



Fall-Nr.: UV 2021/71
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 18.12.2023
Entscheiddatum: 26.10.2023

Entscheid Versicherungsgericht, 26.10.2023

Die Adäquanz der psychischen Beschwerden und gegebenenfalls des Schmerzsyndroms und des Tinnitus können, da beim Sturz aus sieben Metern von einem mittelschweren Ereignis im Grenzbereich zu den schweren Unfällen auszugehen ist und deshalb bereits die Erfüllung eines einzigen Adäquanzkriteriums ausreicht – entgegen der Ansicht des Unfallversicherers – nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden. Da die medizinische Aktenlage zur Beurteilung der natürlichen Kausalität, der Adäquanz und der Arbeitsfähigkeit sowie des Integritätsschadens unzureichend ist, bedarf es einer externen interdisziplinären Begutachtung des Beschwerdeführers. Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Einholung eines externen interdisziplinären Gutachtens und Neuverfügung über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Oktober 2023, UV 2021/71).

Entscheid vom 26. Oktober 2023

Besetzung

Versicherungsrichter Michael Rutz (Vorsitz), Versicherungsrichtern Christiane Gallati Schneider und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiber Markus Jakob

Geschäftsnr.

UV 2021/71

Parteien

A.____,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel J. Senn, Museumstrasse 47, 9000 St. Gallen,

gegen

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Invalidenrente / Integritätsentschädigung

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ (nachfolgend: Versicherter) war bei der B.____ AG als Steinbruch-Mitarbeiter tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 19. Mai 2017 bei der Arbeit in einem Steinbruch einen Unfall erlitt. Der Versicherte wurde von einem "fehlfunktionierenden" Arbeitsgerät (Drucklufthebekissen, vorliegend eingesetzt zum Trennen/Abspalten von Sandsteinblöcken) am Oberkörper getroffen und weggeschleudert, worauf er sieben Meter in die Tiefe stürzte und auf dem Boden aufschlug (vgl. UV-act. 1, 37-2, 61, 62-1, 74). Dabei zog er sich insbesondere Verletzungen an der rechten Hand (perilunäre Luxationsfraktur), im Beckenbereich (undislozierte Sakrumfraktur, obere Schambeinastfraktur), am rechten Ellbogen (Rissquetschwunde) und am rechten Oberschenkel (Rissquetsch- und Schürfwunden) zu (vgl. UV-act. 3, 5, 8). Noch am Unfalltag wurde der Versicherte im Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend: KSSG) am rechten Handgelenk operiert (offene Reposition des Os lunatum, Karpaldachspaltung und Anlage eines handgelenksüberbrückenden Fixateurs) und es wurde die Wunde am rechten Oberschenkel versorgt. Hinsichtlich der Frakturen



St.Galler Gerichte

im Beckenbereich entschied man sich für eine konservative Behandlung (UV-act. 4 f., 8, 44).

A.b. Anschliessend an die Hospitalisation im KSSG wurde der Versicherte vom 2. Juni bis 11. Juli 2017 in der Rehaklinik Valens behandelt. Während dieser Zeit trat beim Versicherten ein beidseitiger Tinnitus auf und es wurde eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23) diagnostiziert (vgl. UV-act. 3, 9, 23, 34 ff.).

A.c. Die weitere Behandlung erfolgte wieder im KSSG, insbesondere in der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie (nachfolgend: Handchirurgie des KSSG) und in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (nachfolgend: Orthopädie des KSSG; vgl. UV-act. 43, 47 ff., 59 f.). Die Klinikärzte verordneten insbesondere Physio- und Ergotherapien (UV-act. 51 f., 56). Die wegen den persistierenden Schmerzen im Bereich des rechten Hüftgelenks im November 2017 durchgeführten Infiltrationen brachten nur eine vorübergehende Verbesserung der Beschwerdesymptomatik (vgl. UV-act. 90). Nicht die erhofften Beschwerdeverbesserungen brachten eine Denervation des rechten Handgelenks am 23. November 2017 (vgl. UV-act. 92, 106) und die Infiltration der Iliosakralgelenke (nachfolgend: ISG) zusammen mit einem Sakralblock am 26. Januar 2018 (UV-act. 113; vgl. UV-act. 111). Eine am 17. September 2018 in der Hals-Nasen-Ohrenklinik des KSSG (nachfolgend: HNO des KSSG) durchgeführte Untersuchung ergab das glaubhafte Vorliegen eines beidseitigen Tinnitus (UV-act. 147). Daraufhin empfahl Suva-Versicherungsmediziner Dr. med. C.____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, im Bericht vom 15. Februar 2019 die Anerkennung der Tinnitus-Beschwerden zulasten des Unfalls. Den Integritätsschaden schätzte er auf 5 % (UV-act. 176). Die den Versicherten behandelnde dipl. Psychologin D.____, diagnostizierte im von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mitunterzeichneten Bericht vom 29. November 2018 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1; UV-act. 157).

A.d. Mit Schreiben vom 22. Januar 2019 teilte die Invalidenversicherung (nachfolgend: IV) dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens um berufliche



St.Galler Gerichte

Massnahmen mit, da solche aufgrund des Gesundheitszustands derzeit nicht möglich seien (UV-act. 160).

A.e. Vom 10. Februar bis 2. März 2019 war der Versicherte erneut in stationärer Behandlung in der Klinik Valens. Die Klinikärzte diagnostizierten insbesondere ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine depressive Episode (ICD-10: F32.1) und einen chronischen Tinnitus seit ca. 2017. Sie erachteten die zuletzt ausgeübte Tätigkeit dem Versicherten nicht mehr als zumutbar. Für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne langes Stehen gingen sie aus rheumatologischer Sicht seit dem 3. März 2019 von einer 50%igen und aus psychiatrischer Sicht ebenfalls von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus (UV-act. 178).

A.f. Im Arztbericht vom 26. Juni 2019 führte Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie FMH, Neurologisches Zentrum G.____, insbesondere aus, dass die klinisch-neurologische und elektroneurographische Untersuchung weder eine Neuropathie noch eine chronisch neurogene Schädigung der rechten unteren Extremität gezeigt hätten. Posttraumatisch liege ein chronisch ausgeweitetes Schmerzsyndrom vor (UV-act. 211). Im Arztbericht vom 12. August 2019 führte Dr. F.____ gestützt auf neu erstellte MRI-Bilder im Bereich der Beckenstruktur rechts (vgl. UV-act. 212, 217) aus, dass eine multifaktoriell bedingte, höhergradige Spinalkanalstenose LWK3/4 und eine hochgradige neuroforaminale Stenose LWK4/5 links vorliege (UV-act. 232). Im Bericht über ein am 12. September 2019 durchgeführtes Konsilium erklärte Dr. med. H.____, Facharzt für Neurochirurgie, Wirbelsäulenchirurgie, Klinik I.____, dass die Wirbelkanalstenose die rechtsseitigen schweren Ausstrahlungen nicht erklären würde und die drei abgenutzten Bandscheiben nicht unfallbedingt seien. Die Diskushernie sei aber durch den Unfall zumindest mit ausgelöst worden. Das Krankheitsbild insgesamt sei klar unfallbedingt (UV-act. 250).

A.g. Am 13. September 2019 wurde der Versicherte in der Handchirurgie des KSSG operiert. Vorgenommen wurde eine 4-Corner-Fusion (Teilarthrodese) an der rechten Hand (UV-act. 255 ff., 260; vgl. UV-act. 240 f., 245). Im Untersuchungsbericht der Orthopädie des KSSG vom 13. November 2019 wurde erklärt, dass es aus hüftorthopädischer Sicht keine behandlungsbedürftigen Diagnosen gebe (UV-act. 261).



A.h. Im psychiatrischen Bericht vom 6. Januar 2020 diagnostizierte Dr. E.____ eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), Erstdiagnose Mai 2017, und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Im Weiteren führte er aus, dass der Versicherte eingeengt sei auf seine multiplen körperlichen Beschwerden. Es würden erhebliche Defizite der Kognition und der Affektivität bestehen. Die Behandlung beinhalte eine engmaschige psychiatrische-psychotherapeutische Betreuung in der Muttersprache des Versicherten. Für Eingliederungsmassnahmen würden keine Ressourcen bestehen. Es sei mit einem längeren Krankheitsverlauf zu rechnen (UV-act. 266).

A.i. Im Bericht der Handchirurgie des KSSG vom 20. Februar 2020 über die Untersuchung vom Vortag wurde erklärt, dass trotz mehrerer Eingriffe nie eine Beschwerdebesserung habe erzielt werden können, weshalb von einem chronischen Beschwerdebild auszugehen sei. Weitere Operationen wurden als nicht sinnvoll erachtet (UV-act. 275; vgl. vorangehenden Bericht vom 15. November 2019, UV-act. 265). Im Bericht vom 14. Mai 2020 führte Dr. med. J.____, Chefarzt Handchirurgie, Klinik K.____, im Rahmen einer Zweitmeinung zuhanden der Suva aus, dass die 4-Corner-Fusion verheilt sei. Das in der klinischen Untersuchung erhobene sehr diffuse Schmerzbild liesse sich keinem anatomisch pathologischen Substrat genau zuordnen, da fast das ganze Handgelenk zirkular schmerzhaft sei. Es liege eine chronifizierte Schmerzsituation des rechten Handgelenks vor. Auch Dr. J.____ empfahl, im Moment von weiteren handchirurgischen Eingriffen abzusehen (UV-act. 296). Im Bericht der Handchirurgie des KSSG vom 20. Mai 2020 über die gleichentags durchgeführte Untersuchung wurde erneut ausgeführt, da trotz multiplen Eingriffen keine Erfolge hätten erzielt werden können, sei ein weiterer Eingriff wenig erfolgversprechend (UV-act. 297). Im Verlaufsbericht der Schmerzklinik des KSSG vom 13. Juli 2020 über die Untersuchung vom 10. Juli 2020 wurde festgehalten, dass sich seitens der Schmerzsituation und Lokalisation nichts Wesentliches verändert habe. Derzeit würden die Beschwerden in der rechten Hand im Vordergrund stehen (UV-act. 303; vgl. auch den vorangehenden Bericht vom 4. März 2020, UV-act. 280). Im Bericht der Schmerzklinik des KSSG vom 2. Oktober 2020 wurde erklärt, dass sie keine weiteren therapeutischen Optionen anzubieten hätten (UV-act. 314).



A.j. Am 17. November 2020 erfolgte eine orthopädische Untersuchung des Versicherten durch Suva-Kreisarzt Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Als Hauptdiagnosen nannte er: 1. ein SLAC (scapholunate advanced collapse) Wrist Grad III rechts, 2. eine passagere ISG-Symptomatik rechts, 3. einen Status nach undislozierter Sakrumfraktur sowie zum Acetabulum ziehender, oberer Schambeinfraktur rechts vom 19. Mai 2017 – konservativ radiologisch folgenlos ausgeheilt, 4. eine Entwicklung eines chronifizierten nozizeptiv-neuropathischen Schmerzsyndroms (Lokalisation: gluteal rechts mit pseudo-radikulärer Ausstrahlung in den Oberschenkel und die Hand rechts) und 5. eine paramediale Diskushernie LWK 4/5 mit Kompression der Nervenwurzel L5 links sowie eine foraminale Kompression des Ganglions der Nervenwurzel L4 links – nicht unfallkausal. Im Weiteren führte Dr. L.____ aus, dass rein somatisch ein stabiler Zustand vorliege. Sowohl von schmerztherapeutischer als auch von somatischer Seite sei die Behandlung gemäss vorliegenden Berichten im Mai respektive im Oktober 2020 beendet worden. Mit weiteren Behandlungsmassnahmen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Verbesserung mehr erzielt werden. Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, dass dem Versicherten aus rein somatischer Sicht leichte körperliche Tätigkeiten wechselbelastend vollschichtig ganztags zumutbar seien. Als zu beachtende, spezielle qualitative Einschränkungen wurden genannt: kein Heben und Tragen von Lasten über ein Kilogramm für die rechte Hand, keine Arbeiten mit Vibrationen oder Stauchungen für das rechte Handgelenk, keine Arbeiten mit vermehrter Belastung für Pronation und Supination des rechten Handgelenks (UV-act. 323). Gleichentags beurteilte Dr. L.____ auch den Integritätsschaden aus orthopädischer Sicht. Hinsichtlich des rechten Handgelenks ging er von einem Integritätsschaden von 15 % aus (UV-act. 322).

A.k. Mit Schreiben vom 3. Dezember 2020 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. Dezember 2020 eingestellt würden, da eine unfallbedingte Behandlung nicht mehr notwendig sei. Weiterhin übernommen würden die Kosten der Schmerzmittel inklusive Magenschoner und Temesta (UV-act. 327).

A.l. Im Bericht der HNO-Klinik des KSSG über die Untersuchung des Versicherten vom 1. Februar 2021 wurde ausgeführt, dass der Versicherte über ein Ohrgeräusch



berichtet habe, das wie summende Bienen oder ein Maschinengeräusch klinge. Dieses sei permanent vorhanden und nicht pulsatil. Insbesondere in Ruhe nehme die Wahrnehmung zu. Das Einschlafen sei deswegen erschwert. Im Alltag störe das Ohrgeräusch sehr und er könne sich nicht konzentrieren. Zum im Tinnitus Handicap Inventory angegebenen katastrophalen Handicap (Grad 5) wurde erklärt, dass dies in der Regel einem dekompenzierten Tinnitus mit entsprechendem Leidensdruck entspreche. Trotzdem sei es nicht zu einer entsprechenden Behandlung gekommen. Da insgesamt einige Angaben und Befunde nicht kongruent seien, bestehe der Eindruck, dass noch weitere Faktoren eine Rolle spielen würden (z.B. Psychosomatik, nicht-organische [funktionelle] Ursache, Aggravation). Die objektiven Tests hätten eine regelgerechte Ableitung beidseits gezeigt, so dass in der Gesamtschau von einem normalen Hörvermögen beidseits auszugehen sei. Diagnostiziert wurden ein Tinnitus beidseits (rechts mehr als links), der Ausschluss einer peripheren Hörstörung beidseits und ein Status nach Sturz am 19. Mai 2017 mit/bei diversen Frakturen und eine Anpassungsstörung (UV-act. 336).

A.m. In der Beurteilung vom 11. Februar 2021 interpretierte der um Stellungnahme gebetene Suva-Versicherungsmediziner Dr. C.____ die bisherigen HNO-Berichte dahingehend, dass von einem subjektiven Tinnitus ohne eine objektivierbare ORL-Pathologie auszugehen sei. Aufgrund der fehlenden Objektivierung sei davon auszugehen, dass die vorliegenden Tinnitus-Beschwerden auf einer psychischen Grundlage bzw. im Bereich der Psychosomatik zu lokalisieren seien. Die Tinnitus-Beschwerden seien deshalb durch die Spezialisten der Psychiatrie/Psychosomatik abzuklären und weiter zu beurteilen. Zu dem von ihm im Bericht vom 15. Februar 2019 vorgeschlagenen Integritätsschaden von 5 % (vgl. UV-act. 176) führte er aus, dass dieser aufgrund eines dekompenzierten Tinnitus beidseits mit einem Handicap 5 ermittelt worden sei. Anhand der derzeitigen objektiven Befunde in Bezug auf das Gehör könne keine Integritätseinbusse/-schädigung, welche mit dem Unfallereignis im Zusammenhang stehe, festgestellt werden (UV-act. 343).

A.n. Im Arztbericht vom 2. Februar 2021 wies Dr. E.____ darauf hin, dass der psychische Zustand des Versicherten instabil sei und die gestellten Diagnosen – mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) – in kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom



19. Mai 2017 ständen. Die Weiterführung der engmaschigen psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung sei aufgrund der psychischen Folgen des Unfalls notwendig. Im Weiteren erklärte Dr. E.____, dass die vom Suva-Kreisarzt empfohlene Abgabe von Temesta und Schmerzmitteln inklusive Magenschoner ohne Konsultation beim Psychiater fachlich bedenklich sei und zu unabsehbaren gesundheitlichen Schäden führen könne (UV-act. 335, vgl. UV-act. 342).

A.o. Mit Verfügung vom 16. Februar 2021 teilte die Suva dem Versicherten mit, da mit einem ermittelten Invaliditätsgrad von 9 % keine erhebliche unfallbedingte Beeinträchtigung der Erwerbstätigkeit vorliege, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Zugesprochen wurde wegen der Handproblematik eine Integritätsentschädigung auf Basis einer Integritätseinbusse von 15 % (UV-act. 349).

B.

B.a. Gegen die Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel J. Senn, St. Gallen, mit Eingabe vom 15. März 2021 und ergänzender Begründung vom 19. April 2021 Einsprache. Beantragt wurde, die Verfügung vom 16. Februar 2021 aufzuheben, den Rentenanspruch wie auch die Integritätsentschädigung nach Beendigung der ärztlichen Behandlung resp. nach Durchführung einer unabhängigen psychiatrischen bzw. interdisziplinären Begutachtung neu festzusetzen, dem Versicherten für die Dauer des Verfahrens mit Wirkung ab 1. Januar 2021 Taggelder zu bezahlen und dem Versicherten die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren. Beanstandet wurde insbesondere die Nichtberücksichtigung der psychischen Leiden und des Tinnitus bzw. die Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs dieser Beschwerden zum Unfall vom 19. Mai 2017 (UV-act. 354).

B.b. Mit Einspracheentscheid vom 31. August 2021 wies die Suva die Einsprache des Versicherten vom 15. März 2021 ab (Dispositiv-Ziffer 1). Einer allfälligen Beschwerde gegen den Entscheid entzog sie die aufschiebende Wirkung (Dispositiv-Ziffer 2). Sie erhob keine Verfahrenskosten und sprach dem Versicherten keine Parteientschädigung zu (Dispositiv-Ziffer 3). Begründet wurde die Verneinung eines Rentenanspruchs insbesondere damit, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den nicht organischen nachweisbaren Beschwerden und dem Unfall vom 19. Mai 2017 zu



verneinen sei. Die Integritätsentschädigung sei aufgrund der beeinträchtigten rechten Hand gewährt worden. Hinsichtlich des Gehörs sei, da objektive Befunde fehlten, keine Integritätsentschädigung geschuldet. Im Weiteren wurde mitgeteilt, dass über das Gesuch betreffend unentgeltliche Rechtsverbeiständung separat entschieden werde (Dispositiv-Ziffer 4; UV-act. 360).

C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 31. August 2021 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsvertreter am 1. Oktober 2021 Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren: 1. Die Ziffern 1, 2 und 3.2 (Satzteil betreffend Parteientschädigung) des angefochtenen Einspracheentscheids vom 31. August 2021 seien aufzuheben. 2. Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers wie auch dessen Integritätsentschädigung seien, eventuell nach Durchführung einer psychiatrischen bzw. interdisziplinären Begutachtung, neu festzusetzen. 3. Dem Beschwerdeführer sei für den Fall des Unterliegens die unentgeltliche Rechtsverbeiständung zu gewähren. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 1).

C.b. In ihrer Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde vom 1. Oktober 2021. Im Weiteren wurde informiert, dass das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtsverbeiständung im Einspracheverfahren antragsgemäss gutgeheissen worden sei (act. G 4, G 4.1).

C.c. Am 17. November 2021 bewilligte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung für das Beschwerdeverfahren (act. G 8).

C.d. Mit Schreiben vom 17. Dezember 2021 verzichtete der Beschwerdeführer auf die Einreichung einer Replik. Eingereicht wurde eine Kostennote (act. G 10, G 10.1).

C.e. Am 27. Dezember 2021 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 21. Dezember 2021 über die am 29. Oktober und 16.



November 2021 durchgeführten Abklärungen nach (act. G 12, G 12.1). Am 25. Januar 2022 nahm die Beschwerdegegnerin dazu Stellung (act. G 14).

Erwägungen

1.

1.1. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 31. August 2021 (UV-act. 360). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und eine höhere Integritätsentschädigung verneint hat.

1.2. Der Beschwerdeführer macht in der Beschwerde vom 1. Oktober 2021 geltend, dass nebst den somatischen auch die psychischen Beschwerden und der Tinnitus auf den Unfall vom 19. Mai 2017 zurückzuführen seien. Da der natürliche und der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den subjektiven bzw. psychischen Störungen und dem Unfallereignis gegeben seien, müssten die Auswirkungen dieser Leiden bei der Leistungsprüfung mitberücksichtigt werden, wobei allenfalls zuvor eine psychiatrische bzw. interdisziplinäre Begutachtung durchzuführen sei. Für die Anerkennung der Adäquanz spreche insbesondere, dass es sich beim unkontrollierten Sturz aus sieben Meter Höhe um einen schweren Unfall im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handle. Er leide seit dem Unfall an erheblichen körperlichen Dauerschmerzen und habe sich mehreren Operationen und einer jahrelangen komplizierten Heilbehandlung unterzogen. Die Dauer der verschiedenen ärztlichen Behandlungen sei auch angesichts der deutlich verzögerten Rekonvaleszenz ungewöhnlich lange. Zu berücksichtigen seien auch die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit und der Verlust der Arbeitsstelle (act. G 1).

1.3. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Begründung ihres Einspracheentscheids in orthopädischer Hinsicht im Wesentlichen auf die beiden Beurteilungen ihres Kreisarztes Dr. L.____ vom 19. November 2020 (UV-act. 322 f.) und in Bezug auf den Tinnitus auf die Beurteilung ihres Versicherungsmediziners Dr. C.____ vom 11. Februar 2021 (UV-act. 343). Dass die psychischen Leiden und der Tinnitus nicht berücksichtigt worden sind, wird damit begründet, dass der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den nicht organisch nachweisbaren Beschwerden und dem Unfall vom 19. Mai 2017 zu verneinen sei. Das Unfallereignis sei, da ein Sturz aus gewisser Höhe vorliege, praxismässig als mittelschwer im engeren Sinne einzustufen. Infolgedessen müssten mindestens drei der massgeblichen Kriterien



beziehungsweise eines davon in ausgeprägter Weise erfüllt sein. Vorliegend sei jedoch keines dieser Kriterien erfüllt (UV-act. 360, act. G 4).

2.

2.1. Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

2.2. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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.

2.3. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht und die vorübergehenden Leistungen (Heilbehandlung, Taggeld) fallen dahin, wenn allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG). Die Integritätsentschädigung wird mit der Invalidenrente festgesetzt oder, falls kein Rentenanspruch besteht, bei der Beendigung der ärztlichen Behandlung gewährt (Art. 24 Abs. 2 Satz 1 UVG).

2.4. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.; 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]). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht oder nicht in gleicher Weise oder nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Faktoren für die Schädigung verantwortlich, d.h. zumindest teilkausal ist, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, 117 V 376 E. 3a, 117 V 360 E. 4a, je mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 53). Für die Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen 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 (BGE 129 V 181 E. 3.1 und 112 V 32 f. E. 1; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 und 58 f.; KOSS UVG-Nabold, N 53 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 65 f. und 74 zu Art. 6). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen im Sinn von nachweisbaren strukturellen Veränderungen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 364 f. E. 5d/bb, 118 V 291 f. E. 3a). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 140 E. 6c/aa (Praxis zu den psychischen Unfallfolgen) vorzunehmen.

2.5. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 183 f. E. 3.2). Dieser schliesst eine Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 129 V 177 E. 3.1, 117 V 360 E. 4a, je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2, und vom 20. August 2009, 8C_363/2009, E. 1; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 27. April 2005, U 6/05; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 54 f.). Hat der Unfallversicherer seine Leistungspflicht im Grundfall einmal anerkannt,



so entfällt sie erst dann wieder, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit gänzlich fehlender Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 58 f.). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteile des Bundesgerichts vom 3. August 2022, 8C_698/2021, E. 3.3, und vom 24. August 2016, 8C_263/2016, E. 4.2; Urteil des EVG vom 9. September 1999, U 355/98, E. 2, in: RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45).

2.6. 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 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 oder von ihren Vertrauensärztinnen und -ärzten einholen, Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4, 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die



Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen oder vertrauensärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne Begutachtung anzuordnen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 229 E. 5.2 mit Hinweis, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

3.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Dies ist nachfolgend zu prüfen.

3.1. Unbestrittenermassen bestanden zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. Dezember 2020 beim Beschwerdeführer noch organisch objektivierbare Unfallrestfolgen (bei einem Status nach Verletzungen an der rechten Hand, im Beckenbereich, am rechten Ellbogen und am rechten Oberschenkel [vgl. Sachverhalt A.a] und mehreren unfallbedingten Operationen [vgl. Sachverhalt A.a, A.c, A.g]). Im Bericht vom 19. November 2020 nannte Dr. L.____ als unfallkausale somatische Diagnosen insbesondere ein SLAC Wrist Grad III rechts, eine passagere ISG-Symptomatik rechts, einen Status nach undislozierter Sakrumfraktur sowie zum Acetabulum ziehende, obere Schambeinfraktur rechts, eine Entwicklung eines chronifizierten nozizeptiv-neuropathischen Schmerzsyndroms sowie eine paramediale Diskushernie LWK 4/5 (UV-act. 323; die Diagnosen entsprechen denjenigen, welche die Fachärzte des KSSG in ihren Berichten stellten, vgl. UV-act. 297, 304). Die genannten Diagnosen und das Bestehen von damit zusammenhängenden Restbeschwerden zum Zeitpunkt des Fallabschlusses (31. Dezember 2020) bzw. der Zeitpunkt des Fallabschlusses an sich wurden von den Parteien nicht in Frage gestellt.

3.2. Hinsichtlich des von Dr. L.____ diagnostizierten Schmerzsyndroms besteht dennoch Abklärungsbedarf. Im Bericht der Klinik Valens vom 11. März 2019 wurde ein chronifiziertes nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom als Folge des beim Unfall vom 19. Mai 2017 erlittenen Polytraumas und den anschliessenden mehrfachen Operationen diagnostiziert (UV-act. 178-12; vgl. UV-act. 211-2 und 211-4: chronifiziertes Schmerzsyndrom bei Status nach Polytrauma nach Sturz am 19. Mai 2017). Der Neurochirurg Dr. H.____ stuft in seinem Bericht vom 19. September 2019 das Krankheitsbild (hinsichtlich der Schmerzen/Beschwerden im Bereich des Beckens und des rechten Beins) insgesamt als klar unfallbedingt ein (UV-act. 250-2; vgl. dazu die Stellungnahme des Suva-Versicherungsmediziners Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie, speziell Unfallchirurgie, vom 20. September 2019) und Suva-



Versicherungsmediziner Dr. med. N.____, Facharzt für Chirurgie, erachtete in seinem Bericht vom 9. März 2020 die Schmerzen ausgehend von der rechten Hand bzw. des rechten Handgelenks ohnehin als somatisch bedingt (vgl. UV-act. 278). Dr. L.____ hielt sodann aber fest, dass es im Verlauf zu einer deutlich verzögerten Rekonvaleszenz im Sinne einer chronischen Schmerzentwicklung gekommen sei. Im Schmerzzentrum des KSSG sei ein chronifiziertes nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom mit Lokalisation rechts gluteal und Ausstrahlung in den Oberschenkel diagnostiziert worden, ferner ein Schmerzsyndrom der rechten Hand bei Status nach offener Reposition des OS lunatum (UV-act. 323-13). Zudem stellte er bei seiner Untersuchung Diskrepanzen zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung und den objektivierbaren Befunden fest, die aus seiner Sicht am ehesten als Schmerzverarbeitungsstörung zu interpretieren sei. Er hielt dazu aber ausdrücklich fest, dass er nicht beurteilen könne, ob dies bewusstseinsnah oder bewusstseinsfern sei (UV-act. 323-14). Vor diesem Hintergrund ist unklar, ob die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schmerzen ausschliesslich durch die Hand- und Beckenproblematik und damit organisch bedingt sind oder ob es noch weitere Ursächlichkeiten – wie eine psychische Bedingtheit der Schmerzen – gibt. Die Beschwerdegegnerin wird solche Abklärungen – im Rahmen einer zu veranlassenden versicherungsexternen Begutachtung – nachzuholen haben.

3.3. Nicht ausreichend geklärt ist ausserdem die Ursächlichkeit des vom Beschwerdeführer beklagten Tinnitus. Ein solcher gilt nach der Rechtsprechung nicht als körperliches bzw. organisch objektiv ausgewiesenes Leiden, sofern er nicht einer organischen Ursache zuzuordnen ist (BGE 138 V 248 E. 5.10). Hinsichtlich des Tinnitus empfahl Dr. C.____ zwar in seiner ersten Beurteilung vom 15. Februar 2019 noch die Anerkennung der Tinnitus-Beschwerden zulasten des Unfallversicherers (UV-act. 176). Aufgrund des Berichts der HNO-Klinik des KSSG vom 3. Februar 2021, in welchem vom Vorliegen eines Tinnitus beidseits (rechts mehr als links), jedoch von keiner peripheren Hörstörung ausgegangen worden war (vgl. UV-act. 336), ging Dr. C.____ im Bericht vom 15. Februar 2021 nun vom Vorliegen eines subjektiven Tinnitus ohne eine objektivierbare ORL-Pathologie aus. Da die Tinnitus-Beschwerden auf einer psychischen Grundlage bzw. im Bereich der Psychosomatik zu lokalisieren seien, müssten diese durch die Spezialisten der Psychiatrie/ Psychosomatik abgeklärt und weiter beurteilt werden (UV-act. 343). Auch der behandelnde Arzt der HNO-Klinik des KSSG hatte den Eindruck, dass noch weitere Faktoren eine Rolle spielen (z.B. Psychosomatik, nicht-organische[funktionelle] Ursache, Aggravation; UV-act. 336). Gemäss den vorliegenden Akten veranlasste die Beschwerdegegnerin keine



diesbezüglichen Abklärungen. Auch dies wird die Beschwerdegegnerin mittels einer versicherungsexternen Begutachtung nachzuholen haben.

3.4. Ungewissheit besteht auch hinsichtlich der Kausalität der psychischen Beschwerden. Bereits wenige Monate nach dem Unfall wurde der Beschwerdeführer psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt. Informationen dazu enthalten insbesondere die Berichte der Klinik Valens vom 12. und 13. Juli 2017 (UV-act. 34, 37), der Bericht der Psychologin D. ___ vom 29. November 2018 (UV-act. 157), die Berichte der Klinik Valens vom 2. und 7. März 2019 (UV-act. 178-1 ff., 178-10 ff.) sowie die Berichte des Psychiaters Dr. E. ___ vom 6. Januar 2020 (UV-act. 266) und 2. Februar 2021 (UV-act. 335). In den Berichten der Klinik Valens vom 12. und 13. Juli 2017 wird auf den Zusammenhang zwischen den unfallbedingten deutlichen Einschränkungen der Beweglichkeit sowie den psychischen Leiden hingewiesen (Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen [in absteigender Reihenfolge: Sorge, Anspannung, Zukunftsangst, Depression, ICD-10: F43.23]). Die sich beim Beschwerdeführer darstellende bzw. bei ihm resultierte Symptomatik stuften die Klinikärzte als situationsspezifisch und dem Erwartungswert entsprechend ein (UV-act. 34-2, 37-3). Am 1. Dezember 2017 erteilte die Beschwerdegegnerin die Kostengutsprache für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (UV-act. 95, vgl. UV-act. 94). Folglich dürfte die Beschwerdegegnerin – zumindest zum damaligen Zeitpunkt – von der Kausalität der psychischen Beschwerden ausgegangen sein. In den von der Beschwerdegegnerin bei den behandelnden medizinischen Fachpersonen nach einem Jahr bzw. zwei Jahren eingeholten Berichten wurde Bezug genommen auf den Unfall vom 19. Mai 2017 bzw. das dabei erlittene Trauma (vgl. psychotherapeutischer Bericht von dipl. Psychologin D. ___, mitunterzeichnet von Dr. E. ___, vom 29. November 2018, UV-act. 157, und psychiatrischer Bericht von Dr. E. ___ vom 6. Januar 2020, UV-act. 266). Im Arztbericht vom 2. Februar 2021 ging Dr. E. ___ von einem kausalen Zusammenhang zwischen den psychischen Leiden (Diagnosen: mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom [ICD-10: F32.11] und posttraumatische Belastungsstörung [ICD-10: F43.1]) und dem Unfall vom 19. Mai 2017 aus. Hinsichtlich der genannten Berichte ist festzuhalten, dass es diesen an einer nachvollziehbaren diagnostischen Einordnung sowie einer ausreichenden Beurteilung der natürlichen Kausalität in Bezug auf den Unfall (und die unfallbedingten medizinischen Eingriffe) fehlt. Es ist daher unklar, ob eine unfallkausale psychische Fehlentwicklung nach einem Unfall (allenfalls nach einer unfallbedingten Operation oder einem organisch bedingten Schmerzsyndrom) vorliegt und/oder ob es sich um ein unfallnahes, allenfalls natürlich unfallkausales psychisches Leiden im Sinne einer Anpassungsstörung handelt, das oft nach einer gewissen Zeit verarbeitet wird, oder



eine posttraumatische Belastungsstörung gegeben ist. Ungeklärt sind dabei insbesondere auch der Zusammenhang zwischen den psychischen Leiden und dem Tinnitus sowie dem Schmerzsyndrom. Folglich besteht auch hinsichtlich der psychischen Leiden noch Abklärungsbedarf, welchen die Beschwerdegegnerin nachzuholen haben wird.

3.5. Zusammenfassend ist soweit festzuhalten, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen den geltend gemachten psychischen Beschwerden, dem Schmerzsyndrom und dem Tinnitus sowie dem Unfall vom 19. Mai 2017 nach dem Gesagten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abschliessend beurteilt werden kann. Ohne verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen, welche sich über das Vorliegen psychischer Beschwerden, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie den natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis äussern, kann aus rechtlicher Sicht nicht darauf geschlossen werden, einem Unfallereignis komme für die Entstehung einer psychisch bedingten Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zu. Zudem wäre die vorhergehende Anerkennung eines adäquaten Kausalzusammenhangs allenfalls geeignet, den psychiatrischen Experten - ob bewusst oder unbewusst - in seiner Einschätzung zu beeinflussen und dadurch das Ergebnis einer im Nachhinein vorgenommenen medizinischen Beurteilung zu verzerren (vgl. BGE 148 V 309 f. E. 4.5.1). Vor dem Hintergrund, dass der adäquate Kausalzusammenhang entgegen der Beschwerdegegnerin nicht ohne Weiteres verneint werden kann und in Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, kann diese Frage vorliegend entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht offengelassen werden (hierzu nachstehend Erwägung 4).

4.

Ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der nicht (hinreichend) objektivierbaren bzw. psychischen Beschwerden zukommt. Zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs bedarf es in solchen Fällen einer eigenständigen Adäquanzbeurteilung.

4.1. Dazu werden in objektivierter Betrachtungsweise die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischenliegenden Bereich der mittelschweren Unfälle eingeteilt. Massgebend für die Einteilung nach der Unfallschwere sind nicht die Folgen des Unfalles oder die



Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können, sondern der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften. Derartigen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen. Dies gilt etwa für die – ein eigenes Kriterium bildenden – Verletzungen, welche sich die versicherte Person zuzieht (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2011, 8C_584/2010, E. 4.2.2).

4.2. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung werden Stürze aus einer Höhe zwischen etwa zwei (vgl. Urteil vom 14. Februar 2002, U 410/00, E. 2c) und etwa vier Metern (vgl. Urteil vom 8. Juni 2009, 8C_316/2009) in die Tiefe noch als mittelschwere Unfälle im engeren Sinne qualifiziert (vgl. auch Urteile vom 9. September 2008, 8C_584/2007, E. 4.1, vom 4. September 2003, U 3/03, E. 3.4, und vom 2. Februar 2007, U 41/06, E. 9); landet die versicherte Person auf den Füßen, so ist selbst bei einer Sturzhöhe von fünf Metern nicht ein Unfall im Grenzbereich zu den schweren Ereignissen anzunehmen (vgl. Urteil vom 27. Februar 2008, U 11/07, E. 4.2.2). Im Entscheid vom 9. Juli 2014, 8C_202/2014, E. 4.1, führte das Bundesgericht aus, es habe Stürze aus einer Höhe von einigen Metern regelmässig dem eigentlich mittleren Bereich zugeordnet (vgl. Urteile vom 4. März 2013, 8C_811/2012, E. 7.2, vom 13. September 2010, 8C_742/2009, E. 5.1, vom 21. April 2010, 8C_855/2009, E. 8.2, vom 28. Juli 2009, 8C_115/2009, E. 6.2, vom 9. September 2008, 8C_584/2007, E. 1, vom 30. Mai 2008, 8C_396/2007, E. 3.3, und vom 12. April 2007, U 239/06, E. 4.3.2). Nicht zum eigentlich mittleren Bereich gezählt hat es namentlich den Sturz von einem Baugerüst über 5.4 bis acht Meter (Urteil vom 16. Dezember 2005, U 392/05, E. 2.1), den Sturz vom obersten Balkon im dritten Stock eines sich im Bau befindlichen Mehrfamilienhauses aus einer Höhe von etwa sieben bis acht Metern (Urteil vom 8. Oktober 2004, U 168/04, E. 5.2), den Sturz über sechs bis acht Meter beim Fensterreinigen im ersten Stock (Urteil vom 8. Februar 2000, U 167/99, E. 3b) oder den Sturz aus einer Höhe von fünf Metern auf einen Asphaltboden (RKUV 1998 Nr. U 307 S. 448, U 169/97, E. 3b). Diese Fälle wurden seien jeweils als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den schweren Unfällen qualifiziert worden. Den schweren Unfällen zugeordnet hat es den Absturz eines Kranführers mit einem an der Decke eines Bahntunnels montierten Krans über wenigstens acht Meter (Urteil vom 23. Dezember 1997, U 83/97, E. 2c, zitiert in: RKUV 1998 Nr. U 307 S. 448, U 169/97, E. 3a) sowie einen Gleitschirmabsturz (BGE 120 V 352 E. 5b/cc). Im Entscheid vom 12. August 2005 (U 191/2004, E. 5.1) hatte das Bundesgericht ferner erläutert, als schwerer Unfall gewichtet worden sei der Sturz von einer Leiter aus einer Höhe von vier bis fünf Metern auf den Gehsteig mit verschiedenen gravierenden Knochenbrüchen. Einem mittelschweren Ereignis an der Grenze zu den schweren Fällen habe es den Sturz aus



einer Höhe von fünf Metern auf den Boden zugeordnet, bei dem sich der Versicherte eine Radiustrümmerfraktur rechts mit Abriss des Griffelfortsatzes der Elle, eine Ellenbogenschleimbeutelentzündung sowie eine Rissquetschwunde über dem rechten Auge zugezogen habe. Als Ereignis im mittleren Bereich habe es einen Unfall betrachtet, bei dem der Versicherte aus einer Höhe von zweieinhalb bis drei Metern von einer Leiter gestürzt sei und diverse Prellungen erlitten habe. Ausserdem sei ein Sturz von einer Leiter aus vier bis fünf Metern Höhe als mittelschwer qualifiziert worden, der zu einer Schnittwunde am Kinn mit Schleimhautbeteiligung, einer Radiusköpfchenfraktur, multiplen Zahnverletzungen und einer Ellbogenluxation mit dauerhaft verminderter Belastbarkeit des Ellenbogens geführt habe. Dieselbe Einstufung habe der Sturz von einer Leiter aus einer Höhe von ca. zwei Metern auf den rechten Ellenbogen, der eine proximale Radius- und Ulnatrümmerfraktur zur Folge gehabt habe, erfahren. Ausserdem seien auch der Sturz rückwärts aus einer Höhe von ca. dreieinhalb Metern auf das Gesäss mit Deckplattenimpressionsfraktur sowie der Sturz aus drei bis vier Metern Höhe vom Heuboden in das Futtertenn mit Lendenwirbelkörper-Kompressionsfraktur als mittelschwer qualifiziert worden.

4.3. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer bei Arbeiten in einem Steinbruch beim Trennen von Sandsteinblöcken von einem fehlgeleiteten Hebekissen am Oberkörper getroffen wurde, das Gleichgewicht verlor und infolgedessen über eine Abbruchkante sieben Meter in die Tiefe stürzte und auf dem Boden aufschlug. Gemäss der Aktenlage ist davon auszugehen, dass sich auf dem Boden Sandsteinausbruchmaterial befand. Dass es sich beim "Haufen Sand" um feinen, losen und nachgiebigen Sand in einer Schichtdicke handelte, der die beim Aufprall aus sieben Metern auf den Körper wirkenden Kräfte in einem relevanten Umfang hätte mildern können, ist aus den Akten – entgegen den beschwerdegegnerischen Ausführungen in act. G 4 und UV-act. 360-12 f. Ziff. 5.1 mit Verweis auf UV-act. 61 f. – nicht ersichtlich und damit reine Hypothese. Auch gibt es keine Anhaltspunkte, dass die beim Aufprall auf den Körper wirkenden Kräfte sonst wie gemindert worden wären (bspw. wie bei einem Aufprall auf einer schrägen Ebene, wenn ein Teil der Aufprallenergie in eine Rotationsbewegung umgewandelt wird). Anderweitige unfallfolgenmindernde Faktoren wie Sicherheits-/Auffangnetze sind vorliegend ebenfalls nicht ersichtlich. Hinzu kommt, dass der Körper des Beschwerdeführers infolge des Wegkatapultierens durch das Hebekissen bereits vor dem eigentlichen Fall in Bewegung war, was einerseits die beim Aufprall auf den Boden wirkenden Kräfte erhöht haben und andererseits einen "kontrollierten" Sturz verunmöglicht haben dürfte. Im Vergleich mit der zuvor genannten Kasuistik ist der Unfall vom 19. Mai 2017 aufgrund seiner Unfallschwere bzw. den beim Aufprall auf den Boden auf den Körper wirkenden Kräften (zumindest) in der Kategorie mittelschwerer



Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen einzustufen (vgl. dazu die von der Beschwerdegegnerin publizierte Informationen zu Absturzunfällen mit Angaben zur Korrelation zwischen Sturzhöhe und Aufprallgeschwindigkeit, abrufbar unter: www.suva.ch/de-ch/download/factsheets/absturz-am-arbeitsplatz--infografik-zur-versicherungsstatistik).

4.4. Während bei banalen Unfällen der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden kann, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen, ist bei schweren Unfällen dagegen der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (vgl. BGE 120 V 355 E. 5b/aa; Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Mai 2022, UV 2021/38, E. 4.1). Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sowie Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 138 ff. E. 6 f.). Bei der Prüfung der Adäquanzkriterien sind die Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2010, 8C_903/2009, E. 4.6).

4.5. Da von einem mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den schweren Unfällen auszugehen ist, genügt bereits die Erfüllung eines einzigen der in die Adäquanzprüfung miteinzubeziehenden Kriterien (BGE 115 V 133 E. 6c/bb; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 62 ff.).

4.6. In Frage kommen insbesondere die Kriterien schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen, ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung



sowie körperliche Dauerschmerzen. So wurde der Beschwerdeführer mehrmals stationär behandelt und es wurden wiederholt Eingriffe bzw. Operationen durchgeführt (vgl. dazu den kreisärztlichen Bericht vom 18. Januar 2020, UV-act. 323). Die durch die ärztlichen Behandlungen erhoffte Verbesserung der gesundheitlichen Situation trat jedoch nie ein. Der Beschwerdeführer dürfte stets an erheblichen Dauerschmerzen insbesondere in der rechten Hand, welche sich trotz den durchgeführten Behandlungen bzw. operativen Eingriffen nicht verringerten, gelitten haben (Angaben zu auftretenden Schmerzen in der Hand siehe insbesondere UV-act. 5-2, 8-2, 9-2, 23-2, 265, 275, 296, 323). In diesem Zusammenhang ist die noch abzuklärende Frage, inwieweit das Schmerzsyndrom organisch oder psychisch bedingt ist (siehe Erwägung 3.2 hiervor), für die Adäquanzprüfung von erheblicher Bedeutung. Vor diesem Hintergrund durfte die Beschwerdegegnerin die Adäquanz nicht ohne Weiteres verneinen.

4.7. Es besteht daher zumindest die realistische Möglichkeit, dass – wie erforderlich – zumindest ein Kriterium erfüllt ist. Damit wäre der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 19. Mai 2017 und den geltend gemachten psychischen Beschwerden, dem Schmerzsyndrom und dem Tinnitus gegebenenfalls zu bejahen.

5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen lässt (vgl. Erwägung 3 hiervor), womit sich der Sachverhalt insgesamt als noch nicht spruchreif erweist. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die notwendigen Abklärungen durchführt. Sie wird eine verwaltungsexterne interdisziplinäre Beurteilung des Gesundheitsschadens, unter Einschluss der psychischen Leiden, des Schmerzsyndroms und des Tinnitus des Beschwerdeführers, des kausalen Zusammenhangs der von ihm beklagten Leiden zum Unfall vom 19. Mai 2017, der Auswirkungen der Leiden auf seine Arbeitsfähigkeit sowie des Integritätsschadens einholen müssen. Anschliessend wird sie erneut umfassend über den Rentenanspruch und den Anspruch auf eine Integritätsentschädigung verfügen müssen. Diese Vorgehensweise steht auch im Einklang mit der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 147 V 211 E. 6.1).



6.

6.1. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 31. August 2021 (UV-act. 360) dahingehend gutzuheissen, dass die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

6.2. Bei Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Im UVG ist eine solche Kostenpflicht nicht vorgesehen. Das Verfahren ist deshalb kostenlos.

6.3. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 HonO) pauschal Fr. 1'500.- bis Fr. 15'000.-. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint in Anbetracht des lediglich einfachen Schriftenwechsels eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die bereits bewilligte unentgeltliche Rechtsverteidigung (vgl. act. G 8) wird damit gegenstandslos.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 31. August 2021 im Sinne der Erwägungen insofern gutgeheissen, als die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.