegend wahrscheinlich nicht mehr in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 24. Juni 2018 stünden. Nachdem die Adäquanz zu verneinen sei, sei auch keine Integritätsentschädigung geschuldet.

3. Der Beschwerdeführer macht vorab sinngemäss geltend, es bestünden weiterhin organische Befunde, welche sich belegen liessen. Er verweist diesbezüglich auf das orthopädische Teilgutachten der C. _____ vom 5. Dezember 2019. Aus diesem gehe hervor, dass ein Weichteilproblem der Muskeln und Sehnen im Kreuz, im rechten Gesäss und im Oberschenkel bestünde. Die Ursache sei der Fehllage der Schraube zugeschrieben worden. Eine bleibende Schädigung sei anerkannt worden und entsprechend sei auch das Vorliegen eines Integritätsschadens in Höhe von 20% bejaht worden. Bezüglich des orthopädi-

schen Teilgutachtens im B. _____-Gutachten von Dr.med. F. _____ macht der Versicherte geltend, dieser Arzt habe der Vorinstanz einen Gefallen machen wollen, indem er von keinen somatischen Unfallfolgen ausgegangen sei. Wenn die Vorinstanz (somatische) Unfallfolgen weiterhin bestreite, sei eine Oberexpertise anzuordnen.

4. Zum Unfall und der daraus resultierenden Gesundheitsschädigung, zum Verlauf sowie zur ärztlichen Beurteilung ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen was folgt:

4.1 Wie im Ingress festgehalten wurde der Versicherte vom Unfallort mit dem Helikopter ins Universitätsklinikum Freiburg überführt, wo folgende Diagnosen gestellt wurden (Vi-act. 2202 f.):

- Schädelprellung
- Rippenserienfraktur 8-12 links mit begleitendem Pneumothorax und basalem Hämatothorax, bei Lungenkontusionen
- Milzlazeration
- Querfortsatzfrakturen LWK 3 und 4 links
- Hämatom und konsekutive Entwicklung eines Seroms im Bereich der linken Flanke
- Beckenfraktur mit Sacrumfraktur bds. und oberer + unterer Schambeinast links (...).
- Verdacht auf Kniehebetauma rechts (MRT ausstehend)
- multiple Schürfwunden

Während den ersten Tagen wurde der Versicherte auf der Intensivstation betreut (24.6.2018 - 27.6.2018). Die Beckenfraktur wurde am Unfalltag operativ versorgt. Die weiteren Verletzungen wurden konservativ behandelt (Vi-act. 2156). Die Milzlazeration verheilte während des Klinikaufenthaltes (Vi-act. 2158), bezüglich der Rippenserienfraktur mit Pneumothorax wurde ein unauffälliger Verlauf beschrieben mit rückläufigen Beschwerden (Vi-act. 2158). Der Verlauf nach der operativen Behandlung der Beckenfraktur wurde ebenfalls als unauffällig beschrieben. Unter physiotherapeutischer Anleitung habe der Patient bei Teilbelastung der linken unteren Extremität und Vollbelastung der rechten unteren Extremität mobilisiert werden können (Vi-act. 2158). Am 9. Juli 2018 wurde er aus dem Uniklinikum Freiburg entlassen und in die Park-Klinik Weissensee (V. _____, [...]) überwiesen, wo er bis zum 12. Juli 2018 stationär behandelt wurde (stationäre Überwachung und Kontrolle sowie konservative Therapie mit Analgesie und physiotherapeutischer Mobilisation, Vi-act. 2142, 2140).

4.2 Nach Entfernung des Fixateur externe am 15. August 2018 (Vi-act. 2100) erfolgte während dreier Wochen eine ambulante Rehabilitation in V. _____. Während dieser Zeit lebte der Versicherte bei seinen Eltern.

Anlässlich einer telefonischen Besprechung mit der Schadenspezialistin der Vorinstanz vom 12. September 2018 hielt der Versicherte u.a. fest, dass er an zwei Gehstöcken mobil, aber noch unsicher auf den Beinen sei, da Kraft und Koordination noch fehlten. Die Rippen und die Lunge machten Probleme. Er könne nicht lange sprechen, da nach einer halben Stunde die Stimme versage (Vi-act. 2047).

4.3 Eine CT-Untersuchung der LWS/Os sacrum und des Beckens vom 25. September 2018 ergab eine geringgradige Schraubenfehlage mit "enger Lagebeziehung zur Wurzel S1 rechts" und eine Spondylolyse LWK 5/SWK 1 ohne Nachweis einer Spondylolisthesis. (Vi-Act. 1845). Aufgrund dieser Diagnose wurden am 23. Oktober 2018 die Schrauben operativ vorzeitig entfernt (Vi-act. 1860).

4.4 Mit Bericht vom 26. November 2018 hielt der (Co-) Hausarzt des Versicherten, Dr.med. G._____, BB._____, gegenüber der Unfallversicherung fest, dass das Hauptproblem im Moment die verschiedenen Schmerzen seien, welche den Patienten noch sehr stark behinderten. Ein Teil der Schmerzen hätten durch die Entfernung der Schraube, welche auf einen Nerv gedrückt habe, verbessert werden können. Dadurch seien die ins rechte Bein ausstrahlenden Schmerzen um 40 - 50% reduziert worden. Trotzdem bestünden weiterhin starke Schmerzen, welche medikamentös behandelt würden. Der Patient benötige immer noch Gehstöcke, weil das rechte Bein nicht belastet werden könne. Ein weiteres Problem sei die Sprechdispnoe, welche durch die Rippenserienfraktur verursacht worden sei. Seit dem Unfall leide der Patient zudem an einem Tinnitus, welchen ihn in der Nacht störe. Zudem habe er Mühe mit der Verarbeitung des Unfallereignisses, weshalb nächstens mit einer Psychotherapie begonnen werde. Eine Arbeitstätigkeit sei zur Zeit wegen der Schmerzen und der Unmöglichkeit des längeren Sitzens sowie des Arbeitsweges nicht möglich. Der Patient sei für den Arbeitsweg auf das Auto angewiesen, er könne zur Zeit allerdings nicht Auto fahren. Der Hausarzt empfahl abschliessend die Durchführung einer stationären Rehabilitation (Vi-act. 1694 f.).

4.5 Im Überweisungsschreiben vom 15. Dezember 2018 an die RehaClinic Zurzach führte der Hausarzt Dr.med. G._____, u.a. aus, beim Pateinten bestehe eine ausgeprägte Angststörung mit Existenzängsten sowie eine posttraumatische Belastungsstörung leichter Ausprägung. Es wird um therapeutische Behandlung dieser psychischen Zustandsbilder während der Rehabilitation er-sucht (Vi-act. 1656).

4.6 Vom 8. Januar bis zum 9. Februar 2019 hielt sich der Versicherte stationär in der RehaClinic Bad Zurzach auf. Dem Austrittsbericht vom 18. Februar 2019 kann betreffend Beurteilung und Verlauf entnommen werden (Vi-act. 1480 ff.):

Herr A._____ fühlt sich in seiner körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Schmerzen seien vor allem belastungsabhängig bis VAS 4—5/10 unter NSAR in Reserve. Schmerzen v.a. im Beckenbereich mit Ausstrahlung in die Achillessehne und Ferse, welche ihn in der Mobilität einschränken. Ebenso bestehen Beschwerden bei der Koordination sowie Defizite bei Kraft und Ausdauer, welche entsprechende körperliche Tätigkeiten wie z.B. Bücken, Tragen von Gegenständen etc. derzeit nicht möglich machen. Ebenfalls ist dem Patienten längeres Sitzen und Stehen nicht möglich. Der Patient ist bei der AA._____ AG in einem Kaderbereich angestellt, aktuell besteht weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit. Bei der klinischen Untersuchung zeigte sich ein unsicheres Gangbild, Reklination HWS links leicht eingeschränkt, Muskelverspannungen im Nacken-Schulterbereich HWS, Druckschmerz im Nackenbereich mit lokalen Ausstrahlungen in den Schultergürtel. Quadrizeps bds Kraft M4+, keine Sensibilitätsstörungen. Oberhalb des linken Beckens besteht nach wie vor eine Schwellung/Serom mit leicht ausstrahlenden Schmerzen.

Im Weiteren wird ausgeführt, dass der Versicherte motiviert am Therapieprogramm teilgenommen habe. Es habe eine Verbesserung der Kraft und Ausdauer sowie eine leichte Schmerzreduktion erzielt werden können. Die Gehstrecke habe sich von 280 m auf 680 m erweitert. Es seien psychologische Stützgespräche durchgeführt worden. Eine ambulante Psychotherapie sei allerdings fortzuführen. Trotz der erzielten Fortschritte stünden die Schmerzschilderungen weiterhin im Mittelpunkt.

4.7 Im weiteren Verlauf wurden verschiedene spezialärztliche Abklärungen zur Evaluation der geltend gemachten Beschwerden durchgeführt.

4.7.1 Am 25. März 2019 wurde der Versicherte in der Hüfte-Sprechstunde der Universitätsklinik Balgrist untersucht. Dem entsprechenden Bericht von PD Dr.med. H._____ und Dr.med. I._____ kann entnommen werden, dass neu die Diagnose einer Achillessehnentendinopathie gestellt wurde. Im Rahmen der Röntgenuntersuchung wurde ein unauffälliger Beckenring ohne abgrenzbare Frakturen festgestellt. Das Gangbild war flüssig und hinkfrei. In der Beurteilung wird ausgeführt, dass bei persistierenden Schmerzen im Bereich des dorsalen Beckenringes neun Monate nach Beckenringfraktur, therapierefraktärem Serom und persistierender lokaler Schwellung die Indikation für weitere Abklärungen mittels MRT bestehe (Vi-act. 1426).

4.7.2 Nach Durchführung der vorgeschlagenen MRI-Abklärung wurde der Versicherte am 8. April 2019 ein weiteres Mal in der Hüfte-Sprechstunde der Univer-

sitätsklinik Balgrist untersucht. In der Beurteilung wird ausgeführt. (PD Dr.med. H._____ und Dr.med. J._____):

Der Patient leidet an persistierenden Schmerzen lumbal, ISG und S1-Radikulopathie rechts nach oben genannten Operationen. MRI des Beckens zeigt durchgebaute Frakturen mit minimaler Reizung passend bei postoperativer Situation und minimal vermehrte Flüssigkeit ISG links ohne Knochenmarködem. Anamnestisch bereits durchgeführter ISG-Infiltration rechts ohne Beschwerdelinderung. Dokumentiert jedoch erfolgte die S1 Infiltration rechts in Pfäffikon. Daher erneute diagnostisch-therapeutische ISG Infiltration zu diskutieren bei klinisch ISG-Provokationstest bds stark positiv. Wir überweisen den Patienten an das Wirbelsäulen-Team im Hause zur weiteren Abklärung der persistierenden S1-Radikulopathie rechts bei Status nach OSME geringgradiger Schraubenfehlage von der linksseitig eingebrachten Sacrumschraube bis zum Teil interforaminalen Lagen S1 bds. (...).

4.7.3 Am 22. Mai 2019 wurde in der Klinik Balgrist eine MRI-Untersuchung der Achillessehne durchgeführt, wobei eine Tendinopathie der Achillessehne rechts festgestellt wurde (Vi-act.1349). Gleichentags fand eine Röntgenuntersuchung des OSG statt, welche keine relevanten Befunde ergab (kleine Osteophyten am lateralen Malleolus beidseits, kleiner dorsaler Fersensporn rechts, Vi-act. 1348).

4.7.4 Am 24. Mai 2019 fand dann eine CT-Untersuchung der LWS sowie des Beckens statt. In der Beurteilung wird ausgeführt (Vi-act. 1347):

- Konsolidierte Beckenringfraktur
- Fortgeschrittene Degeneration im kranialen ISG links mit hier hypertrophen Osteophyten
- Spondylolyse des L5 beidseits mit leichter Anterolisthese von 3 mm

4.7.5 Am 27. Mai 2019 wurde an der Hirslanden Klinik, Zürich, zudem eine MRI-Untersuchung der LWS durchgeführt. In der Beurteilung wird ausgeführt (Vi-act. 1304):

- Keine Diskusprotrusionen oder -hernien.
- Kein Hinweis auf Nervenwurzelaffektionen.
- Mitabgebildet ehemalige Schraubenkanäle durch das ISG beidseits.

4.7.6 Am 31. Mai 2019 wurde der Versicherte in der Wirbelsäulen-Sprechstunde der Universitätsklinik Balgrist untersucht. Im entsprechenden Bericht vom 6. Juni 2019 (Vi-act. 1312 ff.) findet sich neu die Diagnose einer spezifischen Angststörung (beginnende posttraumatische Belastungsstörung). In der Beurteilung führen PD Dr.med. K._____ und Dr.med. I._____ im Wesentlichen aus, dass die Frakturen radiologisch konsolidiert seien. Klinisch und radiologisch würden sie am ehesten von einer symptomatischen ISG-Arthropathie beidseits ausgehen. Sie schlagen weitere Abklärungen (neurophysiologische Abklärung bei

Verdacht auf persistierende Irritation der Nervenwurzel S1 nach Schraubenfehl-
lage, MRT der linken Flanke) und eine Behandlung durch den Chiropraktiker vor.

4.7.7 Zur Abklärung der festgestellten "Raumforderung" in der linken Flanke (Vd.
Serom, Lipom) wurde am 11. Juni 2019 eine weitere MRI-Untersuchung des Be-
ckens durchgeführt (Hirslanden Klinik Zürich). Gemäss Bericht vom 12. Juni 2019
liegt weder ein Lipom noch ein Serom vor. In der Beurteilung wird ausgeführt (vi-
act. 1303):

Keine tumoröse Raumforderung links gluteal abgrenzbar. Leichte
Signalalterationen anterior am ISG-Gelenk links mit ossärer Irregularität DD hier
leicht aktivierter Reizzustand sonst keine Raumforderung gluteal nachweisbar.

Gestützt auf eine Weichteilsonographie vom 8. Juli 2019 wurde die linksseitige
Schwellung oberhalb des dorsalen Beckenkamms dann allerdings als Lipom
qualifiziert (Vi-act. 1213).

4.7.8 Eine chiropraktische Untersuchung fand am 17. Juli 2019 in der Sprech-
stunde für Chiropraktische Medizin der Klinik Balgrist statt. Im entsprechenden
Bericht (Vi-act. 1057 ff.) wird eine bilaterale ISG-Dysfunktion mit persistierenden
Schmerzen im dorsalen Beckenring beschrieben. Der Fokus liege auf der Be-
handlung der segmentalen und myofaszialen Befunde mittels chiropraktischer
Manipulation und muskulär detonisierender Massnahmen.

4.7.9 Am 18. Juli 2019 wurde der Versicherte im Wirbelsäulenzentrum der Klinik
Balgrist neurologisch und neurophysiologisch untersucht. Zusammenfassend hal-
ten die Neurologen PD Dr.med. L. _____ und Dr.med. M. _____ fest (Vi-
act. 1119):

Zusammenfassend lässt sich klinisch und neurophysiologisch kein höhergradiger
axonaler Schaden der S1-Wurzel rechts nachweisen. Der Umstand des guten
Ansprechens der ISG-Infiltration sowie der Schmerzausstrahlung bis in die Ferse
und nicht bis in die Kleinzehen lässt sicher auch an eine pseudoradikuläre
Komponente im Rahmen der knöchernen Sakrum- bzw. ISG-Verletzungen denken.
Wir gehen daher am ehesten von einem gemischten neuropathischen/
nozizeptiven Schmerzsyndrom aus. Wir empfehlen daher die bereits angedachte
ISG-Infiltration zu wiederholen. (...).

4.7.10 Eine weitere Konsultation in der Wirbelsäulen-Sprechstunde der Univer-
sitätsklinik Balgrist fand am 19. Juli 2019 statt. Dabei berichtete der Versicherte
über unveränderte Beschwerden. In der Beurteilung führen Prof. Dr.med.
N. _____ und Dr.med.univ. AB. _____ aus (Vi-act. 1226):

Es zeigt sich bei dem Patienten in der neurophysiologischen Untersuchung kein
Hinweis auf eine relevante S1-Radikulopathie. Von wirbelsäulenchirurgischer Seite
sehen wir derzeit keine Möglichkeit, die Beschwerden des Patienten zu
verbessern. Wir empfehlen die Fortführung einer multimodalen Schmerztherapie

mit chiropraktischer Therapie, Durchführung von Physiotherapie sowie rheumatologischer und psychotherapeutischer Betreuung. Der Patient ist bereits aufgrund der posttraumatischen Belastungsstörung in psychotherapeutischer Behandlung, (...). Wahrscheinlich sind bezüglich des fraglichen Lipoms keine weiteren Massnahmen notwendig, eine Verbesserung der Beschwerden durch einen operativen Eingriff ist hier klinisch sehr unwahrscheinlich.

4.8 Vom 17. Juli 2019 bis 9. Oktober 2019 wurde der Versicherte in der Poliklinik für Chiropraktische Medizin der Uniklinik Balgrist behandelt. Gemäss Abschlussbericht vom 9. Oktober 2019 (Vi-act 1034) habe der Versicherte gut auf die chiropraktische Manipulationen angesprochen, die positive Wirkung habe jedoch nicht lange angehalten. Dem Patienten sei erklärt worden, dass nunmehr weder klinisch noch radiologisch ein klares Korrelat für die Allodynie bestehe.

4.9 Dipl. Arzt Z._____, BB._____, (Co-) Hausarzt des Versicherten hielt auf Anfrage der Vorinstanz hin mit Mail vom 30. Oktober 2019 fest, dass er den Versicherten im Zeitraum zwischen dem 17. Juli und dem 9. Oktober 2019 13 Mal behandelt habe. Der Versicherte berichte weiterhin hauptsächlich über Schmerzen dorsal über dem Beckenring, verstärkt bei längerem Sitzen oder Stehen. Zusätzlich bestünden ausstrahlende Schmerzen entlang dem dorsalen Ober- und Unterschenkel bis zur rechten Ferse. Der Versicherte könne nicht länger als etwa 30 - 40 Min. sitzen. Er werde ambulant in der Klinik für Chiropraktische Medizin der Uniklinik Balgrist behandelt. Zudem werde er einmal pro Woche psychotherapeutisch behandelt. Mit dem aktuellen Arbeitspensum von 40% sei der Versicherte sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht am Anschlag. Eine Steigerung des Arbeitspensums per Oktober 2019 sei nicht vertretbar. Eine schrittweise Erhöhung des Arbeitspensums sei allerdings beabsichtigt (Vi-act. 1041 f.).

4.10 Im September 2019 wurde der Versicherte an verschiedenen Terminen von der C._____ polydisziplinär untersucht, unter Einbezug der Fachrichtungen Orthopädie (Dr.med. O._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie), Neurologie (Dr.med. P._____, Fachärztin Neurologie), Neuropsychologie (lic.phil. X._____ und lic.phil. Q._____) und Psychiatrie (Dr.med. R._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie). Das entsprechende Gutachten datiert vom 5. Dezember 2019 (Vi-act. 897 ff.).

4.10.1 In der zusammenfassenden Beurteilung im Gutachten vom 5. Dezember 2019 wird bezüglich der somatischen Befunde ausgeführt (Vi-act. 903 f.):

(...). Überwiegend wahrscheinlich als Folge der Rippenfrakturen (Senkungshämatom) entwickelte sich ein Serom an der rechten (recte linken) Flanke. Dieses

verlieh als Weichteil-Tumor an der linken Flanke (...). Der Befund beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit nicht und bedarf keiner Behandlung.

(...). Die Frakturen konsolidierten in guter Stellung.

Wegen ischialgiformer Schmerzen und im CT festgestellter intra-foraminaler Schraubenlage erfolgte am 23.10.2018 die Schraubenentfernung im Sakrum. Trotzdem entwickelten sich im rechten Hüftbereich bewegungsabhängige Beschwerden und ein chronisches Schmerz-Syndrom mit ischiagiformen Ausstrahlungen in das rechte Bein. Ambulante und stationäre Rehabilitationen führten nur teilweise zur Besserung. Im Dezember 2018 wurde eine Psychotherapie eingeleitet. Die Berufserprobung führte zum Wechsel des Arbeitsplatzes innerhalb der bisherigen Firma.

Aus neurologischer Sicht ist die weitere Abklärung der Lumbo-Ischialgie rechts notwendig. Insbesondere kann von nochmaligen gezielten diagnostischen und therapeutischen Infiltrationen eine namhafte Besserung erwartet werden. Ob sich allenfalls auch chirurgische Massnahmen - z.B. Dekompression von Nervenwurzeln - aufdrängen, hängt von den weiteren Abklärungen ab.

Zudem besteht bei einem leichten zerviko-vertebralen Syndrom eine zerviko-cephale Ausstrahlung und es kommt intermittierend zu einem migräniformen Kopfschmerz. Der Versicherte schildert einen Tinnitus, eine Sprechstörung infolge einer angeblichen Verletzung der Zunge und eine Dyspnoe. Alle vier Gutachter konnten während den jeweiligen Explorationen keine Sprechstörungen und keine Störungen des Gehörs feststellen. Die Abklärung der Sprechstörung, der Dyspnoe und des Tinnitus durch einen Facharzt für Hals-Nasen- Ohren-Erkrankungen (HNO) ist indiziert.

Aus psychiatrischer Sicht soll die am 15.12.2018 begonnene Psychotherapie weitergeführt werden. Es ist mit einer Behandlung von mehr als einem Jahr zu rechnen. Von einer psychiatrischen Behandlung ist eine namhafte Verbesserung zu erwarten. Auch weitere Wiedereingliederungs-Massnahmen sind aus psychiatrischer Sicht angezeigt. Die diesbezüglichen Details finden sich im psychiatrischen Teil-Gutachten.

Da der Endzustand noch nicht erreicht ist, kann noch keine abschliessende Beurteilung der Leistungsfähigkeit und noch keine Einschätzung der Integritäts-Einbussen gemacht werden. Die somatischen Belange können gemäss der neurologischen Expertin erst nach Abschluss der genannten Massnahmen frühestens zwei Jahre nach dem Unfall abschliessend beurteilt werden. Für die Einschätzung des Endzustandes aus psychiatrischer Sicht sei auf das psychiatrische Teil-Gutachten verwiesen.

Zur Frage des natürlichen Kausalzusammenhanges der erhobenen Befunde zum Unfall vom 24. Juni 2018 führen die Gutachter aus, aus (Vi-act. 906):

Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht stehen das ISG-Syndrom, die schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des rechten Hüftgelenkes und der Weichteil-Tumor an der linken Flanke mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 24.06.2018. Von neurologischer Seite weiter zu beurteilen ist ein Verdacht auf ein lumboradikuläres Reizsyndrom S1 als zumindest partielle Komponente der Lumboischialgie rechts, diese steht in einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem

Unfall bzw. der operativen Behandlung bei im MRI nachgewiesener Platzierung der ISG-Schraube von links bis ins Neuroforamen der Nervenwurzel S1 rechts.

Wie oben beschrieben, lässt sich die Diagnose einer Migräne nicht durch objektivierbare Befunde in der klinischen Untersuchung fassen. Trotzdem steht der episodische migräniforme Kopfschmerz aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit diesem Unfall.

Des Weiteren erkennen die Gutachter auch unfallfremde Faktoren, die bei den aktuellen Beschwerden mitwirkten (Bogenschluss-Störung L5, Spondylolyse und Spondylolisthesis L5). Zur Arbeitsfähigkeit führen die Gutachter aus, aus neurologischer und psychiatrischer Sicht sei der Endzustand noch nicht erreicht und von weiteren Abklärungen und Behandlungen sei eine Besserung zu erwarten. Eine abschliessende Beurteilung der Leistungsfähigkeit sei erst nach Abschluss der Massnahmen frühestens in zwei Jahren möglich (Vi-act. 907). Auch in Bezug auf die Frage nach der Schädigung der körperlichen Integrität gelangten die Gutachter zum Schluss, dass die abschliessende Beurteilung noch nicht möglich sei (Vi-act. 909).

4.10.2 Im psychiatrischen Teilgutachten werden die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode ohne somatisches Syndrom und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt (Vi-act. 967). Der begutachtende Psychiater kam zum Schluss, dass der Versicherte die bisherige Tätigkeit als Business Management Team Leader nicht mehr ausüben könne (Vi-act. 972). In einer Verweistätigkeit, die keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stelle oder besondere Fähigkeiten verlange, sei die Leistungsfähigkeit vor allem durch die Konzentrations- und Antriebsstörungen, die Verlangsamung und die erhöhte Müdigkeit eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit wird auf 40% geschätzt (Vi-act. 974). Die psychischen Störungen seien Unfallfolgen (Vi-act. 974). Zur Frage eines psychischen Integritätsschadens könne erst ca. 5 bis 6 Jahre nach dem Unfall Stellung genommen werden. Falls sich der Gesundheitszustand nicht ändere, liege ein mittelschwerer bis schwerer psychischer Integritätsschaden vor, entsprechend 70% (Vi-act. 975).

4.11 Der Psychotherapeut Y. _____ hielt auf Anfrage der Vorinstanz hin mit Mail vom 7. Dezember 2019 fest, die Einschränkungen im Alltag würden v.a. durch die anhaltenden somatischen Beschwerden verursacht (Becken, Wirbelsäule). Die begleitende Traumatherapie sei dennoch essentiell aufgrund der psychosozialen Belastung am Arbeitsplatz, der Vorladungen vor Gericht und nicht zuletzt der Abklärung bei der C. _____ (Vi-act. 888). Den von der Vorinstanz angeforderte "ausführliche" Bericht reichte Y. _____ nicht ein (vgl. Vi-act. 887).

4.12 Auf Anfrage der Vorinstanz hin hielt der Arzt Z. _____ mit Mail vom 28. April 2020 fest, dass der Versicherte im September 2018 einmalig eine Infiltration bei bestehender Lumboischialgie S1 erhalten habe. Die Schmerzreduktion habe jedoch lediglich etwa eine Stunde angedauert. In der Folge und auch aktuell wünsche der Patient keine weiteren Infiltrationen. Eine Vorstellung beim ORL-Facharzt wegen des Tinnitus und der Sprechstörungen sei vorgesehen. Der Gesundheitszustand des Versicherten wird als unverändert bzw. pandemiebedingt als verschlechtert bezeichnet (Vi-act. 834).

4.13 Eine vom Hausarzt initiierte Untersuchung bei der Neurologin Dr.med. AC. _____ vom 18. Mai 2020 ergab keine fokal-neurologischen Defizite (Vi-act. 578).

4.14 Am 2. Juni 2020 wurde der Versicherte von Dr.med. S. _____, Fachärztin für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten untersucht. Diese stellte folgende Diagnosen (Vi-act. 803):

Contusio labyrinthi i.R. des Polytraumas mit

- leichtgradiger pantonaler Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits
- chronischem Tinnitus beidseits

Funktioneller Dysphonie mit/bei

- vermehrter Sprechanstrengung bei inkomplettem Glottisschluss

Sensibilitätsstörung Zungenspitze bei Status nach Zungenbiss im Rahmen des Polytraumas

In Bezug auf die Dysphonie wurde die Möglichkeit einer Stimmlippenaugmentati- on besprochen. Bezüglich des Tinnitus seien die therapeutischen Massnahmen sehr eingeschränkt.

4.15 Am 1. Juli 2020 wurde eine MRI-Untersuchung des Schädels durchgeführt. Diese ergab einen regelhaften intrakraniellen Befund. Posttraumatische Veränderungen konnten nicht nachgewiesen werden (Vi-act. 764).

4.16 Eine neuropsychologische Untersuchung vom 24. August 2020 ergab eine verminderte Konzentrationsfähigkeit sowie im neurokognitiven Bereich gewisse mnestiche Defizite, welche auf die affektpathologische Symptomatik (DD pro- longierte Anpassungsstörung, posttraumatische Belastungsstörung) und die Schmerzsymptomatik zurückgeführt wurden. Ein Zusammenhang mit einem möglichen Schädel-Hirntrauma wird verneint (Vi-act. 706).

4.17 Nachdem verschiedene Anfragen nach dem Verlauf der psychotherapeuti- schen Behandlung von Seiten der Vorinstanz unbeantwortet geblieben waren, hielt der Psychotherapeut AD. _____ mit Mail vom 19. September 2020 fest,

gestützt auf das C._____ -Gutachten sei der Fall inklusive Arbeitsfähigkeit bekannt. Der Versicherte komme weiterhin regelmässig zur Therapie (Vi-act. 733). Die wiederholte Anfrage nach einem ausführlicheren Verlaufsbericht blieb unbeantwortet.

4.18 Im auf Anfrage der Vorinstanz eingereichten Bericht vom 17. März 2021 listete der Arzt Z._____ folgende aktuellen Hauptdiagnosen auf (Vi-act. 495 ff.):

- ISG-Syndrom und schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Hüftgelenkes (...).
- Lumboischialgie rechts, wahrscheinlich einem gemischt lumbo-radikulären Reizsyndrom S1 entsprechend und einer spondylogenen Ausstrahlung
- Persistierendes zervikovertebrales Syndrom mit zervikocephaler Ausstrahlung und intermittierend migräneformer Kopfschmerz nach Schädelkontusion am 24.06.2018
- Contusio Labyrinthi mit leichtgradiger pantonaler Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits und chronischem Tinnitus beidseits
- Sensibilitätsstörung Zungenspitze (...)
- Intermittierend links thorakale Schmerzen nach Rippenserienfraktur (...)
- Weichteiltumor an der linken Flanke (...)
- Posttraumatische Belastungsstörung (...) (ICD-10:F43.1)
- Mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne somatisches Syndrom (F32.10) bei komplizierter, protrahierter Trauer (F38.8)
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

Im Bericht wird weiter ausgeführt, der Versicherte sei nicht mehr in der Lage, das frühere Arbeitspensum von 100% als Führungskraft zu leisten. Die aktuell geleistete Arbeit in einem Pensum von 50% erfolge bei einer Tätigkeit in einem angepassten Bereich mit geringeren Anforderungen. Trotz der zeitlichen und qualitativ geringeren Anforderungen der ausgeübten Tätigkeit, komme er regelmässig an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit. Gründe dafür seien die persistierende Schmerzproblematik, Konzentrationsschwierigkeiten sowie psychiatrisch-neurologische Symptome (Alpträume, Schlafstörungen, Flashbacks, Panikattacken, depressive Episoden).

4.19 Im Juni 2021 wurde der Versicherte an verschiedenen Terminen von Ärzten des B._____ polydisziplinär untersucht, unter Einbezug der Fachrichtungen Orthopädie (Dr.med. F._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie), Neurologie (Dr.med. T._____, Facharzt Neurologie) und Psychiatrie (Dr.med. U._____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie). Auf die ursprünglich vorgesehene neuropsychologische Begutachtung wurde verzichtet, nachdem der Versicherte mehrere Termine durch seinen Anwalt mit dem Hinweis auf Erkan-

kung oder berufsbedingter Verhinderung hatte absagen lassen (vgl. Vi-act. 419, 418, 393 f., 379, 358, 353, 335 f., 333). Das Gutachten datiert vom 18. Januar 2022 (Vi-act. 218 ff.).

4.19.1 Orthopädischerseits wird zusammenfassend ausgeführt, die geltend gemachten bzw. genannten extremen Beschwerden im Bereich des Beckens und der Rippen könnten nicht zufriedenstellend (speziell auch nicht unfallbedingt), auch nicht unter Zuhilfenahme der neu angefertigten und der mitgebrachten Bildgebung, erklärt werden. Es sei insgesamt von einer wesentlichen nichtorthopädischen Problematik auszugehen (Vi-act. 228).

4.19.2 Von Seiten des Neurologen wird zusammenfassend von einer rechtsseitigen lumboischialgiformen Schmerzsymptomatik ausgegangen. Das Ausmass der angegebenen lumboischialgiformen Schmerzsymptomatik könne aus neurologischer Sicht allerdings nicht nachvollzogen werden (Vi-act. 285). Die angegebenen kognitiven Defizite könnten aus neurologischer Sicht ebenfalls nicht nachvollzogen werden. Es bestünden posttraumatische Kopfschmerzen sowie eine Migräne ohne Aura, welche ein- bis zweimal pro Woche auftreten könnten und drei bis vier Stunden dauerten. Bei täglicher Einnahme von Dafalgan sei zusätzlich von einem Medikamentenübergebrauchskopfschmerz auszugehen (Vi-act. 284). Es würden sich aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Die Kopfschmerzen würden keine dauernde Arbeitsunfähigkeit begründen (Vi-act. 286).

4.19.3 Aus psychiatrischer Sicht wird zusammenfassend festgehalten (Vi-act. 229 f.):

Aus psychiatrischer Sicht ergeben sich aus der Anamnese Hinweise auf eine vor dem Unfall überwiegend funktional genutzte anankastische (starke Detailorientierung, Perfektionismus, Rigidität und Eigensinn) und narzisstische (subjektives Erleben einer grossen Bedeutsamkeit der eigenen Person und überdurchschnittlicher eigener Begabung) Persönlichkeitsakzentuierung, die den Versicherten dazu befähigte, komplex kalkulierte Transaktionen zu steuern, sich mit seinem allgemeinen Auftreten als leistungsstarker Manager zu inszenieren und so eine verantwortungsvolle berufliche Position zu erlangen. Durch den Unfall wurde der Fokus dieser Inszenierung verschoben. Nachdem der Versicherte vorher einen grandiosen beruflichen Auftritt als Kern seines Selbstbildes wahrnehmen konnte, ist inzwischen das grandiose Ausmass seines erlittenen Gesundheitsschadens für sein Selbstbild zentral geworden und er beschäftigt sich mit ähnlicher Detailorientierung mit diesem Gesundheitsschaden wie zuvor mit seinen beruflichen Herausforderungen. Diese detaillierte Beschäftigung mit dem zugleich stark narzisstisch besetzten Gesundheitsschaden (mehrere Nahtoderlebnisse, starkes Ungerechtigkeits erleben wegen des schadlos gebliebenen «Täters», übermässig starke Ausprägung der beklagten Beschwerden, eklatanter sozialer Abstieg) hat sich auf die Krankheitsverarbeitung

ungünstig ausgewirkt, indem statt einer Habituation und einer Neuorientierung eine gedankliche und emotionale Fixierung auf die körperlichen und psychischen Symptome eingetreten ist. Der Versicherte beschäftigt sich ständig mit seinen Körperschmerzen (aufgrund der nur teilweisen somatischen Begründbarkeit im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu interpretieren) und den Symptomen im Rahmen seiner posttraumatischen Belastungsstörung (Hyperarousal mit interpersoneller Gereiztheit und Impulskontrollproblemen, täglich auftretende Flashbacks, Alpträume und Intrusionen, auf Unfallinhalte bezogene Ängste und Vermeidungsverhalten). Aufgrund dieser Fehlanpassung erlebt der Versicherte inzwischen auch Symptome im Sinne einer mittelschweren Depression mit im Vordergrund stehender Anhedonie und Gefühl der Gefühllosigkeit, die ihn zusätzlich beeinträchtigen.

Im Alltag erlebt der Versicherte sich als vor allem körperlich und kognitiv beeinträchtigt, wobei aus psychiatrischer Sicht vor allem die beschriebene Fehlanpassung und die intensive Identifizierung und Beschäftigung mit den psychischen und somatischen Beschwerden die kognitiven Einschränkungen erklärt, da ein eigentlicher organischer Grund für kognitive Einschränkungen nicht vorliegt. Der Versicherte benötigt einen grossen Teil seiner kognitiven, emotionalen, sozialen und zeitlichen Ressourcen für die Beschäftigung mit dem erlittenen Schaden und kann deshalb seinen Alltag nur noch mit Hilfe seiner Angehörigen bewältigen. Die eingetretene Fehlhaltung ist aus aktueller psychiatrischer Sicht nicht Korrelat eines bewussten Vorganges, der Versicherte ist subjektiv von der Unvermeidbarkeit seiner aktuellen Situation überzeugt und erlebt die damit einhergehende Einschränkung als authentisch.

4.19.4 Im B. _____-Gutachten werden verschiedene Diagnosen gestellt, welche zumindest teilweise durch objektive Befunde erklärt werden könnten (insbesondere chronisches iliolumbosakrales Schmerzsyndrom, intermittierender einschliessender linksseitiger Thoraxschmerz bei St.n. Rippenfrakturen, Reizzustand Costotransversalgelenk bei statischer Dysbalance. Posttraumatische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Migräne ohne Aura, Hypästhesie und Hypalgesie im Bereich der vorderen Zungenhälfte, Vi-act. 240 f.). Die Beschwerden seien somatisch allerdings weit überwiegend als unfallunabhängig einzustufen. Im Rahmen der Gesamtsymptomatik seien die unfallbedingten Einflüsse im somatischen Bereich zu vernachlässigen; die Unfallfolgen werden diesbezüglich im Rahmen der gesamten iliolumbosacralen Funktionsstörung auf unter 5% geschätzt (Vi-act. 242). In diesem Sinne haben die oberwähnten (somatischen) Diagnosen aus Sicht der Experten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestünden mithin im somatischen Bereich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Vi-act. 240). Des Weiteren wird auch das Vorliegen eines Integritätsschadens im somatischen Bereich verneint (Vi-act. 246).

Die Gutachter anerkennen des Weiteren, dass das Unfallereignis zu einer schwerwiegenden vorübergehenden Beeinträchtigung in der Lenden-/Becken-/

Hüftregion geführt habe. Diese könne zwischenzeitlich als ausgeheilt betrachtet werden. Der unfallunabhängige Funktionszustand sei etwa ein Jahr nach dem Unfall erreicht worden (Vi-act. 243).

4.19.5 Aus psychiatrischer Sicht werden die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), einer mittelschweren depressiven Episode, chronifiziert (ICD-10 F32.1) sowie der Akzentuierung anankastischer und narzisstischer Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) gestellt. In der bisherigen Tätigkeit besteht gemäss psychiatrischem Gutachter eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der intensiven Beschäftigung mit den erlebten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei der Versicherte in seiner Belastbarkeit stark beeinträchtigt und weise aufgrund seiner hohen inneren Ablenkbarkeit durch das Krankheitserleben ein verringertes Arbeitstempo und einen erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf auf. Die Leistungsfähigkeit sei erheblich beeinträchtigt und mit den Erwartungen des ersten Arbeitsmarktes nicht vereinbar. Die aktuell ausgeübte Tätigkeit mit einem Pensum von 50% sei ideal angepasst (Vi-act. 296). Die psychogene Störung wird als unfallkausal qualifiziert (Vi-act. 297). Der psychiatrische Experte geht des Weiteren davon aus, dass eine intensive psychiatrische Behandlung (stationär) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Besserung des Zustandes führen könne, wobei allerdings mit einem langen Verlauf (mindestens ein Jahr) zu rechnen sei (Vi-act. 298 ff.).

Bezüglich des Integritätsschaden wird von psychiatrischer Seite der Schaden auf 60% gemäss SUVA-Tabelle 19 geschätzt, sofern die aktuelle Beeinträchtigung bestehen bleibe (Vi-act. 236, 300).

4.20 Wegen Parästhesien an der Wade und am Fussrücken links veranlasste der Hausarzt eine MRI-Untersuchung der LWS und des ISG im Röntgeninstitut Zürich-Altstetten. Gemäss Bericht vom 7. Februar 2022 (Vi-act. 172) sind die Befunde weitgehend im Normbereich; Kompressionen oder Stenosen waren nicht feststellbar. Es wird (wie bereits im orthopädischen Teilgutachten von Dr.med. F._____) insbesondere eine Bogenschlussanomalie S1 (mit lokalem Reizzustand) erwähnt.

5.1 Vorab ist umstritten, ob noch organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken. Der Beschwerdeführer verweist diesbezüglich - wie bereits erwähnt - auf das C._____-Gutachten (vgl. oben Erw. 4.10), wonach infolge der Fehllage der Schraube ein Weichteilproblem der Muskeln und Sehnen im Kreuz, im rechten Gesäss und im Oberschenkel bestünde.

5.2 Aus den obzitierten medizinischen Akten ergibt sich, dass ab März 2019 verschiedene spezialärztliche Untersuchungen durchgeführt wurden wegen unklarer Beschwerden trotz grundsätzlich unauffälliger Verheilung der Frakturen und Verletzungen. Relevante objektivierbare unfallkausale Befunde, welche für die Beschwerden verantwortlich sein könnten, konnten letztendlich nicht erhoben werden. Die im Nachgang der diversen Untersuchungen vorgeschlagene und durchgeführte chiropraktische Behandlung an der Uniklinik Balgrist blieb ohne anhaltende Wirkung und die behandelnden Fachärzte hielten am 9. Oktober 2019 abschliessend fest, dass nunmehr weder klinisch noch radiologisch ein klares Korrelat für die geltend gemachten neuropathischen Schmerzen bestünde (Vi-act. 1034). Andererseits ergibt sich aus den medizinischen Akten, dass ab ca. November 2018 eine psychotherapeutische Behandlung in Angriff genommen wurde, da das Unfallereignis für den Versicherten schwer zu verarbeiten war (Vi-act. 194). Im Überweisungsschreiben vom 15. Dezember 2018 an die RehaClinic Zurzach stellte der Hausarzt des Versicherten dann die Diagnosen einer ausgeprägten Angststörung sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung (Vi-act. 1656).

Im Rahmen der C. _____-Begutachtung, welche ca. 15 Monate nach dem Unfallereignis durchgeführt wurde, gelangte der orthopädische Gutachter zum Schluss, dass aus rein orthopädisch-traumatologischer Sicht und gestützt auf die objektivierbaren Befunde die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei (Vi-act. 925). Aus neurologischer Sicht wurde im Wesentlichen die Verdachtsdiagnose eines lumboradikulären Reizsyndroms S1 gestellt, welches als zumindest teilweise unfallkausal qualifiziert wurde. Objektiv klare Befunde konnten nicht erhoben werden, es wurden aber weitere Abklärungen der Lumbo-Ischialgie rechts im Rahmen von diagnostischen und therapeutischen Infiltrationen als notwendig erachtet. In diesem Sinne wurde das Vorliegen eines Endzustandes verneint und es wurde festgehalten, dass von den vorgeschlagenen Infiltrationen eine namhafte Besserung erwartet werden könne (vgl. Vi-act. 943, 903 f.). Die empfohlenen Infiltrationen wurden in der Folge jedoch auf Wunsch des Versicherten nicht durchgeführt (Vi-act. 834), was grundsätzlich gegen das Vorliegen einer relevanten schmerzbedingten Beeinträchtigung spricht.

Im Rahmen der B. _____-Begutachtung im Juni 2021, mithin drei Jahre nach dem Unfallereignis (vgl. oben Erw. 4.19), konnten sowohl aus orthopädischer Sicht wie auch aus neurologischer Sicht keine unfallkausalen somatischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden. Auch konnte im somatischen Bereich keine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen Integrität als Folge des Unfalles festgestellt werden (Vi-act. 246). Soweit der Beschwerdeführer bezüglich des orthopädischen Teilgutachtens sinngemäss von

einem Gefälligkeitsgutachten spricht, ist darauf hinzuweisen, dass sich das orthopädische Teilgutachten des B._____-Gutachters Dr.med. F.____ in der Schlussfolgerung grundsätzlich nicht vom orthopädischen Teilgutachten des C._____-Gutachters Dr.med. O.____ unterscheidet. Bereits Dr.med. O.____ ging davon aus, dass orthopädischerseits keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Befunde vorlägen. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Vorinstanz ursprünglich eine Begutachtung bei einer anderen Institution (AE._____) vorgesehen hatte (Vi-act. 633). Mit der Begutachtung durch diese Institution erklärte sich der Versicherte allerdings nicht einverstanden (Vi-act. 628), worauf die Vorinstanz am 29. Oktober 2020 das B.____ als neues Begutachtungsinstitut vorschlug (Vi-act. 619). Dem Rechtsvertreter wurde in der Folge mehrere Male eine Fristerstreckung gewährt für die Einreichung einer Stellungnahme dazu bzw. für die Einreichung von Ergänzungsfragen. Nach letztmaliger Fristerstreckung hat die Vorinstanz dann am 1. März 2021 das B.____ mit der Begutachtung des Versicherten beauftragt (Vi-act. 541), ohne dass der Versicherte dagegen in der Folge opponiert hätte. Am 27. April 2021 orientierte die Vorinstanz den Rechtsvertreter des Versicherten über die für die Begutachtung vorgesehenen Ärzte (Vi-act. 481 und 479). Einwendungen gegen die vorgesehenen Gutachter wurden nicht erhoben. Entsprechend sind allfällige Einwendungen gegen die Gutachter im vorliegenden Verfahren verspätet (vgl. Urteil BGer 8C_909/2017 v. 26.6.2018 E. 5.2). Im Übrigen vermögen die unsubstantiierten Verdächtigungen des Beschwerdeführers gegen den orthopädischen Gutachter keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens zu begründen.

Zusammenfassend ist mithin nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz gestützt auf das B.____-Gutachten das Vorliegen von die Arbeitsfähigkeit einschränkenden sowie einen Integritätsschaden begründenden, objektiv nachweisbaren somatischen Unfallfolgen zum Zeitpunkt des Fallabschlusses verneint hat und die fortbestehenden Beschwerden einer psychischen Gesundheitsschädigung zugerechnet hat. Daran vermag der Umstand nichts zu ändern, dass im C.____-Gutachten der orthopädische Gutachter das Vorliegen eines Integritätsschadens in Höhe von 20% bejaht hat. Denn wie bereits erwähnt, konnte vom orthopädischen Gutachter auch damals kein organisch objektiv nachweisbarer Gesundheitsschaden festgestellt werden. Die Vorinstanz hat mithin zu Recht gestützt auf die Vorgaben in BGE 115 V 133 eine Adäquanzprüfung vorgenommen. Es ist dabei unbestritten, dass die fortbestehenden psychischen Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Autounfall stehen.

6.1 Sind die geklagten Beschwerden unfallkausal, nicht aber im Sinne der Rechtsprechung objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Die Schwere des Unfalles bestimmt sich dabei nach dem augenfälligen Geschehensablauf und nicht nach den Kriterien, welche bei der Beurteilung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden. Zu prüfen ist im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Massgebend sind der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften, nicht jedoch Folgen des Unfalles oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Derartigen dem eigentlichen Unfallgeschehen nicht zuzuordnenden Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die - ein eigenes Kriterium bildenden - Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht, aber auch für - unter dem Gesichtspunkt der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls zu prüfende - äussere Umstände, wie eine allfällige Dunkelheit im Unfallzeitpunkt oder Verletzungs- resp. gar Todesfolgen, die der Unfall für andere Personen nach sich zieht. Immerhin können die erlittenen Verletzungen aber Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (Urteil BGer 8C_308/2014 v. 17.10.2014 E. 4.1 m.H.).

Bei banalen oder leichten Unfällen ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs ohne weiteres zu verneinen (BGE 115 V 133 E. 6a). Bei schweren Unfällen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 115 V 133 E. 6b). Bei mittelschweren Unfällen wird zusätzlich unterschieden zwischen im engeren Sinne mittelschweren Unfällen und solchen im Grenzbereich zu den schweren bzw. zu den leichten Ereignissen. Bei mittelschweren Unfällen wird die Adäquanz abhängig gemacht vom Erfüllen der bereits erwähnten Kriterien (BGE 115 V 133 E. 6b).

Der Katalog dieser Kriterien lautet (vgl. BGE 115 V 133 E. 6 c/aa S. 140; Urteil BGer 8C_518/2019 v. 19.2.2020 E. 4.3):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;

- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

Im gesamten mittleren Bereich kann ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb), wobei dies rechtsprechungsgemäss nur mit grosser Zurückhaltung anzunehmen ist (Urteil BGer 8C_131/2021 vom 2.8.2021 E. 6.4.1). Kommt keinem Einzelkriterium besonderes bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist (BGE 115 V 133 E. 6c/bb). Bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn ist die Adäquanz nur dann zu bejahen, wenn mindestens drei der erwähnten Kriterien erfüllt sind (Urteile BGer 8C_518/2019 v. 19.2.2020 E. 4.2; 8C_473/2022 v. 20.1.2023 E. 7.3). Ist das Unfallereignis als mittelschwerer Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen zu qualifizieren, genügt für die Bejahung der Adäquanz bereits das Vorliegen eines einzigen Kriteriums, ohne dass dieses in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein müsste (BGE 115 V 133 E. 6c/bb, Urteil BGer 8C_58/2022 v. 23.5.2022 E. 4.4.1).

6.2 Die Vorinstanz qualifizierte das Unfallereignis vom 24. Juni 2018 als mittelschweres Ereignis im mittleren Bereich. Der Beschwerdeführer macht geltend, es habe sich um einen schweren Unfall oder zumindest um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu einem schweren Unfall gehandelt. Es habe sich eine massive Kollision bei hoher Geschwindigkeit mit ungebremstem Aufprall und Lebensgefahr ereignet. Er sei im schwer beschädigten Auto eingeklemmt gewesen und habe von Dritten befreit werden müssen. Er sei anschliessend mit dem Helikopter ins Spital transportiert worden. Es genüge mithin für die Anerkennung des adäquaten Kausalzusammenhanges, dass eines der Kriterien erfüllt sei.

6.3 Der Unfallvorgang ist vorliegend unbestritten (vgl. Ingress lit. A), wobei beiden beteiligten Fahrzeuglenkern kein Verschulden nachgewiesen bzw. die Unfallursache nicht eindeutig eruiert werden konnte.

Es besteht eine reichhaltige bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Qualifikation von Verkehrsunfällen (vgl. hierzu auch VGE I 2021 50 vom 14.1.2022 E. 7.5.3). Als mittelschwere Unfälle im engeren Sinne werden im Urteil BGer 8C_212/2019 v. 21. August 2019 (E. 4.2.2) exemplarisch folgende Unfälle erwähnt:

Zu erwähnen sind hierzu weitere Ereignisse, bei welchen das Fahrzeug mit der versicherten Person ins Schleudern geriet, von der Strasse abkam, sich über eine Grasböschung seitlich überschlug und auf dem Dach zum Stillstand kam; bei einem Überholmanöver mit ca. 100 km/h abrupt abgebremst wurde, dabei ins Schleudern geriet, gegen einen Strassenwall prallte, sich überschlug und auf der Fahrerseite zu liegen kam; einen Lastwagen beim Überholen touchierte und sich überschlug; von der Strasse abkam und sich überschlug; auf der Autobahn in einer Kurve ins Schleudern geriet, sich überschlug und auf dem Dach liegend zum Stillstand kam; sich bei einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h auf einer Autobahn über eine Mittelleitplanke hinweg überschlug - wobei die versicherte Person hinausgeschleudert wurde - und mit Totalschaden auf der Gegenfahrbahn auf dem Dach zu liegen kam; mit einer Fahrgeschwindigkeit von 110 km/h auf den Fahrstreifen für den Gegenverkehr, dann auf das linksseitige Strassenbankett und schliesslich in den Strassengraben geriet, wobei es sich mehrere Male überschlug; frontal mit einem anderen Personenwagen kollidierte, wobei die Geschwindigkeit des unfallverursachenden Personenwagens 30 bis 40 km/h betrug und diejenige des beteiligten Fahrzeugs auf etwa 70 bis 80 km/h geschätzt wurde; bei einer Fahrgeschwindigkeit von ca. 80 km/h mit einem Drahtgitterzaun abseits der Strasse kollidierte, sich seitlich überschlug und auf dem Dach liegend im angrenzenden Wiesland zum Stillstand kam; mit einer Geschwindigkeit von ca. 90 km/h frontal in einen stehenden Personenwagen prallte; auf der Autobahn mit ca. 130 km/h wegen des Platzens eines Reifens ins Schleudern geriet, sich um die eigene Achse drehte, wobei es einen Schutzzaun durchbrach und anschliessend nach der Überquerung mehrerer Wassergräben auf einem Acker neben der Fahrbahn zum Stehen kam; ungebremst mit etwa 100 km/h in ein mit ca. 80 km/h fahrendes noch ein Abbrems- und Ausweichmanöver einleitendes Auto stiess (vgl. zu Autounfällen allgemein SVR 2013 UV Nr. 3, S. 7, 8C_398/2012 E. 5.2; Urteil 8C_434/2012 vom 21.11.2012 E. 7.2.2 je mit zahlreichen Hinweisen).

Im Weiteren wurden folgende Unfallereignisse als mittelschwer im engeren Sinne qualifiziert: Auffahrunfall auf der Autobahn, als ein Lieferwagen wegen einer Kolonne stark abbremsen musste und ein dahinter fahrender Sattelschlepper heftig ins Heck des Lieferwagens aufprallte (Urteil BGer 8C_738/2020 v. 3.2.2021); Kollision eines PW's auf der Autobahn bei einer Geschwindigkeit von ca. 130 km/h mit dem Heck eines Lieferwagens (Urteil 8C_451/2022 v. 1.12.2022); Kollision auf einer Schnellstrasse in Kroatien mit einem anderen PW, wobei das Auto des Versicherten einen Abhang hinunter geriet und sich mehrmals überschlug; der Versicherte musste von der Feuerwehr aus dem Auto befreit werden (Urteil BGer 8C_598/2020 v. 3.12.2020 E. 9.2.1 und 9.2.2.); Unfall auf der Autobahn mit einem PW bei einer Geschwindigkeit von ca. 115 km/h, wobei das Fahrzeug aus unbekanntem Grund vom Normalstreifen abkam, den Überholstreifen überquerte und auf den linksseitig verlaufenden Grünstreifen geriet, dann zurückschleuderte, den Überhol- und Normalstreifen traversierte, sich überschlug und gegen die ansteigende Böschung prallte. Mit dem Heck stiess das Fahrzeug dann gegen die Betonumrandung eines Kontrollschachtdeckels, wodurch es

zurück auf die Fahrbahn geworfen wurde (Urteil BGer 8C_363/2012 v. 27.6.2012 E. 4.3).

In Berücksichtigung der dargelegten Rechtsprechung ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz das Ereignis vom 24. Juni 2018 als mittelschweren Unfall im engeren Sinne qualifiziert hat. Daran ändert der Umstand nichts, dass der Versicherte mit dem Helikopter ins Spital überführt wurde. Die Schwere des Unfalles ist allein nach dem augenfälligen Geschehensablauf zu bestimmen und nicht nach den Kriterien, die bei der Beurteilung der Adäquanz bei mittelschweren Unfällen Beachtung finden (vgl. Urteil BGer 8C_627/2019 v. 10.3. 2020 E. 5.3.4). Von daher bestimmt sich die Schwere des Unfallereignisses grundsätzlich auch unabhängig von den persönlich erlittenen Verletzungen und unabhängig von der Frage, ob der Versicherte im Auto eingeklemmt worden ist, was vorliegend umstritten ist. Der Umstand, dass eine versicherte Person bei einem Autounfall im Fahrzeug eingeklemmt wird, vermag die Qualifikation eines zu einem schweren Unfallereignis bzw. zu einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen im Übrigen nicht zu rechtfertigen (Urteil BGer 8C_131/2021 v. 2.8.2021 E. 6.2.2 m.H.).

Nach dem Gesagten kann die Adäquanz des Kausalzusammenhanges somit nur dann bejaht werden, wenn eines der relevanten Adäquanzkriterien in besonders ausgeprägter Weise oder mindestens drei dieser Kriterien erfüllt sind.

7.1 Die Vorinstanz anerkennt im Einspracheentscheid, dass das Kriterium der Schwere bzw. besonderen Art der Verletzung erfüllt ist, allerdings nicht in besonders ausgeprägter Weise. Die weiteren Kriterien sind gemäss der Vorinstanz nicht erfüllt.

Der Beschwerdeführer erachtet das Kriterium der Schwere bzw. besonderen Art der Verletzung als in besonders ausgeprägter Weise als erfüllt. Er habe massiv Blut verloren und es habe die Gefahr bestanden, dass er aufgrund der erlittenen Lungenquetschung erstickte. Er habe im Schockraum notbehandelt und danach notoperiert werden müssen. Ein solches Polytrauma mit einem ISS-Wert von 33 sei auf jeden Fall geeignet, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen. Bereits die besonders ausgeprägte Erfüllung dieses Kriteriums genüge für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhanges. Im Übrigen seien insgesamt vier der Kriterien erfüllt. Neben der besonderen Schwere der Verletzung sei das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung erfüllt. Es hätten jährlich bis zu 80 ärztliche Konsultationen stattgefunden. Er sei mehrere Wochen stationär behandelt worden und er sei während Monaten auf einen Rollstuhl angewiesen gewesen. Zudem habe er sich verschiedenen Operationen unterziehen müssen. Des Weiteren sei auch das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen

erfüllt. Er verweist diesbezüglich auf das C._____ -Gutachten. Auch das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung sei erfüllt. Die persistierenden Beschwerden seien aufgrund der Schraubenfehlstellung entstanden. Die Fehlbehandlung habe zu einer Verschlimmerung der Unfallfolgen geführt.

7.2 Beim Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen ist insbesondere deren erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, zu berücksichtigen (Urteile BGer 8C_528/2022 v. 3.5.2022 E. 7.3.1 und 8C_137/2014 v. 5.6.2014 E. 7.2 je m.H.).

Es ist vorliegend unbestritten, dass der Versicherte ein Polytrauma erlitten hat und seine Verletzungen von den Ärzten als schwer eingestuft wurden. Dr.med. W._____ von der erstbehandelnden Universitätsklinik Freiburg spricht im Schreiben vom 4. Juli 2018 von schweren Verletzungen (Vi-act. 2202). Auch im B._____ -Gutachten wird festgehalten, dass der Versicherte ein schweres Polytrauma erlitten habe (Vi-act. 269). Allerdings weist die Vorinstanz korrekt darauf hin, dass der Versicherte gemäss Austrittsbericht des Klinikums Freiburg mit Spontanatmung eingeliefert wurde und die Sauerstoffsättigung bei 100% lag. Es wurde ein geringer Hämatorpneumothorax links festgestellt und bezüglich der Milzlazeration bestand kein Hinweis auf eine aktive Blutung (Vi-act. 2157). Abgesehen von der Beckenfraktur konnten alle Verletzungen konservativ bzw. ohne operative Eingriffe behandelt werden. Auch war der Versicherte bei Austritt aus der Klinik an Gehhilfen mobil, bzw. das rechte Bein durfte voll und das linke Bein teilbelastet werden (Vi-act .2142).

In Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann bei diesem Sachverhalt nicht gesagt werden, dass das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung in besonderer Ausprägung vorliege. So wurde etwa im Urteil 8C_398/2012 vom 6. November 2011 (E. 6.2.3) das zu beurteilende Polytrauma (mit Milzruptur und Mageneinriss, Hämatorpneumothorax beidseits, Rippenserienfraktur links 2-12, Rippenfraktur rechts 4 und 6, Scapulafraktur links, Claviculafraktur links, Contusio cordis mit Pericarderguss) das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung zwar bejaht, das Kriterium liege jedoch nicht in besonderer Ausprägung vor, auch wenn die versicherte Person potentiell lebensgefährliche Verletzungen erlitten habe und während längerer Zeit auf intensivmedizinische Betreuung angewiesen gewesen sei. Ebenso wurde das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzung zwar in folgenden Fällen bejaht, allerdings mit dem Hinweis, dass das Kriterium nicht in besondere Ausprägung vorliege: Polytrauma nach Unfall auf Autobahnauffahrt mit mittelschwerem bis schwerem Schädelhirntrauma, Femurschaftfraktur, Verletzung des Sehnerves, div. Rissquetschwunden im Gesicht,

Lungenkontusion und Unterarmfraktur (Urteil BGer 8C_268/2014 v. 9.9.2014 E. 3.7); Polytrauma nach Motorradunfall mit offener Femurschaftfraktur, Radiustrümmerfraktur, Sehnendurchtrennung bei einem Finger, Läsion der Spinalnerven, diversen Zahnverletzungen (Urteil BGer 8C_518/2019 v. 19.2.2020 E. 4.4.2); Einklemmunfall mit offener Unterschenkelfraktur und anschliessender Amputation des Unterschenkels (Urteil BGer 8C_528/2021 v. 3.5.2022 E. 7.3.1). Hinzuweisen ist zudem auf das bundesgerichtliche Urteil BGer 8C_627/2019 v. 10. März 2020 (E. 5.4.2). Das bei einem Motorradunfall erlittene Polytrauma (mit offener und mehrfragmentärer Femurfraktur, offener und mehrfragmentärer Unterschenkelfraktur, Commotio cerebri, mehreren komplexen Brüchen des Gesichtsschädels und diversen weiteren Verletzungen) wurde nicht als besonders schwer bzw. als besondere Art einer Verletzung qualifiziert, mit welcher das fragliche Kriterium erfüllt wäre. Es wurde zwar anerkannt, dass der Verunfallte erhebliche Verletzungen erlitten habe, inwiefern diese erfahrungsgemäss geeignet sein sollten, psychische Fehlentwicklungen auszulösen, werde jedoch nicht dargelegt (vgl. im Übrigen auch BGE 140 V 356 E. 5.5.1 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Auch vorliegend ist nicht ersichtlich und wird auch nicht dargetan, dass die Verletzungen geeignet wären, eine erhebliche psychische Fehlreaktion auszulösen. Die Verletzungen verheilten grundsätzlich komplikationslos und relevante bleibende somatische Schäden bestehen nicht. Dass das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen in besonders ausgeprägter Weise erfüllt wäre, wurde von der Vorinstanz deshalb zu Recht verneint.

8.1 Umstritten ist des Weiteren, ob das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung erfüllt ist. Der Beschwerdeführer erachtet das Kriterium als erfüllt. Es hätten jährlich bis zu 80 ärztliche Konsultationen stattgefunden. Er sei mehrere Wochen stationär behandelt worden und er sei während Monaten auf einen Rollstuhl angewiesen gewesen. Er habe sich verschiedenen Operationen unterziehen müssen.

Die Vorinstanz widerspricht dem; aus den Austrittsberichten sei nicht ersichtlich, dass der Versicherte längere Zeit auf einen Rollstuhl angewiesen gewesen sei. Solches sei zumindest von keinem Arzt angeordnet worden. Die bloss medikamentösen und manualtherapeutischen Behandlungen sowie Kontrolluntersuchungen seien im Übrigen bei der Beurteilung dieses Kriteriums nicht zu berücksichtigen.

8.2 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung somatischer Beschwerden ist gemäss der Rechtsprechung zu den psychischen

Unfallfolgen nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu beurteilen. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung sowie der Umstand, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gegeben sein. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes, (haus-) ärztliche Verlaufskontrollen sowie medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (Urteil BGer 8C_860/2015 v. 30.6.2016 E. 4.4 m.H.).

Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt allein nicht (Urteile BGer 8C_473/2019 v. 1.1.2019 E. 5.6; 8C_632/2018 v. 10.5.2019 E. 10.3 m.H.). Es ist nochmals festzuhalten, dass die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (BGE 115 V 133 E. 6c; Urteil BGer 8C_488/2017 v. 2.7.2017 E. 6.7 m.H.).

8.3 Bejaht wurde das Kriterium in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung etwa bei einem Unfall, der zahlreiche Operationen, eine jahrelange zahnärztliche Behandlung und fünf stationäre Aufenthalte im Zeitraum von ca. drei Jahren nach sich zog, wobei als erschwerend berücksichtigt wurde, dass sensomotorische Defizite an der rechten unteren Extremität und eine organisch bedingte Sexualstörung verblieben und nicht mehr behandelbar waren (Urteil BGer 8C_518/2019 v. 19.2.2020 E. 4.4.4). Bejaht wurde das Kriterium des Weiteren bei einem Unfall, welcher acht Operationen - wobei bis sieben Jahre nach dem Unfallereignis Operationen erforderlich waren - einen längeren Reha-Aufenthalt, eine Injektionstherapie und langjährige Physiotherapie erforderte (Urteil BGer 8C_137/2014 v. 5.6.2014 E. 7.3). Verneint wurde das Kriterium demgegenüber in folgenden Fällen: bei einem Unfall, der drei Rückenoperationen, fünf Infiltrationsbehandlungen, zwei stationäre Rehabilitationen im Zeitraum von zwei Jahren und diverse nichtinvasive Therapien nach sich zog (Urteil BGer 8C_803/2017 v. 14.6.2018 E. 3.4.1); bei einem Unfall, der vier Operationen, zwei stationäre Aufenthalte, diverse ambulante Gruppen- und Individualtherapien sowie eine langdauernde Medikamenteneinnahme nach sich zog (Urteil BGer 8C729/2012 v.

4.4.2013 E. 8.3), bei einem Unfall, der innert acht Monaten drei Operationen, manualtherapeutische Interventionen und langdauernde Medikation erforderte, wobei angeführt wurde, dass über die Jahre Untersuchungen in verschiedenen Institutionen und diverse Behandlungsansätze versucht wurden, nichts an der Verneinung des Kriteriums ändere (Urteil BGer 8C_627/2020 v. 10.12.2020 E. 4.1.2); bei einem Unfall, der vier operative Eingriffe und einen mehrwöchigen Reha-Aufenthalt sowie diverse Therapieversuche nach sich zog (Urteil BGer 8C_871/2014 v. 24.6.2015 E. 6.2 f.).

8.4 In casu hatte sich der Versicherte nach dem Unfallereignis drei operativen Eingriffen zu unterziehen (Behandlung der Beckenfraktur am Unfalltag, Entfernung des Fixateur externe und Entfernung der Schrauben). Die stationäre Behandlung dauerte vom 24. Juni bis zum 12. Juli 2018. Danach folgten eine dreiwöchige ambulante Reha sowie ein stationärer Aufenthalt in Zurzach (8.1. - 9.2.2019). Im weiteren Verlauf wurden - abgesehen von einer Infiltration - keine invasiven Therapien mehr durchgeführt. Im Rahmen einer zahnärztlichen Untersuchung wurde festgestellt, dass ein Zahn subluxiert (gelockert) war, diesbezüglich wurden allerdings keine operativen Eingriffe durchgeführt und der Zustand besserte sich (vgl. Vi-act. 1895; 1856). Die therapeutischen Massnahmen beschränkten sich in der Folge im Wesentlichen auf (passive) physiotherapeutische und zeitweise chiropraktische Massnahmen, Kinesiologie und logopädische Therapie (vgl. Vi-act. 265, 291, 498), wobei Letztere zumindest aus somatischer Sicht spätestens im Zeitpunkt der C._____ -Begutachtung keinem unfallbedingten Befund mehr zugeordnet werden konnte (vgl. Vi-act. 924). Der Versicherte hat nach dem Austritt aus der Klinik Weissensee für einige Wochen zwar einen Rollstuhl gemietet (Vi-act. 1501), allerdings bestand diesbezüglich keine ärztliche Verordnung. Im Austrittsbericht des Uniklinikums Freiburg vom 10. Juli 2018 wird beschrieben, dass der Versicherte unter physiotherapeutischer Anleitung bei 20 kg Teilbelastung an der linken unteren Extremität und Vollbelastung der rechten unteren Extremität mobilisiert werden konnte und dass die periphere Sensorik, Motorik und Durchblutung allezeit intakt war (Vi-act. 2158). Unter dem Titel "Procedere" wird eine Teilbelastung der linksseitigen unteren Extremität für sechs Wochen vorgeschlagen. Im Austrittsbericht der Park-Klinik-Weissensee vom 12. Juli 2018 wird von Mobilisation an zwei Unterarmstützen berichtet (Vi-act 2143). Im B._____ -Gutachten wird der Verlauf von Behandlung und Rehabilitation aus unfallchirurgischer Sicht als regelrecht qualifiziert (Vi-act. 273). Insgesamt muss aus den Akten zwar geschlossen werden, dass der Versicherte während weniger Wochen einen Rollstuhl für die Fortbewegung zu Hilfe nahm, dass er aber aus medizinischer Sicht seit der Entlassung aus dem Universitätsklinikum in der Lage war, sich mit Unterarmstöcken fortzubewegen. Eine langandauernde

Immobilität ist nicht ausgewiesen. Insgesamt kann in Berücksichtigung der oben erwähnten Rechtsprechung nicht von einer ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung gesprochen werden.

9.1 Umstritten ist des Weiteren, ob das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen erfüllt ist. Die Vorinstanz verneint dies im Einspracheentscheid. Sie hält diesbezüglich fest, die Beschwerden im Bereich des ISG könnten in ihrer Art zwar erklärt, in der empfundenen Intensität und körperlichen Limitierung allerdings nicht fundiert werden. Die als geringer genannten Schmerzen am lumbosakralen Übergang seien zwar fundierbar, sie seien allerdings als unfallunabhängig zu qualifizieren. Es lägen mithin zwar körperlich imponierende, organisch objektiv aber nicht hinreichend nachweisbare Beschwerden vor.

Der Beschwerdeführer erachtet dieses Kriterium unter Hinweis auf das Gutachten der C. _____ Zentralschweiz als erfüllt.

9.2 Bezüglich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen ist massgebend, ob über den gesamten Zeitraum andauernde Beschwerden vorlagen. Die zwar körperlich imponierenden, organisch objektiv jedoch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden haben dabei ausser Acht zu bleiben (Urteile BGer 8C_620/2021 v. 14.1.2022 E. 4.6; 8C_101/2020 v. 9.6.2020 E. 4.2.2.; 8C_632/2018 v. 10.5.2019 E. 10.2 je m.H.). Aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht (Urteil BGer 8C_620/2021 v. 14.1.2022 E. 4.6 m.H.).

9.3 Es ist unbestritten, dass der Versicherte auch viele Monate nach dem Unfallereignis an persistierenden Schmerzen litt. Aus diesem Grunde wurden auch umfassende diagnostische Abklärungen bei verschiedenen Fachärzten durchgeführt. Letztlich blieben die Ursachen für die Schmerzen aus somatischer Sicht aber nicht ganz klar. Entsprechend den Beschwerden wurde in erster Linie ein chronisches iliolumbosakrales Schmerzsyndrom diagnostiziert, wobei sowohl im C. _____ - als auch im B. _____ -Gutachten eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den klinischen Befunden beschrieben wird. Betreffend die Ursache dieses Schmerzsyndroms divergieren die beiden Gutachten voneinander. Im C. _____ -Gutachten wird von einer Kausalität des Unfalles ausgegangen; demgegenüber wird im B. _____ -Gutachten davon ausgegangen, dass die Beschwerden somatisch weit überwiegend als unfallunabhängig einzustufen seien. Im B. _____ -Gutachten wird - anders als im C. _____ -

Gutachten - für den somatischen Bereich das Vorliegen eines somatischen Integritätsschadens verneint.

Insgesamt sind die Schmerzen bestenfalls teilweise somatisch begründet, angesichts der starken psychischen Mitbeteiligung aber keinesfalls in ausgeprägtem Masse. Unter diesen Umständen kann das Kriterium der Dauerbeschwerden allenfalls als erfüllt betrachtet werden, nicht aber in ausgeprägtem Masse.

10.1 Der Beschwerdeführer erachtet des Weiteren das Kriterium der ärztlichen Fehlbehandlung als erfüllt. Aufgrund der Schraubenfehlstellung seien persistierende Schmerzen entstanden. Die Fehlbehandlung habe zu einer Verschlimmerung der Unfallfolgen geführt.

Die Vorinstanz anerkennt, dass aufgrund der nicht optimalen Schraubenlage ein zweiter operativer Eingriff notwendig wurde und die Metallentfernung früher erfolgte, als ursprünglich geplant. Mit der Entfernung der Schrauben sei allerdings eine Verbesserung eingetreten. Zudem stelle die Metallentfernung einen üblichen Eingriff dar, welcher zu einem späteren Zeitpunkt ohnehin hätte durchgeführt werden müssen. Eine ärztliche Fehlbehandlung sei mithin nicht erkennbar.

10.2 Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass die Schrauben - deren Entfernung 6 Monate nach dem Unfallereignis vorgesehen war (vgl. Vi-act. 2203) - bereits am 23. Oktober 2018 wegen anhaltenden ischialgieformen Beschwerden i.S. eines S1-Syndroms entfernt wurden. Vorgängig war im Rahmen einer CT-Untersuchung eine partielle intraforaminale Fehlleitung der linksseitigen Schraube mit Tangierung der rechtsseitigen S1-Wurzel festgestellt worden (Vi-act. 1861, 1860). Die folgenden medizinischen Akten beschreiben eine deutliche Verbesserung der Beschwerden (vgl. Vi-act. 1426). Im Bericht der Universitätsklinik Balgrist vom 10. April 2019 wird von einer "geringgradiger Schraubenfehlage" gesprochen (Vi-act. 1412). Im Rahmen der neurologischen und neurophysiologischen Abklärung am Universitären Wirbelsäulenzentrum Zürich (Balgrist) vom 18. Juli 2019 konnten kein sensibles oder motorisches Ausfallsyndrom S1 und ebenso kein Hinweis für eine periphere Neuropathie festgestellt werden. Wegen schmerzbedingter eingeschränkter Untersuchbarkeit konnte zwar keine sichere Aussage betreffend das Vorliegen einer chronischen neurogenen Schädigung gemacht werden, es liege aber sicherlich kein "schweres neurogenes Umbaumuster" vor. Zusammenfassend wird festgehalten, es lasse sich kein Schaden der S1-Wurzel rechts nachweisen (Vi-act. 1119).

Im C. _____-Gutachten wird demgegenüber der Schluss gezogen, dass mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Vernarbung im Bereich der rechten Nervenwurzel S1 vorliege, welche durch die Intra-foraminal liegende Schraube verursacht

worden sei. Allerdings fehlten senso-motorische Ausfälle und es wird insgesamt attestiert, dass eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den klinischen Befunden bestehe (Vi-act. 943, 925, 923). Im neurologischen Teilgutachten B._____ wiederum wird im Wesentlichen die Einschätzung der neurologischen Abklärung des Universitären Wirbelsäulenzentrums Zürich übernommen (Vi-act. 284). Im Weiteren liegt ein MRI-Befund der LWS und des ISG vom 7. Februar 2022 vor (Vi-act. 172). Dabei wurde u.a. auch die Frage nach einer Nervenirritation durch Metallschrauben gestellt. Im entsprechenden Befund wird (u.a.) eine Bogenschlussanomalie S1 (nicht unfallkausal) mit lokalem Reizzustand und eine Wurzeltaschenzyste S1 links diagnostiziert. Ein Hinweis auf eine durch die Schrauben hervorgerufene Nervenirritation bzw. -Schädigung findet sich nicht.

10.3 Nach dem Gesagten ist grundsätzlich erstellt, dass eine Schraube zu Nervenwurzelirritationen geführt hat und die Schrauben deshalb vorzeitig entfernt wurden. Damit ist allerdings nicht erstellt, dass eine ärztliche Fehlbehandlung vorliegt, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Solches wird in den medizinischen Akten nirgends postuliert (vgl. Urteil BGer 8C_137/2014 v. 5.6.2014 E. 7.5 m.H.). Im CT-Bericht vom 25. September 2018 wird zwar von einer "geringgradigen Schraubenfehlage" der von links eingebrachten Schraube gesprochen (Vi-act. 1845), daraus ergibt sich jedoch noch keine ärztliche Fehlbehandlung mit erheblicher Verschlimmerung der Unfallfolgen, zumal nicht ersichtlich ist und auch nicht geltend gemacht wird, dass die Fehllage vermeidbar gewesen wäre. Die Operation wurde unter regelmässiger Röntgenkontrolle durchgeführt (Vi-act. 2154). Eine durch die Lage der Schraube verursachte bleibende Nervenschädigung konnte zudem zu keinem Zeitpunkt objektiviert werden. Daran ändert der Umstand nichts, dass im C._____-Gutachten eine Vernarbung vermutet wird, zumal die Gutachter des B._____ sowie die behandelnden Ärzte des Universitätsspitals Balgrist solches nicht bestätigen konnten.

Insgesamt kann mithin aus den medizinischen Akten nicht auf eine Fehlbehandlung geschlossen werden, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat.

11.1 Damit ist das Kriterium der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen erfüllt, allerdings nicht in besonders ausgeprägter Art und Weise. Des Weiteren kann das Kriterium der körperlichen Dauerschmerzen allenfalls als erfüllt qualifiziert werden, allerdings keinesfalls in besonders ausgeprägter Art und Weise. Die weiteren geltend gemachten Kriterien sind nicht erfüllt.

Zu Recht unbestritten ist zudem, dass die Kriterien der besonders dramatischen Begleitumstände, des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen sowie des Grades und der Dauer der physischen Arbeitsunfähigkeit nicht erfüllt sind:

11.1.1 Bezüglich des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände hat die Vorinstanz zu Recht erwogen, dass grundsätzlich jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche für eine Bejahung des Kriteriums noch nicht ausreichen kann (Urteile BGer 8C_131/2021 v. 2.8.2021 E. 6.4.2; 8C_66/2021 v. 6.7. 2021 E. 8.2; 8C_488/2017 v. 27.11.2017 E. 6.5 je m.H.). Des Weiteren hat sie korrekt berücksichtigt, dass der Versicherte gemäss Abschlussbericht der Polizei und gestützt auf deren Befragung vom 28. Juni 2018 sich an den Unfall nicht erinnern konnte (Vi-act. 1941) und dass er auch gegenüber der Schadensspezialistin der Vorinstanz anlässlich der Besprechung vom 11. Juli 2018 ausgeführt hat, den Unfallhergang nur noch sehr bruchstückhaft in Erinnerung zu haben. Bei Erinnerungslücken oder bloss getrübt-ter Erinnerung an das Unfallereignis kommt dem Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht die gleiche Bedeutung zu, wie wenn der Unfall voll und ungetrübt erinnerbar ist (Urteile BGer 8C_15/2013 v. 24.5.2013 E. 7.3.1; 8C_721/2011 v. 11.11.2011 E. 5.1: U 502/06 v. 23.4.2007 E. 3.3.1). Daran ändert der Umstand nichts, dass der Versicherte mit dem Helikopter ins Spital transferiert worden ist (Urteil BGer 8C_627/2019 v. 10.3.2020 E. 5.3.4 und 5.4.1). Im Übrigen ergibt auch die umfassende Praxisübersicht im bundesgerichtlichen Urteil 8C_398/2012 v. 6. November 2012 (E. 6.1.1 und 6.1.2), dass vorliegend das Kriterium der besonders dramatischen Begleitumstände zu verneinen ist.

11.1.2 Was das Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen betrifft, darf aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf dazu besonderer Gründe, welche die Genesung beeinträchtigt oder verzögert haben (Urteile BGer 8C_123/2018 v. 18.9.2018 E. 5.2.2.2; 8C_765/2014 v. 9.2.2015 E. 11.6 je m.H.). Bejaht wurde das Kriterium etwa bei einem protrahierten Heilungsverlauf infolge einer Multiplen Sklerose (Urteil BGer 8C_147/2017 E. 5.3). Demgegenüber genügt es nicht, wenn sich der Versicherte innert 18 Monaten fünf Operationen unterziehen musste (Urteil BGer 8C_424/2020 v. 24.9.2020 E. 5.3), dass viele Medikamente und verschiedene Therapien durchgeführt wurden, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine vollständige Arbeitsfähigkeit erreicht werden konnte (Urteil BGer 8C_363/2012 v. 27.6.2012

E. 4.3.5 m.H.) oder dass eine Infektion eingetreten ist (Urteil Ger 8C_638/2012 v. 30.10.2012 E. 4.2.4). Vorliegend hat die erstbehandelnde Klinik bei Austritt einen unauffälligen Verlauf beschrieben. Der Versicherte konnte mobilisiert entlassen werden (Vi-act. 2202 f.). Im Rahmen der Untersuchung in der Hüft-Sprechstunde der Universitätsklinik Balgrist am 25. März 2019 wurde ein unauffälliger Beckenring ohne abgrenzbare Frakturen festgestellt. Das Gangbild war flüssig und hinkfrei (Vi-act. 1426). Auch im Bericht der Wirbelsäulen-Sprechstunde der Universitätsklinik Balgrist vom 6. Juni 2019 wurde festgehalten, dass die Frakturen radiologisch konsolidiert seien (Vi-act. 1312 ff.). Im B. _____-Gutachten wird zum bisherigen Verlauf ausgeführt, dieser sei aus unfallchirurgischer Sicht als regelrecht zu betrachten. Rein somatisch sei die Prognose sehr gut (Vi-act. 273). Insgesamt ist nicht ersichtlich und wird auch nicht geltend gemacht, dass erhebliche Komplikationen eingetreten sind und der Heilungsverlauf aus somatischer Sicht schwierig war.

11.1.3 Das Kriterium "Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit" ist rechtsprechungsgemäss erfüllt bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit während ca. drei Jahren (Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, S. 73 m.H.; Urteil BGer 8C_627/2019 v. 10.3.2020 E. 5.4.5). Keine langandauernde, somatisch bedingte Arbeitsunfähigkeit ist ausgewiesen, wenn zwei Jahre nach dem Unfall eine adaptierte Tätigkeit in somatischer Hinsicht wieder voll zumutbar ist (Urteil BGer 8C_424/2020 v. 24.9.2020 E. 5.3; vgl. auch 8C_627/2019 v. 10.3.2020 E. 5.4.5). Das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bezieht sich dementsprechend nicht allein auf das Leistungsvermögen im angestammten Beruf (Urteile BGer 8C_803/2017 v. 14.6.2018 E. 3.7; 8C_137/2014 v. 5.6.2014 E. 7.7 je m.H.). Vorliegend hat der Versicherte die Arbeitstätigkeit in einer angepassten Funktion im April 2019 im Umfang von 20% aufgenommen und dann kontinuierlich auf 60% gesteigert (ab 1.9.2019). Eine weitere Steigerung der Arbeitstätigkeit fand - soweit aus den Akten ersichtlich - nicht statt. Allerdings wurde der gesundheitliche Verlauf bereits ab Ende 2018 von psychischen Leiden massgeblich mitbestimmt. So beschreibt der Hausarzt bereits im Überweisungsschreiben vom 15. Dezember 2018 an die RehaClinic Zurzach eine ausgeprägte Angststörung sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (Vi-act. 1656). Die nach dem Aufenthalt in der RehaClinic Zurzach aufgenommene Psychotherapie wurde dann zumindest bis zur B. _____-Begutachtung fortgeführt, wobei diesbezüglich keine Berichte erhältlich gemacht werden konnten. Im C. _____-Gutachten von Ende 2019 wird eine relevante psychische Problematik beschrieben. Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht wurde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit verneint und aus neurologischer Sicht wurde eine leichte

Einschränkung (20 - 40%) zwar noch anerkannt, allerdings vor dem Hintergrund, dass nach der damaligen Auffassung der begutachtenden Neurologin der Endzustand noch nicht erreicht sei (vgl. Vi-act. 943). Die B. _____-Gutachter gelangten dann zum Schluss, dass der unfallunabhängige Funktionszustand etwa ein Jahr nach dem Unfall erreicht wurde. Aus somatischer Sicht bestünde seit diesem Zeitpunkt keine wesentliche Beeinträchtigung in der bisherigen Tätigkeit als Business Management Team Leader mehr (Vi-act. 274). Nach dem Gesagten wurde mithin auch das Kriterium des Grades und der Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit zu Recht verneint.

11.2 Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen kann die Adäquanz des Kausalzusammenhangs für die nach dem 1. März 2022 noch geklagten Beschwerden nicht bejaht werden, da höchstens zwei der relevanten Adäquanzkriterien erfüllt sind, allerdings nicht in besonders ausgeprägter Weise. Es ist mithin nicht zu beanstanden, dass die Unfallversicherung eine Leistungspflicht für die im Zeitraum ab dem 1. März 2022 vorhandenen psychischen Schäden verneint hat. Entsprechend besteht auch kein Leistungsanspruch für eine Integritätsentschädigung wegen psychischen Störungen.

12. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Die obsiegende Unfallversicherung hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (BGE 127 V 2015 E. 3a; 126 V 143 E. 4; 112 V 361 E. 6 je m.H.).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

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

Schwyz, 24. April 2023

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: 11. Mai 2023