

UR_GERICHTE OG V 24 22 vom 6. Juni 2025

UR Obergericht, 2025-06-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur_gerichte OG V 24 22

FR: UR_GERICHTE OG V 24 22 du 6 juin 2025

IT: UR_GERICHTE OG V 24 22 del 6 giugno 2025

Erwägungen

E. 1

Gegen Einspracheentscheide kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 i.V.m. Art. 57 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist sowohl örtlich (Art. 58 Abs. 1 ATSG) als auch sachlich (Art. 37 Abs. 2 Gesetz über die Organisation der

Seite 3 von 19

richterlichen Behörden [Gerichtsorganisationsgesetz; GOG, RB 2.3221] i.V.m. Art. 5 Verordnung über die Rechtspflege in der Unfallversicherung [RB 20.2221]) zuständig. Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) sowie die übrigen Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Der Beschwerdeführer ist als Adressat durch den angefochtenen Einspracheentscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist einzutreten.

E. 2

In materieller Hinsicht ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für das Ereignis vom 15. April 2023 zu Recht am 4. Mai 2023 eingestellt hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 4. Juli 2024 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2).

E. 2.1

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

E. 2.1.1

Zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden wird ein natürlicher Kausalzusammenhang vorausgesetzt. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten weggedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist entsprechend dieser Umschreibung nicht erforderlich, dass ein

Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 147 V 161 E. 3.2, 129 V 177 E. 3.1).

E. 2.1.2

Im Weiteren wird für die Leistungspflicht des Unfallversicherers vorausgesetzt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint.

Seite 4 von 19

E. 2.1.3

Eine vom Unfallversicherer anerkannte Leistungspflicht kann entfallen, wenn nachgewiesen wird, dass der Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (BGer 8C_379/2023 vom 09.01.2024 E. 2.2.3, 8C_589/2017 vom 21.02.2018 E. 3.1.2 und 8C_956/2011 vom 20.06.2012 E. 4.2).

E. 2.2

Nach Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind (sog. "unfallähnliche Körperschädigungen" oder "Listenverletzungen"): Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h).

E. 2.2.1

Liegt eine Listenverletzung vor, so hat der Unfallversicherer nach deren Meldung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis im Sinne von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer nach Art. 6 Abs. 1 UVG leistungspflichtig. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.1).

E. 2.2.2

Die Gesetzessystematik legt nahe, dass Abs. 1 (Unfall) und Abs. 2 (Listenverletzung) unabhängig voneinander sind und grundsätzlich jeder Tatbestand einzeln zu prüfen ist. Hinsichtlich der Leistungseinstellung ist aber Folgendes zu berücksichtigen: Während bei

einem Unfallereignis im Sinne von Art.

E. 4

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Diese hat das Gericht nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG, siehe E. 3 hievor), das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

E. 4.1

Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

E. 4.2

Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vergleiche BGE 125 V 351 E. 3b).

Seite 6 von 19

E. 4.2.1

So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4).

E. 4.2.2

Reinen Aktengutachten kann dann ein voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (BGer 8C_322/2020 vom 09.07.2020 E. 3). Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, darf auf die ärztliche Beurteilung abgestellt und von weiterführenden Abklärungen abgesehen werden (BGer 8C_448/2022 vom 23.11.2022 E. 4.3.3).

E. 4.2.3

Im Übrigen ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aus- sagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vergleiche BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (BGer 8C_234/2021 vom 12.08.2021 E. 5.2).

E. 5

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Be- schwerdegegnerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act. pag.]):

E. 5.1

Dr. med. B.____, Oberärztin Radiologie, berichtete am 17. April 2023 über die gleichentags erfolg- ten bildgebenden Abklärungen (nach Sturz am 15.04.2023 mit isoliertem Trauma der linken Schulter und aktuell starken Schmerzen über HWS und Scapula links). Sie nannte folgende Befunde: - Schulter links: regelrechte Weichteile, intakte ossäre Strukturen mit regelrechten Artikulationen. - HWS: regelrechte paravertebrale Weichteile, intakte ossäre Strukturen, kein Höhenverlust der Wirbelkörper, regelrechtes Alignment. - BWS: regelrechtes Alignment, kein Höhenverlust der Wirbelkörper, keine Fraktur. Zusammenfassend hielt sie fest, dass keine posttraumatischen Veränderungen sichtbar seien (BG-act. pag. 1 und 3).

E. 5.2

Im Austrittsbericht vom 18. April 2023 (Hospitalisation: 17. - 18.04.2023) stellte Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, folgende Diagnose:

Seite 7 von 19

- cervico-radikuläre Symptomatik nach Stolpersturz am 15.04.2023 m/b:
Bandscheibenvorfall C5/6 (MRI HWS 18.04.2023) Die klinische Untersuchung habe im Bereich der linken Schulter eine intakte Sensibilität und Motorik ergeben. Die Abduktion sowie Aussenrotation seien schmerzbedingt eingeschränkt. Die HWS sei druck- und klopfdolent, die Motorik schmerzbedingt eingeschränkt. Sensibilität und periphere Durchblutung seien intakt. Die neurologische Untersuchung sei aufgrund der Schmerzen nur unvollständig gelungen. Unter diesem Vorbehalt bestünden keine relevante (über eine Schmerzhemmung hinausgehende) Paresen und keine sicheren Reflexdifferenzen. Beim Röntgen der linken Schulter hätten sich regel- rechte Weichteile sowie intakte ossäre Strukturen mit regelrechten Artikulationen gezeigt. Das MRI- HWS habe eine diskogen bedingte Kompression der Nervenwurzel C7 links foraminal, eine diskogen bedingte Abflachung der Nervenwurzel C6 links foraminal sowie eine gesamthaft geringgradige Dege- neration der HWS ergeben (BG-act. pag. 4).

E. 5.3

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für allgemeine Chirurgie, Spezialität Traumatologie, Leitender Arzt Sportmedizin, stellte im Kurzbericht Notfallstation vom 19. April 2023 die Diagnose cervico-radikuläre Symptomatik Arm links nach Stolpersturz am 15.04.2023 m/b: Affektion C6 links, fragliche Affektion C7 links (MRI HWS 18.04.2023), aktuell: akute Schmerzexazerbation. Der Patient habe sich notfallmäs- sig selbst vorgestellt mit stärksten Schmerzen im Nacken, Rücken und Arm links. Die Schmerzen seien mittels Novalgin, Perfalgan, Olfen, Morphin und Fentanyl nur schwer einstellbar und der Patient wei- terhin

schwer schmerzgeplagt gewesen. Insgesamt habe sich die Patientenbetreuung schwierig gestaltet, da er auf eine Analgesie mittels Morphin-PCA beharrt habe, ohne zuvor eine adäquate Anamnese und klinische Untersuchung zuzulassen. Zudem habe er ohne vorherige Rücksprache mit dem betreuenden Personal Gespräche mit dem Smartphone aufgezeichnet und mit juristischen Konsequenzen gedroht (BG-act. pag. 7).

E. 5.4

Dr. med. E. ____, Oberärztin, stellte im Bericht vom 22. April 2023 (über die notfallmässige Behandlung vom 19.04.2023) die folgenden Diagnosen: - V.a. zervikobrachiales Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom C7 links - Diskusprotrusion C6/7 mit Wurzelkompression C7 links - V.a. Opioidabusus Bei Vorstellung auf dem Notfall habe sich ein Patient mit hohem Leidensdruck präsentiert, welcher eine Anamnese oder körperliche Untersuchung verweigert habe, bevor eine ausreichende analgetische Therapie mit Morphin – welches auch explizit unter der Ablehnung niedrig potenterer Analgetika (NSAR, Dafalgan, Oxynorm, Tilidin) gefordert worden sei – erfolgt sei. Mangels Besserung der Schmerzsymptomatik sei der Patient aggressiv gegenüber dem Personal geworden und habe mit eigenständiger Entlassung sowie juristischen Folgen aufgrund unterlassener Hilfeleistung gedroht. Eine

Seite 8 von 19

medizinische Erklärung des medizinischen Prozederes habe er nicht zugelassen. Eine körperliche Untersuchung sowie Anamnese seien mehrfach verweigert worden. Der Patient habe selbstständig die Venenverweilkanüle für die intravenöse Schmerztherapie durchgeschnitten und die Notaufnahme selbstständig verlassen (BG-act. pag. 13).

E. 5.5

Ebenfalls am 19. April 2023 trat der Beschwerdeführer erneut ins Spital ein. Im Austrittsbericht vom 9. Mai 2023 (Hospitalisation: 19 - 21.04.2023) stellte Dr. med. F. ____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen: - Schmerzexazerbation bei diskogen bedingter Kompression der Nervenwurzel C7 links foraminal und zusätzlich diskogen bedingter leichter Abflachung der Nervenwurzel C6 links foraminal ohne neurologische Ausfälle - hochgradiger Verdacht auf Opiat-Abusus/-Abhängigkeit bei starker Fixierung auf eine Opiat-Therapie und zum Teil aggressiven Äusserungen bei Nichterhalt (unabhängig voneinander von mehreren Seiten gestellt) Aufgrund der stark schmerzdekompenzierten Situation mit kaum führbarem und aggressivem Patienten habe dieser im Verlauf auf die IPS verlegt werden und ergänzend eine PCA-Pumpe etabliert werden müssen. Am 21. April 2023 sei es zu schwer objektivierbaren, nicht sicher einem Dermatom zuzuordnenden sensomotorischen Ausfällen am linken Arm gekommen, welche weniger als 20 Minuten angehalten hätten. Zum Zeitpunkt des Austritts hätten keine sensomotorischen Ausfälle mehr bestanden (BG-act. pag. 20).

E. 5.6

Dr. med. G. ____, Praktischer Arzt FMH, welcher den Beschwerdeführer direkt nach dem Unfall behandelte (Behandlung: 15.04.2023, 22:10 Uhr), hielt im Erstbericht vom 23. Mai 2023 fest, der Patient sei gemäss eigenen Angaben über eine Schaufel gestolpert, habe sich (weil beide Hände einen Gegenstand getragen hätten) nicht abstützen können, und sei seitlich nach links umgefallen und auf ein Gartennäuerchen gestürzt. Bei der

Beschreibung des Allgemeinzustandes nannte er stärkste invalidisierende Schmerzen im Rücken, der Patient habe den Arm nicht bewegen können und schmerzbedingt in einer bestimmten Haltung im Bett liegen müssen. Schmerzbedingt seien nur wenige Befunde möglich. Den Abschluss der Behandlung prognostizierte er nach circa drei Monaten, eventuell auch später (BG-act. pag. 27).

E. 5.7

Im Bericht zur CT HWS Infiltration vom 4. Mai 2023 hielt Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Radiologie, bezüglich der gleichentags durchgeführten MRI der HWS folgendes fest: - Fehlhaltung der HWS mit rechtskonvexer Skoliose in abgeflachter Lordosehaltung - Multisegmentale Diskopathien im Sinne von Diskushernien mit Kompromittierung der nachfolgend genannte Nervenwurzeln auf jeweils neuroforaminalem Niveau: C5 rechts, C6 rechts und C7 links (symptomatisch).

Seite 9 von 19

Die im Anschluss an die MRI durchgeführte CT-gesteuerte periradikuläre Infiltration PRT der Nervenwurzel C7 links sei problemlos verlaufen und vom Patienten sehr gut toleriert worden. Er habe mit einer deutlichen Beschwerderegradminderung (von 8 auf 2 auf einer 10-stelligen visuellen Analogskala VAS) nach Hause entlassen werden können (BG-act. pag. 17 und 19).

E. 5.8

Im Bericht "Second Medical Opinion" vom 24. Mai 2023 beantwortete Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Chirurgie, die Frage, ob die geltend gemachte Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge des Unfalles vom 15. April 2023 sei, mit "Nein, nur möglicherweise". Es wirkten auch vorbekannte und diagnostizierte Diskushernien der HWS mit. Zu einer richtungsweisenden oder vorübergehenden Verschlimmerung sei es durch den Unfall nicht gekommen. Der Gesundheitszustand des Versicherten beruhe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf unfallfremden Ursachen. Die akute Schmerzsymptomatik sei nicht auf den Sturz zurückzuführen. Dieser sei nur möglicherweise verantwortlich (BG-act. pag. 30).

E. 5.9

Dr. med. G.____ stellte im Bericht vom 20. Juni 2023 die Diagnose Teilabriss des cranialen Anteils des Muskels pectoralis Major links an der medialen Insertion am Sternum. Als Befund gab er an: "Bei Anspannung des Muskels pectoralis Major links schlaffe druckdolente Delle statt ein harter Muskelbauch (wie normal bei der Muskels pectoralis Major rechts)". Es erfolgte zudem eine Überweisung an einen spezialisierten Chirurgen für ein MRI (BG-act. pag. 37).

E. 5.10

Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Chirurgie, stellte im Bericht vom 26. Juli 2023 folgende Diagnose: - muskulärer Riss im Pectoralis rechts Anamnestisch habe sich der Patient bei einem Sturz im April eine akute Diskushernie sowie eine Prellung des Pectoralis zugezogen. Nach Abklingen der Beschwerden der Diskushernien merke er immer wieder im Fitness, dass er linksseitig keine Kraft im Bankdrücken habe. Die anfänglichen Schmerzen in der Mitte des Pectoralis seien aber regredient gewesen. Eine durchgeführte MRI-Untersuchung habe keine grösseren Pathologien ausser eines Ödems im Bereich des allfälligen ehemaligen Hämatoms gezeigt. Eine allfällige Verletzung der lateralen

Insertion habe nicht festgestellt werden können. Klinisch bestehe für ihn kein spürbarer Kraftverlust, aber immer noch eine starke Druckdolenz im Bereich des Pectoralisoberrandes gegen die claviculäre Portion. Von seiner Seite her sehe er operativ keine Möglichkeiten (BG-act. pag. 39).

E. 5.11

Prof. Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, stellte im Bericht vom 13. Oktober 2023 (zur ambulanten Kontrolle vom 22.06.2023) folgende Diagnosen: - degenerative Diskopathie HWK 5/6 mit/bei:

Seite 10 von 19

o paramediane Diskusprotrusion HWK 5/6 links mit Kompression der Wurzel C6 links (MRI vom 04.05.2023) o Reiz- und sensibles Ausfallsyndrom C6 links (EM 15.04.2023) o Status nach CT-gesteuerter periradikulärer Infiltration C6 links am 04.05.2023 (Limmatradiologie AG Zürich) In der neurologischen Untersuchung seien keine zervikalen Myelopathiezeichen und keine Paresen festgestellt worden. Es bestehe eine freie Beweglichkeit des Kopfes, keine Exazerbation der Reizsymptomatik bei Re- oder Inklination. Bizeps- und Trizepsreflex seien symmetrisch auslösbar. Aktuell bestehe weiterhin ein sensibles Ausfallsyndrom, welches mit der degenerativen Diskopathie HWK 5/6 gut zu erklären sei (BG-act. pag. 54).

E. 5.12

Im Rahmen des Einspracheverfahrens beauftragte die Beschwerdegegnerin Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Unfallchirurgie, mit einer Aktenbeurteilung. Im Bericht vom 28. Februar 2024 nannte der Arzt folgende (auf das Ereignis vom 15.04.2023 zurückzuführende) Diagnose: - anamnestisch und subjektiv nachvollziehbare Kontusion der linken Schulterregion ohne morphologisch und bildgebend nachgewiesenen unfallkausalen Befund an den vorbestehenden, degenerativen Diskopathien der HWS im Bereich der Bandscheiben C4/5 rechts, C5/6 rechts und C6/7 links gemäss MRI-Befund vom 18.04.2023 Der anamnestisch und subjektiv geschilderte Ablauf passe dazu, dass der Versicherte sich beim Stürzen in Richtung der linken Schulter gedreht habe und es dort zu einer Kontusion, allerdings ohne fassbare klinische Zeichen (Schwellung, Rötung, Schürfung, Hämatom) gekommen sei. Die danach anamnestisch eingeforderte Opiattherapie des morphologisch nicht fassbaren Schmerzsyndroms werde wiederholt von verschiedenen Fachärzten (in den Kantonsspitalern Uri, Stans [recte: Nidwalden] und Luzern) als sicheres Anzeichen einer hoch verdächtigen, nicht belegten Opiatabhängigkeit beurteilt. Auf entsprechende Frage bestätigte Dr. med. L.____ das Vorliegen unfallfremder Faktoren, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an den Beeinträchtigungen mitwirkten. Dies betreffe eine bildgebend belegte, vorbestehende, mehrsegmentale degenerative Diskopathie der HWS sowohl links als auch rechts sowie einen wiederholt bestätigten, verhältnissfremden Opiatbedarf mit entsprechend einfordern dem Verhalten. Er führte in seinem Bericht unter anderem weiter aus, seines Erachtens sei das geschilderte Unfallereignis mit Sturz und Kontusion im linken Schulterbereich ausgewiesen. Daher seien die Kriterien einer Listenverletzung nicht erfüllt. Es sei allein von einem Unfallereignis ohne bildgebend morphologisch fassbares Korrelat auszugehen. Aufgrund des weiteren Verlaufs und des Ereignisses sowie dem Zeitpunkt der Infiltration mit aussergewöhnlich günstigem Ergebnis sei zu diesem Zeitpunkt (04.05.2023) von einem Status quo sine auszugehen. Aufgrund der nachgewiesenen, vorbestehenden

multisegmentalen Diskopathien und des biomechanisch erforderlichen Ablaufs der freigegebenen Energie habe keine kranio-kaudale Krafteinwirkung auf eine Bandscheibe der HWS

Seite 11 von 19

stattfinden können. Die Krafteinwirkung habe beim Ereignis als allein anamnestisch und subjektiv beschriebene Prellung der linken Schulterregion und nicht in der sachlich zu fordernden kranio-kaudalen Achse der HWS stattgefunden. Eine traumatische Verschlimmerung eines Vorzustandes sei nicht erwiesen, wenn der Versicherte als überdurchschnittlich sehr sportlicher Patient am 26. Juli 2023 (laut Bericht Dr. J.____) nach gerade einmal drei Monaten beim Bankdrücken mehr Beschwerden in einer anderen Lokalisation und Pathogenese geltend mache. Nach dem 4. Mai 2023 ergäben sich keine unfallkausalen Behandlungsnotwendigkeiten mehr aufgrund des Ereignisses vom 15. April 2023 (BG-act. pag. 55).

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin hat eine Leistungspflicht zunächst ganz verneint, weil die natürliche Kausalität zwischen der gesundheitlichen Störung und dem schädigenden Ereignis nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden können (Verfügung vom 24.08.2023). Im Einspracheentscheid vom 4. Juli 2024 anerkannte die Beschwerdegegnerin eine grundsätzliche Leistungspflicht ihrerseits. Sie erachtete jedoch den Status quo sine bezüglich der Diskushernie und der Pectoralis im Schulterbereich per 4. Mai 2023 als erreicht, womit der natürliche Kausalzusammenhang dahinfalle. Sie hielt diesbezüglich einerseits fest, dass die Behandlungsdauer bei einer Diskushernie gemäss Reintegrationsleitfaden Unfall, Zürich 2010, bei einer Diskushernie bei geistiger Arbeit zwei Wochen betrage. Andererseits geht sie auch aufgrund der Infiltration vom 4. Mai 2023 (drei Wochen nach Ereignis) mit aussergewöhnlich günstigem Ergebnis zu diesem Zeitpunkt von einem Status quo sine aus. Hierbei stützte sich die Beschwerdegegnerin hauptsächlich auf die Berichte der Dres. med. H.____, I.____ und L.____ (BG-act. pag. 17 ff., 30 und 55; siehe auch E. 5.7, 5.8 und 5.12 hievore).

E. 6.2

Der Beschwerdeführer bringt mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 2. September 2024 vor, die Unfallversicherung anerkenne eine Leistungspflicht bis zum 4. Mai 2023. Gemäss Rechtsprechung (BGer 8C_715/2016 vom 06.03.2017 E. 4.2) habe die Unfallversicherung das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen zu beweisen, was ihr nicht gelinge. Bei der Beurteilung von Dr. L.____ handle es sich um eine interne Aktenbeurteilung, welche den hohen Anforderungen gemäss Rechtsprechung nicht genüge. Der Arzt berücksichtige die vorhandenen Arztberichte nur ungenügend respektive selektiv. Die Behauptung, dass die nachvollziehbare Kontusion keine fassbaren klinischen Zeichen zur Folge gehabt habe, sei aktenwidrig. Er negiere sodann die initial dokumentierten Schmerzangaben, respektive bringe diese mit einer angeblichen Opiatabhängigkeit in Verbindung. Die initial geklagten Schmerzen würden sich sehr gut mit dem erst später diagnostizierten Muskelabriss vereinbaren lassen. Die Beschwerdegegnerin wäre im Rahmen der ihr obliegenden Untersuchungspflicht gehalten gewesen, bei Dr. J.____ abzuklären, ob es sich beim von diesem rechtsseitig und nicht linksseitig diagnostizierten Muskelriss um einen Verschieb oder tatsächlich um einen Muskelabriss auf der

Seite 12 von 19

rechten Seite handle. Da sie dies unterlassen habe, sei sie ihrer Untersuchungspflicht nicht nachgekommen. Die Beurteilung von Dr. L. ___ bezüglich Rückenschmerzen – der Zeitpunkt der Infiltration soll für die Bestimmung eines Status quo entscheidend sein – sei nicht überzeugend. Er (der Beschwerdeführer) gehe von einer richtunggebenden Verschlimmerung der Rückenbeschwerden durch den Sturz aus. Falls demgegenüber nur von einer vorübergehenden Verschlimmerung ausgegangen werde, sei gemäss Rechtsprechung der Status quo bei einer traumatischen Verschlimmerung eines klinisch symptomatischen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als eingetreten zu betrachten. Da an der Wirbelsäule in verschiedenen Segmenten degenerativ bedingte Befunde erhoben worden seien, könne der Status quo nicht knapp drei Wochen nach dem Unfallereignis angenommen werden. Entgegen der Auffassung von Dr. L. ___ sei der Status quo nicht zum Zeitpunkt der Durchführung einer Infiltration anzunehmen, sondern (bei gutem Ansprechen) nach wenigen Monaten. Dr. L. ___ verneine das Vorliegen einer Listerverletzung wegen eines Unfallereignisses. Falls er dies auch auf den Muskelabriss beziehe, wäre die Unfallversicherung diesbezüglich leistungspflichtig. Falls er betreffend Muskelabriss weder Unfallfolge noch Listerverletzung anerkennen wolle, erkläre er nicht ansatzweise, weshalb dieser vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen wäre.

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin macht in ihrer Stellungnahme vom 3. Dezember 2024 unter anderem geltend, das durch die Beschwerdegegnerin veranlasste Aktengutachten sei schlüssig, nachvollziehbar begründet und es bestünden keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit, weshalb grundsätzlich darauf abzustellen und dessen Beweiswert anzuerkennen sei. Dr. med. L. ___ unterscheide (wie auch der Austrittsbericht vom 18.04.2024 [recte: 2023]) bei der Befundung zwischen Schulter und HWS. Hierbei gehe klar hervor, dass die Beweglichkeit (Motorik) der Schulter funktionsfähig gewesen, während diejenige der HWS schmerzbedingt eingeschränkt gewesen sei. Die Schmerzen des Beschwerdeführers hätten Eingang gefunden in die Beurteilung von Dr. med. L. ___, ebenso der anhaltende Wunsch nach medikamentöser Behandlung mit Opiaten, der auch Teil der ärztlichen Berichte sei. Hierbei sei festzuhalten, dass die Leistungen aus UVG für diesen Zeitraum anerkannt worden seien und auch später der Bedarf nach einer Schmerzmedikation mit Opiaten nicht als Argumentation herangezogen werde, weshalb ab dem 4. Mai 2023 keine Leistung aus UVG mehr zu erbringen sei. Folglich habe Dr. med. L. ___ sämtliche diesbezüglichen medizinischen Unterlagen in seine Überlegungen einbezogen und seine Beurteilung in Übereinstimmung mit den medizinischen Unterlagen getroffen. Ebenfalls habe die vom Beschwerdeführer angeführte Diagnose des (Teil-)Abrisses des Brustmuskels durch Dr. G. ___ und Dr. J. ___ im Bericht von Dr. med. L. ___ Beachtung gefunden. Beide Berichte (vom 20.06. und 26.07.2023) seien in die Beurteilung einbezogen worden. Insbesondere werde festgehalten, dass der Versicherte neu bemerkt habe, dass er linksseitig beim Fitnessstraining keine Kraft mehr aufwenden könne. In keinem der beiden Berichte werde eine Kausalität zwischen dem Unfallhergang und der Brustmusk-

Seite 13 von 19

verletzung aufgezeigt. Insbesondere die Berichte der initial aufgesuchten Kliniken hätten keinerlei Hinweise auf eine solche Verletzung enthalten. Es zeige sich somit, dass der

diagnostizierte Muskelabriss durch Dr. med. L.____ in seiner Beurteilung entsprechend der vorliegenden medizinischen Unterlagen berücksichtigt worden sei. Ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und der Brustmuskelerkrankung sei nicht gegeben. In Bezug auf die Rügen des Beschwerdeführers – wonach der Aktenbeurteilung nicht zu entnehmen sei, weshalb Dr. med. L.____ am 4. Mai 2023 von einem Status quo sine ausgehe und ein gutes Tolerieren der Infiltration und eine deutliche Beschwerderegredienz nicht mit einem Status quo sine gleichzusetzen sei – hielt die Beschwerdegegnerin fest, ob die Infiltration bei der Angabe der Verbesserung der Beschwerden von 8 auf 2 (auf einer 10-stelligen VAS) ein aussergewöhnlich günstiges Ergebnis darstelle, sei nicht die entscheidende Frage. Entscheidend sei die unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten vorgenommene Gesamtbeurteilung. Dr. med. L.____ habe den Status quo sine anhand mehrerer Kriterien festgelegt. Er nenne den Verlauf, das Unfallereignis und das Ergebnis der Infiltration zu diesem Zeitpunkt sowie die körperliche Betätigung des Beschwerdeführers. Entgegen dessen Annahme werde weder die Beschwerderegredienz noch das gute Tolerieren des Eingriffes mit dem Status quo sine gleichgesetzt. Dr. med. L.____ verneine eine Listenverletzung nur im Zusammenhang mit dem ausgewiesenen Unfallereignis mit Sturz und Kontusion im linken Schulterbereich. Auf den geklagten Muskelabriss beziehe er sich hingegen nicht. In Bezug auf die Thematik der unfallähnlichen Körperschädigung sei festzuhalten, dass nach Art. 6 Abs. 2 UVG der Unfallversicherer bei Vorliegen einer diagnostizierten Listenverletzung grundsätzlich leistungspflichtig würde, solange er nicht den Nachweis dafür erbringe, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 Prozent auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Im Rahmen dieses Entlastungsbeweises sei aber die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis für die Abgrenzung von der Leistungspflicht des Krankenversicherers bedeutsam (BGer 8C_671/2019 vom 11.03.2020 E. 2.4). An einem solchen Ereignis, welches diese Verletzung begründen könnte, fehle es hier gänzlich. Das Ereignis vom 15. April 2023 stelle grundsätzlich einen Unfall im Sinne des ATSG dar. Dr. L.____ halte fest, dass aufgrund der nachgewiesenen, vorbestehenden multisegmentalen Diskopathien und des biomechanisch erforderlichen Ablaufs der freigeordneten Energie keine kranio-kaudale Kraftereinwirkung auf eine Bandscheibe der HWS stattfinden können. Die Kraftereinwirkung habe gemäss Dr. L.____ beim Ereignis als allein anamnestisch und subjektiv beschriebene Prellung der linken Schulterregion und nicht in der sachlich zu fordernden kranio-kaudalen Achse der HWS stattgefunden. Weiter sei die geforderte traumatische Verschlimmerung eines erwiesenen Vorzustandes gemäss Ausführungen des Arztes nicht belegt, wenn der Beschwerdeführer als überdurchschnittlich sehr sportlicher Patient am 26. Juli 2023, laut Bericht Dr. J.____, nach gerade einmal drei Monaten, beim Bankdrücken neue Beschwerden in einer anderen Lokalisation und Pathogenese geltend mache. Entsprechend der gemachten Ausführungen sei der Zeitpunkt des Gesundheitszu-

Seite 14 von 19

standes erreicht, in welchem der schicksalsmässige Verlauf des Vorzustandes sich auch ohne den Unfall vom 15. April 2023 früher oder später eingestellt hätte. Die Ausführungen von Dr. L.____ betreffend den Zeitpunkt des Erreichens des Status quo sine seien nicht zu beanstanden. Zusammenfassend hält die Beschwerdegegnerin fest, dass in casu durch das Unfallereignis vom 15. April 2024 (recte: 2023) nur eine Kontusion der linken Schulterregion ohne morphologisch und bildgebend nachgewiesenen unfallkausalen

Befund an der vorbestehenden, mehrsegmentalen degenerativen Diskopathie der HWS vorgelegen habe. Der Status quo sine sei am 4. Mai 2023 erreicht worden, weshalb eine Leistungs- pflicht der Unfallversicherung ab diesem Zeitpunkt nicht mehr gegeben sei.

E. 7

Zunächst kann festgehalten werden, dass sich die Parteien bezüglich des grundsätzlichen Vorliegens eines Unfalls (Ereignis vom 15.04.2023) einig sind. Umstritten sind jedoch die Auswirkungen dieses Unfalls. Während der Beschwerdeführer geltend macht, die Problematik der Halswirbelsäule und die Verletzung des Brustmuskels seien unfallbedingt, verneint die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der Brustmuskelerletzung und erachtet bezüglich der HWS-Beschwerden eine traumatische Verschlimmerung des erwiesenen Vorzustandes als nicht belegt. Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass der Status quo sine am 4. Mai 2023 erreicht worden sei.

E. 7.1

Die Aktenbeurteilung von Dr. med. L.____ vom 28. Februar 2024 ist schlüssig, nachvollziehbar be- gründet und es bestehen keine Indizien gegen deren Zuverlässigkeit. Insbesondere werden durch die Einwendungen des Beschwerdeführers keine Zweifel am Beweiswert der Expertise geweckt. Wie nach- stehend zu zeigen sein wird, hat der Facharzt die ihm vorliegenden ärztlichen Unterlagen bei seiner medizinischen Einschätzung genügend berücksichtigt und seine Schlussfolgerung ist einleuchtend.

E. 7.2

Im Bereich der linken Schulter ist es durch den Unfall zu einer Kontusion gekommen. Beim Rönt- gen der linken Schulter zeigten sich regelrechte Weichteile sowie intakte ossäre Strukturen mit regel- rechten Artikulationen und die klinische Untersuchung ergab im Bereich der linken Schulter eine in- takte Sensibilität und Motorik. Lediglich die Abduktion sowie Aussenrotation waren schmerzbedingt eingeschränkt (E. 5.2). Beschwerdeweise werden denn auch nur noch Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und des linken Brustmuskels geltend gemacht.

E. 7.3

Zur Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der Diskushernie ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach es einer medizinischen Erfahrungs- tatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts entspricht, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur aus- nahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitge- hend unfallbedingt kann ein Bandscheibenvorfall betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von

Seite 15 von 19

besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufgetreten sind. In solchen Fällen hat die Unfallversicherung praxisgemäss auch für Rezidive und allfällige Operationen aufzukommen (BGer 8C_209/2014 vom 03.09.2014, E. 5.2, 8C_677/2007 vom 04.07.2008 E. 2.3; RKUV 3/2000 Nr. U 379 S. 192 [U 138/99] E. 2a). Wird die Dis- kushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall lediglich aktiviert, nicht aber (weitgehend)

verursacht, hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. (BGer 8C_681/2011 vom 27.06.2012 E. 3.3; RKUV 2000 Nr. U 378 S. 190 [U 149/99]).

E. 7.3.1

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung der unfallbedingt vorliegenden Gesundheitsschädigungen sei nicht bewiesen, ist festzuhalten, dass gemäss fachärztlicher Einschätzung nur die Kontusion der linken Schulter unfallbedingt war, wobei (auch) dies- bezüglich keine fassbaren klinischen Zeichen (Schwellung, Rötung, Schürfung, Hämatom) vorlagen (siehe E. 5.12). An der Halswirbelsäule (mit unbestrittenermassen vorbestehender degenerativer Diskopathie) bestand kein bildgebend nachgewiesener unfallkausaler Befund. So beschrieb Dr. med. B.____ regelrechte paravertebrale Weichteile, intakte ossäre Strukturen, kein Höhenverlust der Wirbelkörper sowie ein regelrechtes Alignment, und sah keine posttraumatischen Veränderungen (siehe E. 5.1). Auch Dr. med. L.____ kam in seiner Expertise zum Schluss, dass es aufgrund des geschilderten Ablaufs beim Unfall vom 15. April 2023 biomechanisch nicht zu einer kranio-kaudalen Krafteinwirkung auf eine oder mehrere Bandscheiben im HWS-Abschnitt gekommen sein könne, was zur Annahme eines überwiegend wahrscheinlich unfallkausalen Bandscheibenvorfalles der HWS jedoch vorausgesetzt wäre. Er erachtet eine traumatische Verschlimmerung des erwiesenen Vorzustandes als nicht belegt (siehe E. 5.12). Damit übereinstimmend kann sich Dr. med. K.____ das sensible Ausfallsyndrom C6 links (EM 15.04.2023) mit der degenerativen Diskopathie HWK 5/6 (MRI vom 04.05.2023) gut erklären. Er stellte zudem keine zervikalen Myelopathiezeichen und keine Paresen fest und den Unfall erwähnte er gar nicht (E. 5.11).

E. 7.3.2

Nach dem Gesagten ist das Vorliegen einer richtunggebenden Verschlimmerung – welche röntgenologisch ausgewiesen sein müsste (BGer 8C_601/2011 vom 09.01.2012 E. 2.2.2) – zu verneinen und es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Diskushernie durch den Unfall lediglich aktiviert, aber nicht (weitgehend) verursacht wurde. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin war somit auf das mit dem Unfall in Zusammenhang stehende Schmerzsyndrom begrenzt.

E. 7.3.3

Nachdem die Infiltration vom 4. Mai 2023 unmittelbar zu einer deutlichen Beschwerderegressions führte und auch der Beschwerdeführer von einem Abklingen der Beschwerden der Diskushernien

Seite 16 von 19

berichtete (E. 5.7 und 5.10), ist die Beschwerdegegnerin zu Recht vom Erreichen des Status quo sine am 4. Mai 2023 ausgegangen.

E. 7.4

Die Diagnose eines (Teil-)Abrisses des Brustmuskels wurde erstmals am 20. Juni 2023 von Dr. G.____ gestellt, welcher allerdings weder den Unfall noch einen Zusammenhang mit diesem erwähnte (E. 5.9). Im Erstbericht (Behandlung vom 15.04.2023 direkt nach dem Unfall) erwähnte der Hausarzt noch keine Beschwerden am Brustmuskel (E. 5.6). Dr. J.____ berichtete am 26. Juli 2023 zwar von einer bei einem Sturz im April zugezogenen Prellung

des Pectoralis. Der lediglich in der Anamnese genannte Zusammenhang mit dem Unfall wird im Bericht nicht weiter ausgeführt (E. 5.10). Mit diesen Berichten wird somit – wie die Beschwerdegegnerin zutreffend erkannte – kein genügender Zusammenhang zwischen den nach dem Sturz verspürten Schmerzen (welche unter das linke Schulterblatt ausstrahlten) und der Verletzung des Brustmuskels hergestellt. Im Gegenteil lässt sich dem letztgenannten Bericht entnehmen, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden am Brustmuskel erst nach Abklingen der Beschwerden der Diskushernien aufgetreten sind. Damit übereinstimmend lassen sich den unmittelbar nach dem Unfall datierenden ärztlichen Berichten keine Hinweise auf Schmerzen im Musculus pectoralis entnehmen.

E. 7.4.1

Sind – wie vorliegend – nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so besteht grundsätzlich eine Leistungspflicht für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG, sofern die Verletzung nicht nachweislich vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (siehe E. 2.2 hievor). Aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises ergibt sich (weiterhin) die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfall- ähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers (BGE 146 V 51 E. 8.6). Im Rahmen dieses Entlastungsbeweises ist die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis für die Abgrenzung von der Leistungspflicht des Krankenversicherers bedeutsam (BGer 8C_671/2019 vom 11.03.2020 E. 2.4).

E. 7.4.2

Lässt sich bei der Abklärung der Begleitumstände der Verletzung kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter respektive harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (BGE 146 V 51 E. 8.6).

Seite 17 von 19

E. 7.4.3

Dr. med. L.____ hat in Bezug auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Verletzungen im Schulterbereich und an den Muskeln im linken Brustbereich festgehalten, dass zu keinem Zeitpunkt klinisch oder bildgebend Befunde einer (allein anamnestisch möglichen) Kontusion der Schulterregion festgehalten wurden. Er hat die Berichte von Dres. G.____ und J.____ (vom 20.06. und 26.07.2023) bei seiner Einschätzung berücksichtigt. Aus diesen ergeben sich – abgesehen von der anamnestischen (indessen nicht weiter begründeten) Angabe im zweitgenannten Bericht, der Versicherte habe sich bei einem Sturz im April eine Prellung des Pectoralis zugezogen – keine Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 15. April 2023 und der Brustmuskelverletzung (E. 7.4). Zudem konnte gemäss Dr. J.____ bei der MRI-Untersuchung keine Verletzung der lateralen

Insertion festgestellt werden und für ihn bestand klinisch kein spürbarer Kraftverlust (E. 5.10). Im Bericht von Dr. med. K. ___ wird kein Muskelriss erwähnt (E. 5.11).

E. 7.4.4

Nach dem Gesagten fehlt es an einem initialen erinnerlichen Ereignis für die Annahme einer (vom Unfallversicherer zu übernehmenden) unfallähnlichen Körperschädigung. Ein solches kann insbesondere nicht im Unfall vom 15. April 2023 ausgemacht werden, nachdem die initial aufgesuchten Kliniken keinerlei Hinweise auf eine Verletzung beziehungsweise Schmerzen am Brustmuskel enthielten (E. 5.1 - 5.5) und der vom Beschwerdeführer geltend gemachte (klinisch jedoch nicht objektivierbare, vergleiche E. 5.10) Kraftverlust erst später aufgetreten ist. Es kann aber auch kein anderer konkreter Zeitpunkt benannt werden, in dem die Beschwerden begonnen haben ("immer wieder im Fitness" bemerkt). Folglich ist vorliegend nicht relevant, ob der muskuläre Riss links- oder rechtsseitig diagnostiziert wurde.

E. 7.4.5

Bei fehlendem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 15. April 2023 und dem Muskelriss ist – weil vorliegend auch kein anderes initiales Ereignis als Verletzungsursache in Frage kommt – gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, das heisst zu mehr als 50 Prozent, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 9.2).

E. 8

Das Gericht erwartet von weiteren Beweisvorkehren keine neuen entscheidungswesentlichen Aufschlüsse, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf solche verzichtet wird (BGE 144 V 361 E. 6.5).

E. 9

Nach dem Ausgeführten hält der angefochtene Einspracheentscheid einer Überprüfung stand. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen.

E. 10.1

Da im UVG keine Kostenpflicht vorgesehen ist, ist das Verfahren für die Parteien kostenlos (vergleiche Art. 61 lit. fbis ATSG).

Seite 18 von 19

E. 10.2

Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 Rz. 218).

Seite 19 von 19

Das Obergericht erkennt: 1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. 4. Eröffnung:

- Beschwerdeführer
- Beschwerdegegnerin
- Bundesamt für Gesundheit

Altdorf, 6. Juni 2025 OBERGERICHT DES KANTONS URI Verwaltungsrechtliche
Abteilung Die Präsidentin Die Gerichtsschreiberin

Rechtsmittelbelehrung Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG. Versand:

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