

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/33 vom 12. Februar 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-02-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2023_33

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/33 du 12 février 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2023/33 del 12 febbraio 2024

Regeste

Art. 6 UVG; Unfallkausalität. Eine Unfallkausalität der rechten Schulterbeschwerden und der Beschwerden in der HWS mit Ausstrahlung in beide Hände ist nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Die erfolgte Leistungsanspruchsverneinung der Beschwerdegegnerin ist rechtmässig. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Februar 2024, UV 2023/33).

Volltext

Entscheid vom 12. Februar 2024 Besetzung Präsidentin Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichterinnen Mirjam Angehrn und Corinne Schambeck; a.o. Gerichtsschreiberin Lea Schneider Geschäftsnr. UV 2023/33 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Stephanie Schwarz, Sigg Schwarz Advokatur, Theaterstrasse 3, Postfach 2336, 8401 Winterthur, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Gipserhandlanger seit November 2018 bei der B.____ AG tätig und dadurch obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 10. März 2020 meldete die Arbeitgeberin der Suva einen Berufsunfall des Versicherten vom 4. März 2020. Der Versicherte sei während der Arbeit auf einem am Boden fixierten Rollgerüst rückwärts gelaufen und dabei gestolpert. Er habe sich mit dem linken Arm am Geländer des Gerüsts gehalten, um einen grösseren Aufprall zu vermeiden und sei mit dem ganzen Körper eingesackt. Als verletzte Körperteile wurden in der Schadenmeldung die linke Schulter (Verrenkung) und der Rücken links (Prellung) angegeben. Seit dem 7. März 2020 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 1; vgl. auch Suva-act. 2). Am 7. März 2020 hatte sich der Versicherte – auf hausärztliche Zuweisung mit Verdacht auf Schulterluxation und Clavicula-Fraktur links – im Spital C.____ vorgestellt. Im dazugehörigen Bericht vom 11. März 2020 hielten die behandelnden Ärzte zur Anamnese fest, der Versicherte sei am 5. (korrekt: 4.) März 2020 bei der Arbeit als Gipser nach hinten von einem Rollgerüst auf den flektierten, halbangelegten linken Arm gefallen. Am 6. März 2020 habe er eine Schwellung über dem Acromioclaviculargelenk (ACG) links bemerkt. In ihrer Beurteilung hielten sie fest, aufgrund der klinischen und konventionell-radiologischen Untersuchungen hätten sie eine Luxation der Schulter links und eine Fraktur der Clavicula links ausgeschlossen. Entgegen dieser Beurteilung hielten sie als Diagnose eine AC-Luxation links vom 5. (korrekt: 4.) März 2020 fest (Suva-act. 3; vgl. auch Suva-act. 30). Mit Schreiben vom 12. März 2020 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie für die Folgen des Berufsunfalls vom 4. März

2020 Versicherungsleistungen erbringen werde (Suva-act. 5). Wegen des Verdachts auf eine Radikulopathie Cervikal und der Differentialdiagnose einer Plexusläsion Arm links wurde am 1. April 2020 im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) eine Magnetresonanztomographie (MRT) der Wirbelsäule und des Plexus cervicobrachialis links durchgeführt, welche im Wesentlichen eine links akzentuierte Diskushernie HWK6/7 mit komprimierender Spinalkanalstenose und links foraminale Kompression C6 ohne Myelopathie erkennen liess (Suva-act. 31). Auf hausärztliche Zuweisung konsultierte der Versicherte am 9. April 2020 Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, Klinik E.____. Als Befund erhob dieser insbesondere weiterhin Hypästhesien und Missempfindungen in der linken Hand sowie einen deutlich engen Wirbelkanal (Suva-act. 27). Dr. D.____ folgerte, die beschriebenen Beschwerden könnten durch die Bildgebung erklärt werden. Bis auf den unsicheren Blindgang habe der Versicherte eigentlich keine gefährlichen Zeichen (nachgereichte letzte Seite des Berichts vom 9. April 2020, Suva-act. 43). Aufgrund stark rezidivierender Schulterschmerzen rechts wurde beim Versicherten am 14. Juli 2020 eine MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks durchgeführt. Diese zeigte im Wesentlichen eine partielle bursaseitige und intratendinöse Ruptur der ventralen Supraspinatussehne, eine Bursitis subdeltoidea/subakromialis, eine moderate aktivierte ACG-Aarthrose sowie eine Tendopathie der proximalen langen Bicepssehne (Suva-act. 29). Auf Zuweisung des Hausarztes suchte der Versicherte am 25. August 2020 – zur Beurteilung der aktuell persistierenden rechtsseitigen Schulterschmerzen – Dr. med. F.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Spital C.____, auf. In ihrem Sprechstundenbericht vom 7. September 2020 hielt Dr. F.____ fest, der Versicherte habe relativ durcheinander die Symptome der linken Schulter, der rechten Schulter sowie beider Hände beschrieben und habe wiederholt darauf hingewiesen, dass alle diese Symptome erst seit dem Unfall bestehen würden. Er klagte über Schmerzen an der rechten Schulter. Dr. F.____ hielt folgende Diagnosen fest: 1. Schulterschmerzen rechts bei einer Tendinopathie der langen Bicepssehne (LBS), subacromialem Impingement und bursaseitiger Partialläsion des Supraspinatus (SSP) sowie ausgeprägter Tendinose des Subscapularis (SSC); 2. Diffuse Sensibilitätsstörungen Hand beidseitig, links deutlich mehr als rechts mit elektrisierenden Phänomenen; 3. Status nach ACG-Luxation links im Rahmen eines Unfalls am 7. (korrekt: 4.) März 2020 (Suva-act. 18). Auf Zuweisung von Dr. F.____ stellte sich der Versicherte am 25. September 2020 bei Dr. med. G.____, Fachärztin für Neurologie, vor. Im gleichentags verfassten Bericht hielt Dr. G.____ fest, die Elektroneuromyographie (EMNG) vom 25. September 2020 habe im Wesentlichen eine schwere distale Demyelinisierung motorischer N. medianus-Fasern links auf Höhe des Handgelenks links ergeben, im Sinne eines schweren Karpaltunnelsyndroms links. Rechts sei der Befund unauffällig gewesen. Darüber hinaus lasse sich angesichts der MRT-radiologisch bildgebend erfassten Befunde vom 1. April 2020 mit komprimierender Spinalkanalstenose ohne Myelopathie und links foraminale Kompression der C6-Nervenwurzel eine unauffällige motorische Radialis-Neurographie ableiten (Suva-act. 26). Im Sprechstundenbericht vom 6. Januar 2021 zur Untersuchung vom 4. Januar 2021 hielt Dr. F.____ im Wesentlichen fest, es habe sich hinsichtlich der Untersuchung bei Dr. G.____ (vgl. A.h) neben verschiedenen Befunden bei komplexer Gesamtgeschichte sehr auffallend ein ausgeprägtes Karpaltunnelsyndrom links gezeigt. Im Bereich der rechten Schulter seien die Beschwerden wieder wie zuvor. Der Versicherte sei in seiner Beweglichkeit schmerzhaft eingeschränkt. Seitens der Wirbelsäulensituation werde sodann eine weitere Untersuchung im KSSG erfolgen (Suva-act. 20). Im

Arztzeugnis UVG vom 14. Januar 2021 gab dipl. med. H.____, Medbase I.____, eine Erstbehandlung am 7. März 2020 an. Der Versicherte habe bezüglich des Unfallhergangs angegeben, bei der Arbeit auf beide Schultern gestürzt zu sein. Betreffend die Frage, ob es besondere Umstände gebe, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten, wurde eine chronische Lumboischialgie aufgeführt (Suva-act. 34). Mit Bericht vom 19. Februar 2021 informierte Dr. F.____ über die überblickende Untersuchung der rechten Schulter des Versicherten vom 16. Februar 2021. Es hätten sich ein negatives Impingement-Zeichen, keine Druckdolenz über den Triggerpunkten, jedoch ein deutlicher und extrem starker Schmerz über dem Sulcus bicipitalis gezeigt. Im Bereich der linken Schulter beständen keine wesentlichen Schmerzen bei der Armbewegung, die Schmerzen in der Schulter würden ausschliesslich durch Halswirbelsäulen (HWS)-Bewegungen provoziert und dann in den ganzen Arm ausstrahlen (Suva-act. 38). Im Bericht vom 17. Februar 2021 zuhanden von Dr. F.____ zur Untersuchung vom 16. Februar 2021 diagnostizierten Dr. med. J.____, Facharzt für Gehirn- und Nerven Chirurgie (Neurochirurgie), und der behandelnde Assistenzarzt, Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG, Team Wirbelsäule, eine Myelopathie bei linksbetonter, subtotaler Spinalkanalstenose bei mehrsegmentaler Degeneration und linksforaminaler Kompression der C6 Wurzel sowie einen Status nach ACG-Luxation links infolge des Unfalls vom 7. (korrekt: 4.) März 2020 (Suva-act. 39). Mit Bericht vom 23. Februar 2021 zur am gleichen Tag erfolgten Untersuchung hielten Dr. J.____ und der behandelnde Assistenzarzt hinsichtlich der Computertomographie (CT) der Wirbelsäule fest: "Geringe bis moderate degenerative Veränderungen der oberen Halswirbelsäule mit Verkalkungen nuchal HWK5/6 und prominente Spondylophyten am HWK5. Korrespondierend zum MRT der Halswirbelsäule vom 1. April 2020, geringe osteodiskoligamentäre neuroforaminale Stenose für C6 links" (Suva-act. 40). Am 9. März 2021 nahm der Suva-Versicherungsmediziner Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Stellung zum Fall des Versicherten. Er führte im Wesentlichen aus, es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Schulterreckgelenksverletzung Rockwood Typ II durch den Unfall vom 4. März 2020 verursacht worden. Von einem stabilen Zustand sei betreffend dieser Ereignisfolge vom 4. März 2020 bereits drei bis vier Monate nach dem Ereignis auszugehen. Die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 4. März 2020 zurückzuführen. Es beständen zudem keine primäre Verletzung der rechten Schulter, keine primäre Beschwerdesymptomatik oder objektivierbare Verletzungszeichen. Die Befunde würden diesbezüglich einer Impingementkonstellation mit degenerativen tendinopathischen Veränderungen mit/bei einer AC-Arthrose entsprechen. Auch die Beschwerden an den Händen seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 4. März 2020 zurückzuführen (Suva-act. 42). Mit Schreiben vom 9. März 2021 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie – aufgrund der kreisärztlichen Beurteilung – davon ausgehe, dass kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 4. März 2020 und den Beschwerden des Versicherten an der rechten Schulter sowie an der HWS mit Auswirkungen in beide Hände bestehen würde. Sie erbringe deshalb keine Versicherungsleistungen für diese Beschwerden. Hinsichtlich der linken Schulter sei die Suva weiterhin leistungspflichtig. Die Behandlungen diesbezüglich seien abgeschlossen (Suva-act. 45). Auf Ersuchen der Suva nahm Dr. K.____ am 23. März 2021 erneut Stellung zum Fall des Versicherten. Er legte im Wesentlichen dar, an seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 9. März 2021 (vgl. A.n) sei festzuhalten.

Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe der Versicherte am 4. März 2020 lediglich eine Verletzung des Schultergelenks links mit einer hierzu passend beschriebenen lokalen Druckdolenz über dem ACG erlitten. Die anschliessend sekundär ausgeweitete Beschwerdesymptomatik der rechten Schulter sowie beider Hände mit einem diagnostizierten Karpaltunnelsyndrom links, sowie eine Myelopathie seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 4. März 2020 zurückzuführen. Entsprechend den primären Angaben zum Sachverhalt habe das Unfallereignis weder die rechte Schulter noch die Hände und auch nicht die HWS betroffen. Im Hinblick auf die rechte Schulter komme in der MRT Arthrographie vom 14. Juli 2020 vielmehr eine Impingementkonstellation mit degenerativen, tendinopathischen Veränderungen mit/bei einer AC-Arthrose zur Darstellung. Die operativ geplante neurochirurgische Dekompression im Mai 2021 sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 4. März 2020 zurückzuführen. Dr. K. ___ folgerte, die Fortsetzung der Arbeitstätigkeit – ohne dementsprechende Verletzungsnachweise und ohne zeitechte akute neurologische Defizite – widerspreche einer Traumafolge und entspreche vielmehr einem natürlich-progredienten Krankheitsbild (Suva-act. 50). Ein MRT der Wirbelsäule vom 29. April 2021 ergab weiterhin im Wesentlichen eine hochgradige Spinalkanalstenose HWK5/6 mit Kompression und beginnender Myelopathie des zervikalen Myelons sowie eine hochgradige neuroforaminale Stenose HWK5/6 links mit Kompression der Nervenwurzel C6 links, eine persistierende relative Spinalkanalstenose HWK3-5 und Neuroforamenstenose HWK6/7 links, hier jeweils ohne eindeutige Neurokompression (Suva-act. 93). Am 3. Mai 2021 wurde beim Versicherten im KSSG – wegen zervikaler Myelopathie bei hochgradiger Spinalkanalstenose C5/6 – eine ACDF C5/6- und Open door-Laminoplastie C4/5 durchgeführt (Suva-act. 59). Eine weitere MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks vom 7. Dezember 2021 zeigte eine Bursitis subacromialis, eine progrediente Partialruptur der Supraspinatussehne und eine zunehmende Tendinose der langen Bicepssehne proximal (Suva-act. 73). Am 4. Februar 2022 führte Dr. F. ___ beim Versicherten eine Schulterarthroskopie rechts mit einer Intervallresektion, einer LBS-Tenodese, einem Anfrischen des Footprints und der Sehne des anterioren Supraspinatus und einer Refixation des Supraspinatusvorderrandes (einmal Fastak), einer Bursektomie und einer Acromioplastik sowie einer Resektion der beiden Acromionfragmente anterior und antero-lateral durch (Suva-act. 78 und 79). In seinem Schreiben an die Rechtsvertreterin des Versicherten, lic. iur. Stephanie Schwarz, Winterthur, vom 5. Januar 2022 führte Dr. J. ___ im Wesentlichen aus, die erste MRT-Bildgebung sei am 1. April 2020 erfolgt. Der Versicherte habe zwischen HWK3 bis HWK6 einen angeborenen, eng angelegten Spinalkanal präsentiert mit zusätzlicher Bandscheibenvorwölbung zwischen HWK5 und HWK6. Aufgrund des eng angelegten Spinalkanals könnten bereits geringgradige Bandscheibenvorwölbungen bzw. ein Höhenverlust der Bandscheibe zu einer relevanten Spinalkanalstenose führen. Der Versicherte habe in der Erstvorstellung in seiner Sprechstunde klinische Myelopathiezeichen gezeigt. Im MRT vom 29. April 2021 (vgl. A.q) habe sich eine offensichtliche Signalalteration gezeigt. Dies werde auch so vom Radiologen beschrieben. Da der Versicherte vor dem Unfall noch keine Symptome gehabt habe, sehe er die Kausalität als gegeben an (Suva-act. 83). Aufgrund der neu hinzugekommenen Akten nahm Dr. K. ___ am 15. September 2022 erneut Stellung zum Fall des Versicherten. Er führte im Wesentlichen aus, an der ausführlich begründeten Stellungnahme vom 23. März 2021 sei festzuhalten. Die nachgängigen Berichte – insbesondere das rechtsanwaltliche Schreiben

vom 24. März 2022 (Suva-act. 83-1 f.) und die Stellungnahme von Dr. J.____ des KSSG vom 5. Januar 2022 (Suva-act. 83-3 f.) – würden zu keiner Änderung seiner Beurteilung führen. Im Wesentlichen legte Dr. K.____ dar, Dr. J.____ habe wiederholt von einer "zervikalen Myelopathie" bei einem ursächlich bereits "angeborenen eng angelegten Spinalkanal" gesprochen. Auch im hausärztlichen Arztzeugnis von Dr. H.____ vom 14. Januar 2021 seien als Vorzustand bereits "chronische Lumboischialgie(n)" angegeben worden. Zusammenfassend stellte Dr. K.____ fest, nach dem Symptom- und Behandlungsverlauf, den klinischen und bildgebenden sowie operativen Befunden, seien beim Ereignis vom 4. März 2020 keine unfallkausalen strukturellen Schädigungen des Rückens/Myelons und der rechten Schulter im konkreten Einzelfall, mit einer mindestens überwiegenden Wahrscheinlichkeit, eingetreten (Suva-act. 98). Mit Verfügung vom 7. Oktober 2022 teilte die Suva mit, es werde an der Stellungnahme vom 9. März 2021 festgehalten. Aufgrund der Beurteilung von Dr. K.____ bestehe kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 4. März 2020 und den Beschwerden an der rechten Schulter sowie an der HWS mit Auswirkungen in beide Hände. Die Suva erbringe aufgrund dieser Situation keine Versicherungsleistungen. Hinsichtlich der linken Schulter bestehe weiterhin eine Leistungspflicht (Suva-act. 101). Mit Einsprache vom 7. November 2022 beantragte Rechtsanwältin Schwarz, die Verfügung der Suva vom 7. Oktober 2022 sei zu ändern, soweit dem Versicherten bezüglich der rechten Schulter und der HWS mit Auswirkungen auf beide Hände Leistungen verweigert würden. Es seien dem Versicherten auch für diese Beschwerdebereiche Leistungen der Unfallversicherung zuzusprechen. Es sei im Rahmen des Einspracheverfahrens die Frage des Vorliegens des Kausalzusammenhangs und der Auswirkungen des Ereignisses auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten gutachterlich abzuklären (Suva-act. 104). Im Bericht vom 21. November 2022 zuhanden des Hausarztes des Versicherten über eine Untersuchung vom 8. November 2022 führte Dr. J.____ im Wesentlichen aus, die beschriebenen brennenden Schmerzen entlang der Schultern und Arme des Versicherten würden sich teilweise durch die Anschlusssegmentdegeneration C6/7 erklären lassen (Suva-act. 110). Mit Einspracheergänzung vom 26. Januar 2023 reichte Rechtsanwältin Schwarz den in Aussicht gestellten Arztbericht des KSSG von Dr. J.____ vom 25. Januar 2023 (vgl. Suva-act. 117) ein. Aus diesem Bericht gehe zwar hervor, dass die MRT-Ergebnisse bereits vor dem Unfall bestandene Einengungen im Rückenmarksbereich zeigen würden. Gemäss den behandelnden Ärzten sei es aber mit grösster Wahrscheinlichkeit anlässlich des Unfalls zu einer Traumatisierung des vorbestehend engen Rückenmarks gekommen. Hierfür spreche die Beschwerdesymptomatik mit initialen elektrisierenden Phänomenen und Ausstrahlungen in den Schulter-/Nackengürtel unmittelbar nach dem Trauma (Suva-act. 116). Aufgrund der Einspracheergänzung von Rechtsanwältin Schwarz vom 26. Januar 2023 (Suva-act. 116), den medizinischen Verlaufsberichten des KSSG vom 21. November (Suva-act. 110) und 16. Dezember 2022 (Suva-act. 113) sowie der zweiten Stellungnahme von Dr. J.____ vom 25. Januar 2023 (Suva-act. 117) bat die Suva Dr. K.____ erneut um Stellungnahme zum Fall des Versicherten. Dr. K.____ legte am 10. März 2023 dar, er halte an seinen Stellungnahmen vom 23. März 2021 und 15. September 2022 fest. Aus den Verlaufsberichten des KSSG vom 21. November und 16. Dezember 2022, einschliesslich der rechtsanwaltlichen Einspracheergänzung vom 26. Januar 2023 und der Stellungnahme von Herrn Dr. J.____ vom 25. Januar 2023, ergebe sich kein derartig abweichender neuer inhaltlicher medizinischer Erkenntnisstand, welcher zu einer Änderung seiner Vorbeurteilungen führen könne (Suva-act. 119). Mit Einspracheentscheid vom 18. April 2023 wies die Suva die

Einsprache ab (Suva-act. 122). Am 15. Mai 2023 reichte der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Schwarz, Beschwerde ein und beantragte, der Einspracheentscheid der Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 18. April 2023 und die Verfügung vom 7. Oktober 2022 seien aufzuheben und ihm seien die gesetzlichen Leistungen bezüglich der unfallbedingten Beschwerden des Ereignisses vom 4. März 2020 auch an der rechten Schulter und der HWS mit Auswirkungen in beide Hände zu erbringen; insbesondere inklusive Leistungsübernahme der Heilbehandlungen und Operation vom 3. Mai 2021 im KSSG. Eventualiter seien der Einspracheentscheid und die Verfügung aufzuheben und die Sache zur medizinischen Begutachtung und anschliessend neuen Entscheid über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1). Am 15. Juni 2023 reichte Rechtsanwältin Schwarz im Rahmen einer Beschwerdeergänzung (act. G 3) einen Bericht von Dr. med. L.____, Chefarzt Rückenmedizin und Orthopädie, Schweizer Paraplegiker Zentrum, Nottwil, vom 13. Juni 2023 ein (act. G 3.1). Dr. L.____ führte im Wesentlichen aus, es seien neu zunehmend Nacken- aber auch Kopfschmerzen aufgetreten. Er nahm auf ein MRT-Untersuchungsergebnis vom 23. September 2022 Bezug und hielt fest, es zeige sich ein Status nach ACDF C5/6 und Laminoplastie C4/5. Ausserdem führte er aus, der Versicherte habe sich in seiner Sprechstunde mit einem subtilen komplexen Beschwerdebild gezeigt. Vieles scheine wohl erst nach der Operation im Mai 2021 entstanden zu sein. Die eingeschränkte Gehfähigkeit, die Reflexsteigerung, aber auch die Missempfindungen seien durchaus in Verbindung zu bringen mit der deutlich sichtbaren Spinalkanalstenose C5/6. Diese sei zum Zeitpunkt des Eingriffs im Mai 2021 noch nicht vorhanden gewesen. Andererseits beschreibe der Versicherte viele Beschwerden, welche direkt in der Folge des Eingriffs vom Mai 2021 entstanden seien. Diese könnten daher nicht im Zusammenhang mit der Spinalkanalstenose C5/6 stehen (act. G 3.1). Rechtsanwältin Schwarz führte in ihrer Beschwerdeergänzung aus, die von Dr. L.____ festgehaltenen Beschwerden seien zumindest als Teilursache auf den Unfall zurückzuführen (act. G 3). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Juli 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei und der Einspracheentscheid vom 18. April 2023 sei zu bestätigen (act. G 5). Mit Schreiben vom 29. September 2023 beantragte der Beschwerdeführer eine weitere Fristerstreckung zur Einreichung der Replik und eine informelle Sistierung bis zum Eingang aktueller medizinischer Untersuchungsergebnisse (act. G 9). Das Gericht gewährte mit Schreiben vom 3. Oktober 2023 eine Fristerstreckung für die Einreichung der Replik bis am 2. November 2023 (act. G 10). Mit Replik vom 31. Oktober 2023 hielt der Beschwerdeführer an den beschwerdeweise gestellten Anträgen sowie an seinen bisherigen Ausführungen fest (act. G 11). Zusammen mit der Replik reichte er unter anderem eine Rückfallmeldung vom 14. Juli 2023 an die Beschwerdegegnerin ein (act. G 11.1). Mit einer weiteren Eingabe vom 21. November 2023 (act. G 13) liess der Beschwerdeführer dem Gericht überdies den Bericht des Neurozentrums M.____ vom 14. November 2023 zukommen (act. G 13.2). Im Schreiben vom 21. November 2023 stellte die Beschwerdegegnerin weiterhin den Antrag auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, und beantragte neu die Abweisung des Sistierungsgesuchs des Beschwerdeführers. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer umfassenden Duplik und beschränkte sich darauf, zu einigen wesentlichen Punkten Stellung zu nehmen (act. G 14). Mit formloser Mitteilung vom 23. November 2023 lehnte das Gericht das Sistierungsbegehren des Beschwerdeführers ab (act. G 15). Auf die detaillierten

Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit entscheidend, in den nachfolgenden Erwägungen vertieft eingegangen. Erwägungen hinsichtlich der linken Schulter stellte die Beschwerdegegnerin in der dem Einspracheentscheid vom 18. April 2023 zugrundeliegenden Verfügung vom 7. Oktober 2022 fest, es bestehe weiterhin eine Leistungspflicht von ihrer Seite. Die Behandlungen diesbezüglich seien indessen abgeschlossen. Der Beschwerdeführer hat in seiner Einsprache vom 7. November 2022 (Suva-act. 104) – und auch im vorliegenden Beschwerdeverfahren – den Fallabschluss in dieser Hinsicht zu Recht nicht beanstandet (vgl. dazu die nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. K. ___ in Suva-act. 50-6).

Vorliegend strittig und zu prüfen ist hingegen die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Heilbehandlungen und Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit den Beschwerden an der rechten Schulter und der HWS mit Auswirkungen in beide Hände, insbesondere bezüglich der Operationen vom 3. Mai 2021 (HWS) und 4. Februar 2022 (rechte Schulter). Dabei ist zwischen den Parteien im Wesentlichen die Unfallkausalität dieser Beschwerden umstritten. Die versicherte Person hat – bei Vorliegen eines Unfalls (vgl. dazu Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) – Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]), und überdies – bei Vorliegen einer vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit (vgl. dazu Art. 6 ATSG) – auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (vgl. Art. 6 Abs. 1 UVG; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Expertinnen und Experten angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 65 f. und N 74 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 54 f. und 58). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinne von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 134 V 111 E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb, je mit Hinweisen; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45; BSK UVG-Hofer, N 80 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 58 f.). Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Der Versicherungsträger – bzw. im Beschwerdefall das Gericht – hat demnach die Untersuchungen so lange weiterzuführen, bis die Akten vollständig sind, d. h. bis die inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen, welche an

die einzelnen Beweismittel gestellt werden, erfüllt sind (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 29 zu Art. 43 ATSG mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Die Richterin und der Richter haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 221 f. E. 6). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d. h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden. Auf deren Ergebnis kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. In diesem Fall sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (betreffend die internen Ärzte siehe BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.6 f.; in Bezug auf die beratenden Ärzte siehe Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2018, 8C_281/2018, E. 3.2.2 mit Hinweisen). Reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1). Die Beschwerdegegnerin anerkannte mit Schreiben vom 12. März 2023 (Suva-act. 5) zu Recht, dass der Beschwerdeführer am 4. März 2020 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG mit einer schädigenden Einwirkung auf den Körper erlitten hatte und erbrachte entsprechend – zumindest vorläufig – die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Mit Verfügung vom 7. Oktober 2022 (Suva-act. 101) bzw. Einspracheentscheid vom 18. April 2023 (Suva-act. 122) hat die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht für die Beschwerden an der rechten Schulter und der HWS mit Auswirkungen auf beide Hände verneint, da – gestützt auf die Beurteilung von Dr. K. ___ – kein sicherer oder wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen diesen und dem Ereignis vom 4. März 2020 bestehen würde. Der Beschwerdeführer macht jedoch auch in dieser Hinsicht einen Anspruch auf Versicherungsleistungen geltend. Insbesondere erhebt er Anspruch auf die Kostenübernahme der Operation vom 3. Mai 2021 (vgl. act. G 1). Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der untersuchenden Person und den Angaben der Patientin bzw. des

Patienten unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit – wissenschaftlich anerkannten – apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2015, 8C_139/2015, E. 4.1.1 mit Hinweisen). Die MRT Arthrographie der rechten Schulter vom 14. Juli 2020 zeigte eine partielle bursaseitige und intratendinöse Ruptur der ventralen Supraspinatussehne, eine Bursitis subdeltoidea/subacromialis, eine moderate aktivierte ACG-Arthrose und eine Tendopathie der proximalen langen Bicepssehne (Suva-act. 29). Als primäre, unmittelbare Unfallfolge kommt vorliegend einzig die Ruptur der Supraspinatussehne in Betracht. Die Bursitis, die ACG-Arthrose und die Tendopathie der langen Bicepssehne können hingegen aufgrund ihres Entstehungsmechanismus keine primäre bzw. unmittelbare Unfallfolge darstellen, da sie höchstens sekundär – als Folge einer Primärverletzung wie z. B. eines Bruchs oder der vorliegend im Raum stehenden Sehnenruptur – über die Zeit hinweg entstehen (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 269. Aufl. 2023, S. 140 f., S. 285, S. 1529 und S. 1731; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 134, S. 280, S. 1808; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 728). Demnach ist zunächst die Unfallkausalität der Supraspinatussehnenruptur zu prüfen. Mit Blick auf die abweichenden Angaben zum Unfallhergang erscheint es bereits fraglich, ob die rechte Schulter vom Unfallereignis überhaupt betroffen bzw. dieses geeignet war, zu einer Sehnenruptur zu führen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass den unfallnah erfolgten, Ereignisschilderungen in der Schadenmeldung vom 10. März 2020 (Suva-act. 1) und dem Bericht zur Notfallkonsultation vom 7. März 2020 im Spital C.____ (Suva-act. 3), welche keine Beteiligung des rechten Arms bzw. der rechten Schulter beschreiben, in Anwendung der Beweismaxime der Aussage der ersten Stunde grundsätzlich höherer Beweiswert zuzumessen sind, als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 15. April 2021, 8C_86/2021, E. 5.1). Mithin ist eine Beteiligung der rechten Schulter nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Daran vermag auch das Arztzeugnis UVG vom 14. Januar 2021 von Dr. H.____ betreffend die Erstbehandlung vom 7. März 2020 (Suva-act. 34), in welchem ein "Sturz bei der Arbeit auf beide Schultern" festgehalten wird, nichts zu ändern, zumal sich auch aus den darin festgehaltenen Diagnosen und Befunden keine Hinweise auf eine entsprechende Beteiligung ergeben. Da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung dem Unfallhergang bei der Kausalitätsbeurteilung aber ohnehin keine übergeordnete Bedeutung zukommen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2021, 8C_167/2021, E. 4.1), können weitere Abklärungen dazu unterbleiben und ist nachfolgend eine umfassende Kausalitätsprüfung vorzunehmen. Zunächst kann festgehalten werden, dass keine Bildgebungen aus der Zeit vor dem Unfallereignis vom 4. März 2020 vorliegen, welche allenfalls einen Rückschluss auf die Ursache der rechtsseitigen Supraspinatussehnenruptur zulassen würden. Ein bedeutendes Indiz bei der Kausalitätsbeurteilung ist sodann der zeitliche Ablauf bzw. der Beschwerdeverlauf. So erscheint es – wie auch von der Beschwerdegegnerin (Suva-act. 122) und von Dr. K.____ (Suva-act. 119-3) korrekt ausgeführt – nachvollziehbar, dass eine beim Unfall erlittene Verletzung im Regelfall unmittelbar zu Schmerzen führt und im Anschluss an den Unfall oder zumindest unfallnah auch wahrgenommen und im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung beschrieben wird.

Nachfolgend schliesst der Heilungsprozess an, was bei einem normalen Verlauf zu einer stetigen Beschwerdeabnahme führt (vgl. Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. November 2022, UV 2021/74, E. 3.2, und vom 5. April 2022, UV 2021/54, E. 4.7.4). Aus diesem Grund hat das Bundesgericht – wenn auch im Zusammenhang mit Spätfolgen und Rückfällen – festgehalten, dass die Anforderungen an den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Grad der Wahrscheinlichkeit strenger sind, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Eintritt bzw. der Objektivierung einer Schädigung ist (RKUV 1997 Nr. U 275 S. 191 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2008, 8C_102/2008, E. 2.2). Im Umkehrschluss ist daraus abzuleiten, dass das verzögerte Auftreten von Beschwerden grundsätzlich gegen eine Unfallkausalität derselben spricht. Dieser Grundsatz ist insbesondere in denjenigen Fällen zu beachten, in denen nach einer längeren Latenzzeit radiologisch nur Befunde erhoben werden konnten, welche verschiedene Ursachen – traumatische, degenerative oder krankhafte – haben können, wie dies auch bei der vorliegend im Raum stehenden Supraspinatussehnenruptur der Fall ist (vgl. Hinweise in E. 5.1). Dr. K. ___ wies in seiner Beurteilung vom 23. März 2021 (Suva-act. 50-6) zu Recht darauf hin, dass nach dem Unfallereignis, insbesondere anlässlich der Notfallkonsultation im Spital C. ___ am 7. März 2020 (Suva-act. 3), keine äusseren Verletzungszeichen an der rechten Schulter festgestellt werden können. Auch eine Funktionseinschränkung der rechten Schulter wurde unmittelbar nach dem Unfallereignis ausgeschlossen (vgl. dazu den Bericht zur Notfallkonsultation vom 7. März 2020 im Spital C. ___ [Suva-act. 3-3]: "Arme beidseits frei beweglich in alle Richtungen"). Eine solche Funktionseinschränkung, z. B. im Sinne einer Pseudoparalyse, wäre jedoch – wie Dr. K. ___ in seiner Beurteilung vom 15. September 2022 überzeugend ausführte (Suva-act. 98-7) – bei einer traumatischen Sehnenruptur zu erwarten gewesen (vgl. dazu auch Alexandre Lädermann et al., Revidierte Unterscheidungskriterien, Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, in: Schweizerisches Medizin-Forum 2019 [1516], S. 263; Debrunner, a. a. O., S. 728 f.; Psyhrembel, a. a. O., S. 1276; Roche Lexikon, a. a. O., S. 1598). Auch in der Verordnung zur Physiotherapie vom 12. März 2020 von Dr. N. ___ (Suva-act. 8) werden – im Gegensatz zur linken – keine Beschwerden oder Diagnosen hinsichtlich der rechten Schulter erwähnt. Eine Schulterproblematik rechts – im Sinne eines "Schulterimpingement" – geht erstmals aus der Verordnung zur Physiotherapie von Dr. N. ___ vom 8. Mai 2020 (Suva-act. 17), mithin rund zwei Monate nach dem fraglichen Unfallereignis, hervor. Eine bildgebende Untersuchung (MRT Arthrographie) der rechten Schulter erfolgte sodann erst am 14. Juli 2020, auch wenn im dazugehörigen Bericht als Indikation "starke rezidivierende Schulterschmerzen rechts seit dem Unfallsturz am 4. März 2020" festgehalten wurden (Suva-act. 29). Seit wann der Beschwerdeführer an Schulterbeschwerden rechts litt bzw. wann er sich deswegen erstmals bei einem Arzt/einer Ärztin vorgestellt hat, ist aufgrund der vorliegenden Aktenlage somit nicht nachgewiesen. Gestützt auf die vorerwähnten, unfallnah erstellten Dokumente (Schadenmeldung vom 10. März 2020 [Suva-act. 1], Bericht zur Notfallkonsultation vom 7. März 2020 [Suva-act. 3], Verordnung zur Physiotherapie vom 12. März 2020 [Suva-act. 8]) ist aber überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass unmittelbar nach dem Unfallereignis keine Verletzungen, Beschwerden oder Befunde im Bereich der rechten Schulter bestanden haben bzw. erhoben werden konnten. Andernfalls wäre zu erwarten gewesen, dass solche in der Schadenmeldung und/oder den medizinischen Dokumenten erwähnt worden wären. Bei dieser Aktenlage ging Dr. K. ___ in seiner Beurteilung vom 15. September 2022 (Suva-act.

98-7) somit überzeugend von einer – gegen eine Unfallkausalität sprechenden (vgl. dazu nochmals vorstehende E. 5.4.1) – "Crescendo-Symptomatik" aus. Sodann wies Dr. K. ___ in seiner Beurteilung vom 15. September 2022 (Suva-act. 98-8) überzeugend darauf hin, dass auch in den – später erfolgten – bildgebenden Untersuchungen vom 14. Juli 2020 (Suva-act. 29) und 7. Dezember 2021 (Suva-act. 73) keine Anzeichen unfalltypischer Verletzungszeichen des Gelenks, wie z. B. ein Bone bruise, eine Fraktur oder Weichteilverletzungen, festgestellt werden konnten. Auch das Fehlen entsprechender Begleitverletzung spricht mithin gegen eine Unfallkausalität der Sehnenruptur. Zusammengefasst ist – aufgrund des Beschwerdeverlaufs sowie dem Fehlen jeglicher Anzeichen einer Tangierung der rechten Schulter durch das Unfallereignis – eine Unfallkausalität der Supraspinatussehnenruptur nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Nachdem es an einer unfallkausalen Primärverletzung fehlt, kann es sich bei der in der MRT Arthrographie vom 14. Juli 2020 (Suva-act. 29) festgestellten Bursitis, der ACG-Arthrose sowie der Tendopathie der Bicepssehne nicht um sekundär unfallkausale Gesundheitsschäden handeln (vgl. dazu bereits vorstehende E. 5.1). An dieser Einschätzung vermag auch das pauschale in Zusammenhangbringen der geschwollenen Bicepssehne mit dem Unfallereignis seitens Dr. F. ___ im Bericht vom 7. September 2020 ("Bicepssehne, welche [...] trotz der langen Zeit seit Trauma noch massiv verdickt wirkt" [Suva-act. 18-3]) keine Zweifel zu erwecken, zumal – wie bereits erwähnt – der Beschwerdeverlauf gegen eine unmittelbare Tangierung der rechten Schulter, und insbesondere auch der Bicepssehne, durch das Unfallereignis spricht. Vielmehr ist mit Blick auf das sich ergebende Gesamtbild der rechten Schulter des Beschwerdeführers – in Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. K. ___ (vgl. dazu zuletzt seine Beurteilung vom 10. März 2023 [Suva-act. 119]) – von einem unfallfremden, degenerativen (Vor-)Zustand auszugehen. In dieses degenerative Gesamtbild fügen sich im Übrigen auch die später erhobenen Befunde einer "progredienten" Partialruptur der Supraspinatussehne und einer "zunehmenden" Tendinose der langen Bicepssehne (vgl. dazu den Bericht zur MRT Arthrographie vom 7. Dezember 2021 [Suva-act. 73]) ein. Auch eine vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung des degenerativ bedingten Vorzustands ist vorliegend – mit Blick auf den Beschwerdeverlauf, insbesondere dem Fehlen einer unmittelbaren Funktionseinschränkung sowie dem Fehlen unfalltypischer Begleitverletzungen – nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen (vgl. dazu auch die Beurteilung von Dr. K. ___ vom 10. März 2023 [Suva-act. 119]). Zusammengefasst sind im vorliegenden Fall die objektiv festgestellten Befunde an der rechten Schulter (vgl. E. 5.1) degenerativ bedingte Vorzustände und die Unfallkausalität der rechtsseitigen Supraspinatussehnenruptur ist zu verneinen. Mithin besteht auch keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Schulterarthroskopie rechts vom 4. Februar 2022. In Bezug auf den Rücken des Beschwerdeführers wurden im MRT Untersuch vom 1. April 2020 eine links akzentuierte Diskushernie HWK6/7 mit komprimierender Spinalkanalstenose und links foraminaler Kompression C6 ohne Myelopathie, ein kleiner ossärer Sporn an der Hinterfläche der Segmente HWK3/4 und 4/5, sowie ein anlagebedingt schlanker Spinalkanal der oberen HWS, eine konsekutiv geringgradige ventrale Pelottierung des Myelons und eine relative Spinalkanalstenose mit fast vollständig aufgehobenem perimedullärem Liquorsaum in diesen Segmenten nachgewiesen (Suva-act. 31). Dass es sich bei dem eng angelegten Spinalkanal um einen Vorzustand handelt, ist seitens der medizinischen Fachpersonen unbestritten (vgl. dazu insbesondere die Arztberichte von Dr. J. ___ vom 5. und 25. Januar 2023 [Suva-act. 83-1,117-1 und 119-5]). Aus den obgenannten Befunden ergibt sich

sodann, dass die komprimierende Spinalkanalstenose bzw. die Pelottierung des Myelons zumindest teilweise in Zusammenhang mit der Diskushernie und dem ossären Sporn stehen bzw. auf letztgenannte zurückzuführen sind (vgl. diesbezüglich die Zusätze "mit" und "konsekutiv" in der Formulierung der Befunde [Suva-act. 31-2]). Dies wird im Übrigen auch von keiner der medizinischen Fachpersonen bestritten. Nachfolgend zu prüfen ist somit zunächst, ob es sich bei der Diskushernie HWK6/7 und/oder dem ossären Sporn HWK3/4 um unfallkausale Gesundheitsschäden handelt. Vorliegend wurde in der Schadenmeldung vom 10. März 2020 zwar als verletzter Körperteil auch der Rücken (linksseitig) angegeben (Suva-act. 1). Aufgrund der Schilderungen des Unfallhergangs (Schadenmeldung vom 10. März 2020: Der Beschwerdeführer sei mit dem ganzen Körper "eingesackt" [Suva-act. 1-2]; Arztzeugnis UVG von Dr. N.____: Sturz auf "beide Schultern" [Suva-act. 34-1]) ist jedoch auch in Bezug auf den Rücken und die Wirbelsäule des Beschwerdeführers fraglich, ob bzw. inwieweit diese im Rahmen des Unfallereignisses überhaupt tangiert wurden. Im Bericht zur Notfallkonsultation vom 7. März 2020 im Spital C.____ (Suva-act. 3) wurden jedenfalls keine äusseren Verletzungszeichen oder Beschwerden in diesem Bereich erwähnt. Nichtsdestotrotz ist angesichts des seitens der Beschwerdegegnerin zeitnah nicht weiter abgeklärten Unfallhergangs – hinsichtlich dessen von weiteren Abklärungen zum jetzigen Zeitpunkt in antizipierter Beweiswürdigung aber abgesehen werden kann, da der fragliche Unfall rund vier Jahre zurückliegt und die heutigen Aussagen des Beschwerdeführers dazu allenfalls von versicherungsrechtlichen Überlegungen geprägt sein könnten – nachfolgend eine umfassende Prüfung der Unfallkausalität der vorerwähnten Gesundheitsschäden vorzunehmen. Hinsichtlich der Diskushernie ist – in Übereinstimmung mit den Ausführungen von Dr. K.____ in seiner Beurteilung vom 15. September 2022 bzw. der von ihm zitierten Fachliteratur (Suva-act. 98■6 f.) – festzuhalten, dass es im Bereich des Unfallversicherungsrechts einer medizinischen Erfahrungstatsache entspricht, dass praktisch alle Bandscheibenhernien und Bandscheibenprotrusionen degenerativ entstehen. Ein Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) kann nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache in Betracht fallen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3.1, mit Hinweis auf Günter G. Mollowitz [Hrsg.], Der Unfallmann, 1993, S. 164 ff.; vgl. auch Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2005, S. 878 ff.; Pschyrembel, a. a. O., S. 200 f.; Roche Lexikon, a. a. O., S. 182; Leitlinie der Orthopädie, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, 2. Aufl. 2002, S. 5 f.). Voraussetzung dafür ist in der Regel, dass das fragliche Ereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome der Bandscheibenhernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (RKUV 2000 Nr. U 379 S. 193, E. 2a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, E. 3; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O., S. 55 f.). Das gleiche gilt grundsätzlich für eine richtungsgebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands, wenn und soweit also durch den Unfall eine Bandscheibenhernie oder Bandscheibenprotrusion früher bzw. beschleunigt zur Entwicklung gebracht wurde. Eine solche ist ausserdem grundsätzlich nur dann bewiesen, wenn die Radioskopie ein plötzliches Zusammensinken der Wirbel nach einem Trauma aufzeigt. Eine allfällige richtungsgebende Verschlimmerung muss radiologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 f. E. 3a mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 25. November 2004, U 107/04, E. 4.1; Rumo-Jungo/Holzer, a. a. O.,

S. 55 f.). Selbst wenn man von einer Tangierung durch das Unfallereignis ausgehen würde, kann vorliegend – angesichts der gänzlich fehlenden Erwähnung von Beschwerden oder Auffälligkeiten am Rücken/der Wirbelsäule im Bericht zur Notfallkonsultation vom 7. März 2020 im Spital C.____ (Suva-act. 3) – zumindest nicht von einer starken Einwirkung auf den Rücken ausgegangen werden, da eine solche z. B. in Form von Blutergüssen, Muskelverspannungen oder Ähnlichem objektiviert worden wäre. Ein schweres Unfallereignis, welches geeignet gewesen wäre, eine Diskushernie zu verursachen, ist vorliegend als unwahrscheinlich anzusehen. Im Anschluss an das Unfallereignis trat beim Beschwerdeführer auch keine sofortige Arbeitsunfähigkeit ein (vgl. dazu insbesondere die telefonische Aussage der Ehefrau des Beschwerdeführers, wonach dieser nach dem Unfallereignis, trotz grosser Schmerzen, zur Arbeit gegangen sei [Suva-act. 46]), was – wie vorstehend (E. 6.3) erwähnt – bei einer traumatisch verursachten Diskushernie aber zu erwarten gewesen wäre. Sodann wurde im Zusammenhang mit der Notfallkonsultation im Spital C.____ am 7. März 2020 festgehalten, dass die "Sensibilität allseits erhalten" sei (Suva-act. 3■3). Mithin ist davon auszugehen, dass die – später im Bericht vom 7. September 2020 erstmals dokumentierten (vgl. Suva-act. 18-2) – Sensibilitätsstörungen in beiden Händen entgegen den Ausführungen von Dr. J.____ in seinem Arztbericht vom 25. Januar 2023 (Suva-act. 117-1) unfallnah noch nicht vorgelegen hatten. Dies, zumal sich der Beschwerdeführer erst seit Februar 2021 bei Dr. J.____ in Behandlung befand (vgl. dazu die Anamnese im Bericht vom 17. Februar 2021 [Suva-act. 39-1]) und sich aus den echtzeitlichen unfallnahen medizinischen Berichten keine entsprechenden Beschwerden ergeben. Wie Dr. K.____ (Suva-act. 98-7) nachvollziehbar ausführte, wären im Falle einer traumatischen Schädigung – entsprechend dem Regelfall bei Traumata (vgl. vorstehende E. 5.4.1) und insbesondere bei Verletzungen der Bandscheiben (vgl. dazu nochmals vorstehende E. 6.3) – unmittelbare Beschwerden und Einschränkungen, welche im Verlauf ab- und nicht zugenommen hätten, zu erwarten gewesen. In Übereinstimmung mit dem Fehlen unmittelbarer Beschwerden wurde denn auch eine Myelopathie im MRT vom 1. April 2020 (Suva-act. 31-1) ausgeschlossen. Dass sich diese erst später aufgrund der Einengung auf Höhe C6/7 entwickelt hat, wird auch von Dr. J.____ anerkannt (vgl. dazu den Bericht vom 25. Januar 2023 [Suva-act. 117-1]). Wie Dr. K.____ in seiner Beurteilung vom 15. September 2022 überzeugend ausführte, entspricht der vorliegende Beschwerdeverlauf (erst nach einem Jahr radiologisch neu hinzutretende Signalstörung und Deformierung des Myelons im MRT vom April 2021 mit auch klinisch erst sekundär neuen bzw. progredienten neurologischen Symptomen bei einer initial nicht bestehenden und dementsprechend auch nicht unmittelbar nach dem Ereignis objektivierbar dokumentierten Gangataxie und Koordinationsstörungen) keiner zu erwartenden Traumafolge (Suva-act. 98-7). Eine solche unfallatypische erst sekundäre Crescendo-Symptomatik mit einer späteren Beschwerdeausweitung entspreche eher einer natürlich-progredienten Krankheitsstörung (vgl. dazu auch die Beurteilung von Dr. K.____ vom 10. März 2023 [Suva-act. 119-7 f.]). Das MRT vom 1. April 2020 zeigte – abgesehen von den vorerwähnten (E. 6.1) strukturellen Pathologien, d. h. den knöchernen Veränderungen und der Diskushernie – ein regelrechtes Alignment, keine Höhenminderung der Wirbelkörper und normale Weichteile. Auch die proximalen Spinalnerven sowie die Faszikel und trunci des Plexus brachiocephalicus auf der linken Seite stellten sich normal dar (Suva-act. 31). Gemäss Beurteilung von Dr. K.____ vom 15. September 2022 zeigten sich im MRT auch keine Hinweise auf ein Bone bruise oder eine Fraktur (Suva-act. 98-6). Im Falle einer frischen traumatischen Pathologie wäre – gemäss der nachvollziehbaren Beurteilung von

Dr. K.____ (Suva-act. 98-6 f.) – jedoch eine Alteration des Knochens und der Weichteile zu erwarten gewesen. Mithin sprechen auch die zeitnah nach dem Unfallereignis erhobenen Befunde gegen eine Unfallkausalität der von der Wirbelsäule ausgehenden Beschwerden des Beschwerdeführers. Aus der im späteren MRT vom 29. April 2021 festgestellten Signalalteration (vgl. zu diesem Befund Suva-act. 93) lässt sich entgegen dem sinngemässen Dafürhalten von Dr. J.____ in seinem Arztbericht vom 5. Januar 2022 (Suva-act. 83) nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ableiten. Wie Dr. K.____ in seiner Beurteilung vom 15. September 2022 dazu nachvollziehbar festhält, wäre eine solche vielmehr bereits im MRT vom 1. April 2020, unmittelbar nach dem Unfallereignis, zu erwarten gewesen und hätte diese bei einer traumatischen Verletzung über ein Jahr nach dem fraglichen Unfallereignis regredient sein müssen (Suva-act. 98-7). Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis keine Beschwerden gehabt habe, kann – entgegen der Auffassung von Dr. J.____ in seiner Beurteilung vom 5. Januar 2022 (vgl. Suva-act. 83) – nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers im Hinblick auf die strittige Unfallkausalität abgeleitet werden. Eine solche "post hoc ergo propter hoc" Argumentation (vgl. zu dieser beweisrechtlich untauglichen Formel BGE 119 V 340 ff. E. 2b/bb; vgl. ferner nebst vielen das Urteil des Bundesgerichts vom 17. April 2020, 8C_158/2020, E. 3.2) ist für sich allein nicht ergiebig und vermag eine Unfallkausalität der Gesundheitsschäden nicht überwiegend wahrscheinlich nachzuweisen. Soweit Dr. J.____ zudem sinngemäss eine Teilkausalität der bestehenden Beschwerden geltend macht, indem er ausführte, aufgrund des Vorzustands hätten schon geringgradige Bandscheibenvorwölbungen bzw. Höhenverluste der Bandscheiben beim Beschwerdeführer zu einer relevanten Spinalkanalstenose führen können (Suva-act. 83), ist darauf hinzuweisen, dass die blossе Möglichkeit einer (Teil-)Unfallkausalität den im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisanforderungen der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügt (BGE 126 V 360 E 5.b), zumal Dr. J.____ keinerlei Bezug nimmt zum konkreten Einzelfall. Im Übrigen konnten – wie auch Dr. K.____ in seiner Beurteilung vom 15. September 2022 (Suva-act. 98-7) ausführte – in der bildgebenden Untersuchung vom 1. April 2020 (Suva-act. 31) keine Hinweise auf frische traumatische Veränderungen festgestellt werden (vgl. dazu bereits vorstehende E. 6.7), was aber bei einer richtungsgebenden Verschlimmerung eines Vorzustands ebenfalls der Fall gewesen sein müsste (vgl. vorstehende E. 6.3). An dieser Beurteilung vermag auch die Einschätzung von Dr. L.____ in seinem Bericht vom 13. Juni 2023 (act. G 3.1; der Bericht wurde zwar erst nach dem Einspracheentscheid verfasst, bezieht sich aber hinsichtlich der gestellten Diagnosen auf den Zeitraum vor Erlass des Einspracheentscheids und kann in dieser Hinsicht berücksichtigt werden), wonach ein "komplexes Beschwerdebild" vorliege, keine Zweifel zu wecken. Die Angabe eines "komplexen Beschwerdebilds" stellt keine traumatische Kausalitätsbegründung dar. Zudem ist anzuführen, dass auch Dr. L.____ darlegte, dass wohl vieles erst nach der Operation im Mai 2021 entstanden sei (Suva-act. 129-2) und mithin keine primären Unfallfolgen darstellen kann. Auch eine unfallkausale richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustands ist beim Beschwerdeführer somit nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Nach Gesagtem fehlt es an Hinweisen auf einen traumatischen Ursprung der Diskushernie und ist – in Übereinstimmung mit Dr. K.____ – in dieser Hinsicht von einem unfallfremden Zustand auszugehen. Wie Dr. K.____ in seiner Beurteilung vom 10. März 2023 (Suva-act. 119-5) zutreffend ausführte, lassen sich die rund einen Monat nach dem Unfallereignis bildgebend dargestellten knöchernen Veränderungen (Sporn HWK3/4 und 4/5; vgl. dazu den Bericht

zur MRT Untersuchung vom 1. April 2020 [Suva-act. 31]) frisch-traumatisch nicht erklären. Bei einem Osteophyten handelt es sich um eine reaktive Knochenapposition, die im Rahmen von degenerativen oder posttraumatischen Veränderung der Bewegungssegmente an der Wirbelsäule auftreten (Engelhardt Lexikon Orthopädie und Unfallchirurgie, abrufbar unter: <https://www.lexikon-orthopaedie.com/> [zuletzt besucht am: 25. Januar 2024]; Debrunner, a. a. O., S. 58; Roche Lexikon, a. a. O., S. 1382; Pschyrembel, a. a. O., S. 1324;). Eine unfallkausale Entstehung der Osteophyten scheint mithin im vorliegenden Fall – innerhalb von bloss einem Monat seit dem Unfallereignis – in zeitlicher Hinsicht nicht plausibel. Somit ist diesbezüglich ebenfalls von einem unfallfremden Vorzustand auszugehen. Zusammengefasst fehlt es an Hinweisen auf einen traumatischen Ursprung der Pathologien bzw. Beschwerden im Zusammenhang mit der Wirbelsäule und bestehen keine auch nur geringen Zweifel an der Einschätzung bezüglich der fehlenden Unfallkausalität derselben seitens Dr. K.____, zumal auch keine primäre Unfallverletzung erwiesen ist. Auf sie kann abgestellt werden. Nach dem Gesagten besteht keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit den rechten Schulterbeschwerden und der HWS des Beschwerdeführers. Insbesondere besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf Kostenübernahme der Schulterarthroskopie vom 4. April 2021 sowie der Open-door-Laminoplastie vom 3. Mai 2021. Der Untersuchungsgrundsatz wurde vorliegend – entgegen den Ausführungen von Rechtsanwältin Schwarz – nicht verletzt, da aufgrund der vorliegenden Akten ein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt ermittelt werden konnte und von weiteren Abklärungen keine zusätzliche Erhellung der Verhältnisse zu erwarten ist. Auf das vom Beschwerdeführer beantragte Gerichtsgutachten kann folglich verzichtet werden. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 18. April 2023 abzuweisen. Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (Art. 61 lit. f bis ATSG). Bei diesem Verfahrensausgang ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung auszurichten. Die Beschwerdegegnerin hat unabhängig vom Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.