



Fall-Nr.:	UV 2025/59
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum:	20.08.2026
Entscheiddatum:	16.06.2026

Entscheid Versicherungsgericht, 16.06.2026

Art. 43 ATSG Rückweisung aufgrund ungenügend abgeklärter Kausalität eines unstrittigen Nervenschadens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Juni 2026, UV 2025/59).

«Entscheid als PDF»



Versicherungsgericht
Abteilung III

Entscheid vom 16. Juni 2026

Besetzung Versicherungsrichter Michael Rutz (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen
Mirjam Angehrn und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin
Karin Kobelt

Geschäftsnr. UV 2025/59

Parteien **A.____,**

Beschwerdeführer,

gegen

VAUDOISE ALLGEMEINE, Versicherungs -
Gesellschaft AG, Place de Milan, Case postale 120,
1001 Lausanne,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand **Versicherungsleistungen**



Sachverhalt

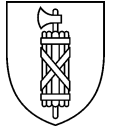
A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Sozialberater für die B.____ tätig und über dieses Arbeitsverhältnis bei der Vaudoise Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Vaudoise) gegen Unfälle versichert, als er am 9. Januar 2024 stürzte und sich dabei das linke Handgelenk verletzte (UV-act. 2). Die hausärztliche Erstbehandlung fand am Folgetag statt und führte beim Verdacht auf eine Fraktur zu einer Überweisung an die Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie STGAG, Kantonsspital Münsterlingen (KSM [nachfolgend: Handklinik]; UV-act. 5). Eine dort erfolgte Bildgebung mittels Computertomografie (CT) vom 29. Januar 2024 ergab eine dislozierte Skaphoidfraktur (Kahnbeinbruch) mit Humpback-Deformität und zeigte eine Knochenzyste im distalen Skaphoidpol (UV-act. 10 und 46-11).

A.b Am 2. Februar 2024 führte der Handchirurg Dr. med. univ. C.____ beim Versicherten in der Handklinik eine „Closed Reduction and Internal Fixation“ (geschlossene Reposition und interne Fixation; CRIF) am linken Skaphoid in Plexusanästhesie durch (UV-act. 11). Neun Tage postoperativ erfolgte eine Zwischenbeurteilung. Dabei berichtete der Versicherte über einen guten Verlauf ohne Schmerzen. Es bestand laut Dr. C.____ eine freie und vollumfängliche Beweglichkeit der Langfinger mit vollständiger Streckung und vollständigem Faustschluss; die Handgelenksbeweglichkeit wurde nicht geprüft. Es wurde ein Unterarmcast (Kunststoffgips) angepasst, in welchem für weitere sechs Wochen eine Ruhigstellung zu erfolgen hatte (UV-act. 12).

A.c In der Radiologie des KSM wurden das Handgelenk, die Hand und die Finger links am 25. März 2024 mittels CT mit der Frage nach den ossären Verhältnissen und der Konsolidation abgebildet (UV-act. 47-4). Gleichentags hat wohl auch eine Kontrolle bei Dr. C.____ stattgefunden, deren Bericht in den Akten fehlt (vgl. beispielweise Hinweis in UV-act. 14-2 „Konsultation vor rund 4 Wochen“). Gemäss späterem Bericht erhob Dr. C.____ zu diesem Zeitpunkt wohl die Diagnose Affektion des Nervus (N.) medianus mit Schwäche „FDP II/III und FPL“ und Sensibilitätsstörungen, Erstmanifestation rückblickend ca. 1. März 2024 (vgl. UV-act. 103-2).

A.d Anlässlich der planmässigen Kontrolle vom 22. April 2024, rund zehn Wochen nach der Operation, zeigte sich auf dem Röntgenbild eine regelrecht einliegende Kompressionsschraube mit konsolidierter Skaphoidfraktur, weshalb Dr. C.____ notierte, dass sich von dieser Seite ein guter Verlauf zeige. Im Vergleich zur letztmaligen Konsultation vor rund vier Wochen (ein diesbezüglicher Konsultationsbericht ist wie gesagt nicht aktenkundig) bestehe jedoch ein progredienter Nervenausfall der oberen Extremität mit nun neu aufgetretener Fallhand und eingeschränkter Trizepsfunktion. Zuletzt habe sich lediglich eine eingeschränkte Funktion der medianusinnervierten Unterarmmuskulatur bei



noch regelrechter Intervention der radialisinnervierten Muskulatur gezeigt. Durch die Operation und auch den postoperativen Verlauf sei diese progrediente Symptomatik nicht erklärbar. Insbesondere da auch die Trizepsinnervation nun betroffen zu sein scheine. Dr. C.____ erachtete eine neurologische inkl. elektrophysiologischer Abklärung für angezeigt (UV-act. 14).

A.e Die Untersuchung inkl. Elektroneuromyographie (ENMG) in der Medizinischen Klinik, Neurologie, des KSM (nachfolgend: Neurologie) fand am 24. April 2024 beim Leitenden Arzt Dr. med. D.____ statt. Dabei wurde der Verdacht auf Irritation/Läsion des Plexus brachialis links geäussert mit der Differentialdiagnose einer proximalen Läsion des N. radioalis oder eines Komplexen Regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) Typ 2. Elektroneurographisch hätten sich der N. medianus und der N. ulnaris ohne schwere Schädigungszeichen gezeigt, wobei der N. radialis sowohl motorisch als auch sensibel (im Seitenvergleich) mit deutlich axonaler Schädigung oder gar nicht ableitbar gewesen sei. Bei Reizung im Bereich des Erb'schen Punktes habe sich kein Potential auslösen lassen. Dr. D.____ empfahl die Durchführung einer Kernspintomographie des Plexus brachialis links mit der Frage nach Zeichen einer indirekten oder direkten Nervenläsion neben dem Fortführen von Ergotherapie und Physiotherapie. Der Versicherte berichtete anlässlich dieser Untersuchung unter anderem von starken Schmerzen während der Anästhesie bzw. der Injektion im Bereich der Axilla vor der Operation vom 2. Februar 2024 (UV-act. 15 und 97-5 f.).

A.f Nach einem Sturz auf den linken Ellbogen vom 10. Mai 2024 wurde am 14. Mai 2024 in der Radiologie des KSM ein Röntgenbild dieses Ellbogens erstellt (UV-act. 46-3). Im Anschluss erfolgte eine Überweisung auf den Notfall der chirurgischen Klinik STGAG des KSM, wo eine Bursitis (Schleimbeutelentzündung) am linken Ellbogen diagnostiziert und zur Ruhigstellung für einige Tage eine Oberarm-Klettschiene abgegeben wurde (UV-act. 22). Gleichentags fand gemäss Sprechstundenbericht vom 24. Mai 2025 eine Magnetresonanztomographie (MRI) des Plexus brachialis statt, welche weder eine Kompression des Plexus brachialis noch ein Weichteilhämatom zur Darstellung brachte (UV-act. 31-2).

A.g Am 24. Mai 2024 besuchte der Versicherte die handchirurgische Sprechstunde bei Dr. C.____. Dieser notierte dabei den Verdacht auf eine posttraumatische/-operative neuralgische Schulteramyotrophie (auch: neuralgische Schulteratrophy oder Parsonage-Turner Syndrom) links. Dies aufgrund der Anamnese mit postoperativ plötzlich einsetzenden Schmerzen des Ober- und Unterarmes und auch der Axillaregion mit insbesondere nächtlich betonten Schmerzen und anschliessend motorischer und sensibler Einschränkung des gesamten Arms (UV-act. 31).

A.h Das KSM liess der Vaudoise am 31. Juli 2024 ein ärztliches Einweisungszeugnis zur klinisch-stationären Behandlung/Rehabilitation zukommen. Darin führte Dr. C.____ unter anderem aus, dass der Verlauf nach der Operation vom 2. Februar 2024 initial unauffällig gewesen sei. Anlässlich der



Verlaufskontrolle sieben Wochen postoperativ habe ein deutlich prolongierter Verlauf mit anhaltenden Schmerzen in der Schulter-Nacken-Region und einer Atrophie und Parese des linken Armes bestanden. Er gehe nun von einer neuralgischen Schulteramyotrophie aus. Es bestehe eine deutliche Einschränkung des linken Armes bezüglich Kraft und Feinmotorik, damit sei das Autofahren nicht möglich (UV-act. 35 und 36).

A.i In einer Aktenbeurteilung UVG vom 1. August 2024 notierte Dr. med. E.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die beklagten Beschwerden/objektiven Befunde würden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Zusammenhang zum gemeldeten Ereignis stehen. In Bezug auf die Indikation der beantragten stationären Rehabilitation sei eine neuralgische Schulteramyotrophie ein Krankheitsbild, welches mit stark überwiegender Wahrscheinlichkeit erstmals mehrere Wochen nach dem Ereignis aufgetreten und symptomatisch geworden sei. Es werde im Bericht vom 22. April 2024 des KSM erstmals erwähnt. Bei eindeutig und sicher fehlenden strukturell objektivierbaren Nervenschäden bildgebender und elektrophysiologischer Natur handle es sich eindeutig um ein Krankheitsbild, das nicht mit dem Ereignis am 9. Januar 2024 in einem natürlich kausalen Zusammenhang stehe. Ereigniskausal sei der Zustand nach operativ versorgter linksseitiger Skaphoidfraktur, welcher keine stationäre Rehabilitation benötige. Ebenfalls sicher ereignisfremd sei die Bursitis olocrani ohne initiale Ellbogenbeteiligung. Es werde klar empfohlen, die beantragte neurologische Rehabilitation nicht zu Lasten der Unfallversicherung zu bewilligen (UV-act. 38-5 f.).

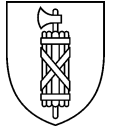
A.j Am 28. August 2024 fand eine Verlaufsuntersuchung in der Neurologie inklusive ENMG der N. medianus und radialis links statt. Dr. D.____ notierte, es habe sich am neurologischen Befund wenig verändert. Es bestehe weiterhin führend eine Fallhand bzw. hochgradige Parese der Finger- und Handstreckung neben möglicher Einschränkung der Fingerspreizung und -beugung. Die erwogene neuralgische Schulteramyotrophie sei eher unwahrscheinlich, da meist der obere Armplexus betroffen sei, eigentlich allenfalls diskrete sensible Symptome auftreten und auch die Anamnese mit akut beginnenden und heftig reissenden Schmerzen im Bereich der Schulter fehle. In der mittlerweile durchgeführten Kernspintomographie des Plexus brachialis links zeige sich kein Hinweis auf eine strukturelle primäre oder sekundäre Schädigung. Aktuell stehe führend der Hinweis auf eine damals schon differentialdiagnostisch erwogene Schädigung des N. radialis im Vordergrund. Elektroneurographisch habe sich kein Potential des Nervs reproduzierend darstellen lassen bei unauffälligem N. medianus, wie schon bei der ersten Untersuchung. Daher sei eine Bildgebung des Unterarmes zur Beurteilung des N. radialis und der durch diesen versorgten Muskulatur angemeldet worden (UV-act. 41). Am 30. August 2024 fand auch eine Verlaufsuntersuchung in der Handklinik inklusive Röntgen des linken Handgelenks statt, anlässlich derer Dr. C.____ den Versicherten zur postoperativen Situation befragte. Es hätten direkt postoperativ und in der ersten Kontrolle nach neun



Tagen keine Schmerzen bestanden und es zeigte sich laut Dr. C.____ kein funktionelles Defizit. Im weiteren Verlauf seien deutliche Schmerzen im Unterarmbereich mit teilweiser Ausstrahlung bis in die Axilla aufgetreten. Der Versicherte habe mit diesen Schmerzen nicht gewusst, wie er seinen Arm lagern solle und die Analgesie sei deutlich ausgebaut worden. Dennoch sei der Nachtschlaf deutlich gestört gewesen und der Versicherte sei in der Nacht viel spazieren gegangen. Im Verlauf hätten sich diese Schmerzen dann zurückgebildet, die funktionelle Einschränkung mit der persistierenden Fallhand sei geblieben. Bei initial postoperativ unauffälligem Verlauf mit uneingeschränkter motorischer und sensibler Funktion sowie fehlendem weiteren Trauma erachte er eine Plexusläsion bzw. eine Läsion des N. radialis durch spontanes Auftreten als nicht wahrscheinlich. Auch ein CRPS würde sich anders äussern. Der Versicherte berichte aktuell über keinerlei Schmerzen, es bestehe passiv eine gute Beweglichkeit und es zeigten sich keinerlei trophische Störungen. Es bestehe ein peripher neurologisches Problem mit Beeinträchtigung der Radialis- und auch der Medianusfunktion. Bei unauffälligem MRI des Plexus brachialis und bereits geplantem Unterarm MRI ergänze er diese Anmeldung um ein Oberarm MRI. Damit wäre der gesamte Verlauf der peripheren Nerven abgebildet (UV-act. 43-2 f. und 46-13).

A.k Am 17. September 2024 wurde das MRI des Unterarms erstellt (UV-act. 46-4) und am 19. jenes des Oberarms (UV-act. 46-6). Ersteres führte zu folgender Beurteilung: Langstreckige neuropathische Veränderungen des visualisierten Anteils des distalen N. radialis sowie im gesamten visualisierten Verlauf des Ramus superficialis und profundus mit assoziiertem diffusem leichtem Muskelödem im dorsalen Unterarm Kompartiment. Subtilere, aber auch langstreckige neuropathische Veränderungen auch in einem längeren Segment des N. medianus distal des Ellbogens mit assoziiertem Ödem im Musculus (M.) pronator teres, M. flexor carpiradialis und im ulnaren Anteil des M. flexor digitorum profundus. Insgesamt seien die visualisierten Nervenpathologien vereinbar mit einer Polyneuropathie unklarer Ätiologie; CRPS oder eine Entität wie CIDP (chronisch inflammatorische demyelinisierende Polyradikuloneuropathie) seien denkbare Ätiologien. Die Darstellung des N. ulnaris sei regelrecht. Leichte Muskelfaserrisse am myotendinösen Übergang des M. Extensor digiti minimi. Es bestand sodann ein Verdacht auf Thrombophlebitis über dem ulnaren Aspekt des Handgelenks. Das Zweite wurde folgendermassen beurteilt: Langstreckige neuropathische Veränderungen der N. medianus und radialis, ab Höhe des Verlaufs dorsal des M. coracobrachialis, welche sich jedoch nicht pathologisch oder hypertroph darstelle. Im Untersuchungsbereich finde sich keine erkennbare Ursache für die langstreckige Neuropathie. Differenzialdiagnostisch komme beispielsweise CIDP oder eine systemische Ursache in Betracht.

A.I Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, untersuchte den Versicherten am 15. Oktober 2024 nach Zuweisung zur neurologischen Zweitmeinung (UV-act. 69-2 ff.). Er erhob die Diagnose einer



Radialisparese links, nach Druckschädigung am linken Oberarm seit Februar 2024 (UV-act. 69-2; für die Untersuchungsbefunde vgl. UV-act. 100-3 ff.).

A.m Der Versicherte besuchte am 16. Oktober 2024 die nächste handchirurgische Sprechstunde bei Dr. C.____. Im Bericht vom 25. Oktober 2024 notierte der Handchirurg als Hauptdiagnose eine langstreckige Neuropathie der N. radialis und medianus Oberarm links mit vollständigem Funktionsausfall N. radialis und teilweisem Funktionsausfall N. medianus (UV-act. 51-4). Am 28. Oktober 2024 überwies Dr. C.____ den Versicherten für eine Zweitmeinung an PD Dr. med. G.____, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, am Kantonsspital H.____ (KSA; UV-act. 51-2). Auch erstellte er ein ärztliches Einweisungszeugnis zur klinisch-stationären Behandlung in den Kliniken Valens. Diese liessen der Vaudoise am 29. Oktober 2024 das entsprechende Kostengutsprachege such zukommen (UV-act. 53).

A.n Am 22. November 2024 erstattete Dr. E.____ auf Ersuchen der Vaudoise eine weitere Aktenbeurteilung (UV-act. 73). Er kam wiederum zum Schluss, dass die neurologischen Befunde am linken Oberarm mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem natürlich kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis einer Skaphoidfraktur vom 9. Januar 2014 und auch nicht mit einer Druckläsion anlässlich der Operation vom 2. Februar 2024 stehen würden. Die nachvollziehbare und plausible Begründung liefere Dr. C.____ am 25. Oktober 2024. Dessen Argumentation als beweisend einer nicht stattgefundenen Drucknervenschädigung sei inhaltlich ohne Abstriche vollständig zuzustimmen, da eine Druckläsion nicht 1.5 Monate später am N. medianus und nicht 2.5 Monate später am N. radialis sich erstmals klinisch manifestiere; man könne hier einen Nervendruckschaden als ausgeschlossen beurteilen. Somit bestehe eindeutig keine überwiegend wahrscheinliche natürliche Kausalität dieser nervalen Schädigung mit nach wie vor Verdachtsdiagnosen, welche sich auch wie dokumentiert nicht in einer klaren Nervenschädigung isoliert traumatisch geäussert habe. Erst sei eine neuralgische Schulteramyotrophie im August stationär rehabilitationsbedürftig gewesen und sei abgelehnt worden. Dann habe nach Vermutung und MRT-Abklärung keine Plexusläsion links bestanden und zuletzt soll mit nicht vorstellbarer Latenz ein Nervendruckschaden intraoperativ an zwei voneinander unabhängigen und entfernten Nerven am linken Arm vorliegen. Dieses Szenario sei aus traumatologischer medizinischer Sicht nicht nachzuvollziehen. Die beantragte Rehabilitation gehe deshalb mit stark überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers (UV-act. 73-6 f.). Die Arbeitsunfähigkeit sei auf die nervalen unfallfremden Befunde und Symptome zurückzuführen (UV-act. 73-8).

A.o Der Versicherte wurde am 25. November 2024 in der nervenchirurgischen Sprechstunde des KSA von PD Dr. G.____ untersucht. Dessen Bericht vom 28. November 2024 ist die Diagnose einer Radialisparese am linken Oberarm seit Februar 2024 zu entnehmen. Wichtig erscheine ihm, dass die Parese nicht direkt postoperativ aufgetreten sei, sondern nach einer Schmerzphase mit



axiliären/Oberarm-Schmerzen postoperativ und sukzessiver Entwicklung einer kompletten Radialisparese. Eine klare Assoziation zu einer Drucksperr (Oberarmblutsperre) könne er anamnestisch nicht herstellen. Viel wahrscheinlicher erscheine ihm beispielsweise die Ätiologie im Rahmen eines Parsonage-Turner-Syndroms, welches sich nicht selten in einer kompletten Radialisparese manifestiere (UV-act. 102-2 f.).

A.p Am 5. Dezember 2024 verfügte die Vaudoise, dass das Taggeld per 30. Juni 2024 eingestellt werde. Gemäss der Beurteilung ihres beratenden Arztes seien die aktuellen Beschwerden resp. der periphere Nervenausfall nicht mit dem gesetzlich erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 9. Januar 2024 oder auf eine Druckläsion anlässlich der Operation des linken Skaphoids am 2. Februar 2024 zurückzuführen. Sie lehne deshalb alle Behandlungen, inklusive die geplante stationäre Rehabilitation, und die Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit der nervalen unfallfremden Schädigung ab (UV-act. 75).

A.q Vom 12. November bis 18. Dezember 2024 absolvierte der Versicherte eine stationäre Rehabilitation in der Klinik für Neurologie der Kliniken Valens (UV-act. 82-9 ff.), in deren Verlauf unter anderem eine Elektromyographie (EMG) durchgeführt wurde (UV-act. 99-3). Dem Austrittsbericht vom 18. Dezember 2024 ist als Diagnose eine langstreckige Neuropathie N. radialis und N. medianus Oberarm links mit vollständigem Funktionsausfall N. radialis und teilweisem Funktionsausfall N. medianus zu entnehmen (UV-act. 82-9).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 5. Dezember 2024 erhob der Versicherte Einsprache (datierend vom 17. Dezember 2024, bei der Vaudoise eingegangen am 4. Januar 2025) und ersuchte um Anerkennung der Unfallkausalität seiner Beschwerden (UV-act. 82-13 f.; für die unterzeichnete Einsprache vgl. UV-act. 83-23 f.). Mit der Einsprache liess der Versicherte der Vaudoise unter anderem eine E-Mail von ihm an das KSM vom 14. März 2024 zukommen, in welchem er über vor zwei Wochen stattgehabte und seit zwei Tagen wieder bestehende Schmerzen im Unterarm links mit Ausstrahlung in den Oberarm geklagt hatte. Auch hatte er darauf hingewiesen, dass sein linker Daumen, der Zeigefinger und ein Teil des Mittelfingers der linken Hand noch taub/pelzig seien (UV-act. 84-3). Am 7. Januar 2025 wandte sich der Versicherte ergänzend an den Rechtsdienst der Vaudoise (UV-act. 87-1 ff.).

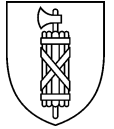
B.b Am 21. März 2025 besuchte der Versicherte eine Sprechstunde in der Handklinik beim Leitenden Arzt Dr. med. I.____. Dabei wurde die Diagnose eines Parsonage-Turner-Syndroms Arm links mit Beteiligung N. radialis und medianus gestellt. Dr. I.____ notierte, aus handchirurgischer Sicht sei diese Diagnose eindeutig, ausgelöst durch den Sturz oder durch die Operation als Trigger. Die wegweisenden Symptome umfassten die beschriebenen Schmerzen am Unterarm und die rasch progredienten



neurologischen Ausfälle, zunächst des N. medianus, später vor allem des N. radialis und weniger des N. ulnaris mit ausgeprägter Atrophie der versorgten Muskulatur und Sensibilitätsausfällen im Versorgungsgebiet der Nerven bei unauffälliger Bildgebung des Plexus brachialis. Auch der klinische Verlauf mit ca. nach acht Monaten einsetzender Reinnervation und Funktionsverbesserung spreche klar für dieses Krankheitsbild. Beim "klassischen" Parsonage-Turner-Syndrom komme es nach einem meist nicht näher bestimmbareren Trigger (viraler Infekt, Impfung, Trauma, Operation u.v.a.m.) zunächst zu reissenden, starken, anhaltenden Schulterschmerzen, die nach einer variablen Dauer wieder abklingen, gefolgt von einer rasch progredienten Parese (typischerweise der Schulter-innervierenden Nerven) mit axonalem Schädigungsmuster des/der betroffenen Nerven. Eine Spontanheilung trete in einer Mehrzahl der Fälle ein, wobei die spontane Reinnervation zwischen 6 bis 12 Monate nach Symptombeginn einsetze. Das Parsonage-Turner-Syndrom weise eine grosse Variabilität auf, vor allem was einerseits den auslösenden Trigger, andererseits Zeitpunkt/Dauer/Lokalisation der initialen Schmerzen sowie das neurologische Ausfallmuster angehe (Befallmuster der peripheren Nerven, Ausprägung der motorischen und sensiblen Ausfälle). Dass die Schmerzen im vorliegenden Fall am Unterarm und nicht an der Schulter lokalisiert gewesen seien, spreche in seinen Augen nicht gegen die Diagnose des Parsonage-Turner-Syndroms, sondern in Anbetracht der übrigen klinischen Symptome gerade für diese Diagnose. Zudem sei bereits am 30. August 2024 nachvollziehbar dargelegt worden, warum eine Läsion des Plexus brachialis bei der Anästhesie oder ein Druckschaden durch Lagerung, Blutsperrung oder intraoperative Manipulation in keiner Weise plausibel sei. Die neurologischen Einschätzungen vom 28. August und 15. Oktober 2024 schienen ihm in diesem Kontext ebenfalls nicht abschliessend erklärend (UV-act. 103-2 f.).

B.c Am 12. September 2025 erstattete Dr. med. J.____, Fachärztin für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, als beratende Ärztin der Vaudoise eine Aktenbeurteilung (UV-act. 107). Sie notierte, es liege eine isolierte N. radialis Läsion links mit anatomisch herleitbarer Schädigungshöhe zwischen dem lateralen distalen Oberarm und dem ellenbogengelenksnahen proximalen linken Unterarm vor (UV-act. 107-13). Die Ursache könne aus den aktenkundigen Informationen nicht eruiert werden (UV-act. 107-15). Als ursächlich könne eine starke oder länger dauernde Kompression des N. radialis links angenommen werden (Druckschädigung), deren Entstehung auf Basis der Aktenlage nicht zuzuordnen sei. Eine Druckschädigung zwischen der distalen Oberarmaussenseite links und dem proximalen ellenbogengelenksnahen Unterarm links könne im Koma, in Narkose oder im durch Alkohol oder Schlafmittel induzierten Tiefschlaf entstehen (UV-act. 107-16).

B.d Mit Entscheid vom 22. September 2025 wies die Vaudoise die Einsprache des Versicherten ab. Sie stellte sich auf den Standpunkt, dass die Nervenläsion nicht überwiegend wahrscheinlich in Zusammenhang mit dem Unfall stehe, da die ersten Symptome mehr als neun Tage postoperativ



aufgetreten seien. Sie müsse nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen und müsse somit nicht näher auf die Ursache einer unfallfremden Druckschädigung eingehen (UV-act. 110).

C.

C.a Gegen den Einspracheentscheid vom 22. September 2025 reichte der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 20. Oktober 2025 Beschwerde beim hiesigen Gericht ein und beantragte dessen Überprüfung (act. G1). Er erklärte in der Beschwerde zur Zwischenbeurteilung vom 12. Februar 2024 im KSM, dass er Dr. C.____ mitgeteilt habe, dass noch Taubheitsgefühle bestünden. Genaue Schmerzen im Unterarm bei Taubheit und Gips zu lokalisieren erscheine unmöglich - ausser den unangenehmen Schmerzen resultierend aus der Anästhesie unter der Achsel links, ausstrahlend in Richtung Brustkorb. Zudem sei die Handgelenksbeweglichkeit nicht geprüft worden (act. G1 S. 3 Ziff. 1.5). Die Widersprüchlichkeiten in den diversen Argumentationen sowie die nachweislich unterschiedlichen fachlichen Expertisen (Dr. F.____, Neurologie KSM), welche für eine direkte Schädigung während der Operation sprächen (Druckparese), liessen offensichtlich Fragen offen. Beteiligt seien die Vaudoise (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), die Z.____ AG, die Y.____ (Versicherung des Verursachers) und die X.____ als Haftpflichtversicherung des KSM. Aus seiner Perspektive gelte es den vorliegenden Sachverhalt fachlich neutral zu prüfen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu klären, Lösungen und/oder Anregungen als Schiedsgericht zu definieren. Wünschenswert wäre ein für alle Beteiligten vernünftiger Kompromiss in Hinsicht auf seine gewünschte Entschädigung, seine tatsächlich nachgewiesenen Auslagen und eine angemessene Integritätsentschädigung. Keinesfalls möchte er sich bereichern, jedoch auch nicht auf Kosten sitzen bleiben, für welche die Versicherungen zuständig seien (act. G1 S. 4 f.).

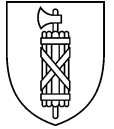
C.b Mit Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G3).

C.c Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie die Ausführungen in den (medizinischen) Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.

1.1 Hinsichtlich des Anfechtungsgegenstands ist zu beachten, dass im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren grundsätzlich lediglich Rechtsverhältnisse zu überprüfen resp. zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung resp. eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmen die Entscheide der Beschwerdegegnerin den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt



es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit kein Entscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 f. E. 2.1).

1.2 Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 22. September 2025 (UV-act. 110). Diesem liegt die Verfügung vom 5. Dezember 2024 zugrunde (Suva-act. 75). In diesen Entscheiden hat die Beschwerdegegnerin weitere (temporäre) Versicherungsleistungen mangels Kausalität zwischen dem Unfall vom 9. Januar 2024 und der Nervenproblematik am linken Arm ab 1. Juli 2024 verweigert. Folglich kann lediglich dieser Inhalt (vorübergehende unfallversicherungsrechtliche Leistungen) Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bilden. Die vom Beschwerdeführer in der Beschwerde angesprochene Integritätsentschädigung stellt demgegenüber eine unfallversicherungsrechtliche Dauerleistung dar, über welche zuerst eine Verwaltungsverfügung ergehen müsste. Auf den Antrag um Zusprache einer Integritätsentschädigung ist im vorliegenden Verfahren demnach mangels Anfechtungsgegenstands nicht einzutreten.

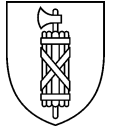
1.3 Soweit der Beschwerdeführer sich auf Leistungen der Haftpflichtversicherungen des Werkeigentümers und des KSMs bezieht, fehlt es nicht nur an einem Anfechtungsgegenstand, sondern auch an der sachlichen Zuständigkeit des hiesigen Gerichts – und im Übrigen auch der Beschwerdegegnerin. Auch auf Anträge in Zusammenhang mit Leistungen von anderen Versicherungen ist somit nicht einzutreten.

1.4 Zur Prüfung steht einzig ein Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere vorübergehende Leistungen der Beschwerdegegnerin in Zusammenhang mit seinem Unfall vom 9. Januar 2024, namentlich Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen über den 30. Juni 2024 hinaus.

2.

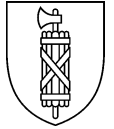
2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Ist die versicherte Person infolge eines Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG).

2.2 Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; ANDRÉ NABOLD, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum



Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; IRENE HOFER, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; ANDRÉ NABOLD, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum UVG, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 5. Aufl. 2024, S. 56 ff.). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise resp. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (Conditio sine qua non; BGE 129 V 181 E. 3.1). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfall ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1; KOSS UVG-NABOLD, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-HOFER, N 66 zu Art. 6; NABOLD, a.a.O., S. 58). Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-NABOLD, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-HOFER, N 65 f. und N 74 zu Art. 6; NABOLD, a.a.O., S. 61). Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann erst gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit – wissenschaftlich anerkannten (BGE 134 V 231) – apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, Computertomographie, Magnetresonanztomographie, Arthroskopie) bestätigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2). Im Bereich dieser klar ausgewiesenen organischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (vgl. BGE 127 V 103 E. 5b/bb, 123 V 102 E. 3b, 118 V 291 f. E. 3a und 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen).

2.3 Gemäss Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Die nach Art. 61 lit. c ATSG vom kantonalen Gericht zu beachtende Untersuchungspflicht entspricht derjenigen von Art. 43 Abs. 1 ATSG (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 106 zu Art. 61). Im Sozialversicherungsrecht herrscht somit der Untersuchungsgrundsatz. Eine Tatsache darf dann als bewiesen angenommen werden, wenn die zuständige Verwaltungsbehörde bzw. das Gericht von ihrem Bestehen überzeugt ist. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das



Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Die Richterin und der Richter haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 221 f. E. 6; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58).

2.4 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). Da es sich beim Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 25. April 2017, 8C_766/2016, E. 2.2). Allerdings greift die vorgenannte Beweisregel erst dann Platz, wenn die Verwaltung und – im Beschwerdefall – das Gericht dem Untersuchungsgrundsatz rechtsgenügend nachgekommen sind bzw. es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen überwiegend wahrscheinlichen Sachverhalt zu ermitteln (NABOLD, a.a.O., S. 58; BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweis; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 1).

2.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch Berichte und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, können beweistauglich sein. An die Beweiswürdigung der Beurteilungen dieser Ärzte und Ärztinnen sind indes strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V

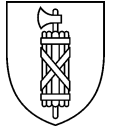


469 f. E. 4.4. mit Hinweis; bestätigt in Urteil des Bundesgerichts vom 23. November 2012, 8C_592/2012, E. 5.3). Die Rechtsprechung erachtet sodann reine Aktengutachten als beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1).

3.

3.1 Unbestritten ist vorliegend, dass der Beschwerdeführer sich beim Unfall vom 9. Januar 2024 eine Skaphoidfraktur links zugezogen hat und dass die Beschwerdegegnerin in Zusammenhang mit dieser Verletzung ihre Leistungspflicht anerkannt und bis zum 30. Juni 2024 Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen erbracht hat. Strittig und zu prüfen ist demgegenüber, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen in Zusammenhang mit dem im März oder April 2024 festgestellten Nervenschaden am linken Arm des Beschwerdeführers zu Recht verweigert hat. Währenddem die Beschwerdegegnerin sich hinsichtlich dieses über den Einstellungszeitpunkt hinaus vorliegenden Nervenschadens auf den Standpunkt stellt, dass dieser überwiegend wahrscheinlich in keinem Zusammenhang zum Unfall vom 9. Januar 2024 oder zu der Unfallfolgen adressierenden Operation vom 2. Februar 2024 stehe, erachtet der Beschwerdeführer den Unfall oder dessen Folgen als ursächlich für die Nervenschädigung.

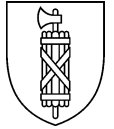
3.2 Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid mit Dr. J.____ davon aus, dass beim Beschwerdeführer nicht von einer Schulteramyotrophie, sondern von einer isolierten Schädigung des peripheren N. radialis auszugehen sei. Diese habe sich klinisch und elektrophysiologisch erstmals nach dem 12. Februar 2024 und vor dem 22. April 2024 manifestiert und habe bis zur vollständigen Regeneration im Dezember 2024 bestanden (UV-act. 110-12). Die Beschwerdegegnerin erklärte, eine behandlungsfreie Zeitspanne von neun Tagen nach einer Operation spreche medizinisch und rechtlich gegen einen unfallbedingten Kausalzusammenhang einer Nervenläsion. Eine Schädigungsfolge durch die Anästhesie, Operation oder intraoperative Lagerung sei aufgrund dieses Zeitablaufs nicht überwiegend wahrscheinlich (UV-act. 110-13). Dr. J.____ medizinische Begründung einer fehlenden Kausalität des unstrittigen Nervenschadens beruht vorwiegend auf der angeblichen Latenz zwischen dem Schaden und der Operation. Diese Latenz leitete Dr. J.____ aus dem Bericht der postoperativen Kontrolle vom 12. Februar 2024 von Dr. C.____ (UV-act. 12) ab: Die vom Operateur berichtete vollständige Fingerstreckung (N. radialis) und der vollständige Faustschluss (N. medianus und ulnaris) sowie die intakte Berührungssensibilität sprachen ihr zufolge für eine Unversehrtheit der drei Hauptnerven (UV-act. 107-2). Bezüglich der dieser Feststellung zugrundeliegenden Untersuchung erklärte der Beschwerdeführer, dass diese mit dem Gips stattgefunden habe, welcher Handgelenk und Daumen gestützt habe. Auch habe er Dr. C.____ von



Taubheitsgefühlen berichtet (act. G1 S. 3). Letzteres ist durchaus plausibel und korreliert mit dem Inhalt des E-Mails des Beschwerdeführers vom 14. März 2024 an das KSM, in welchem er erklärte, sein linker Daumen, der Zeigefinger und ein Teil des Mittelfingers der linken Hand seien noch taub/pelzig (act. G1.2). Diese Aussage spricht stark dafür, dass seit der Operation durchwegs ein Taubheitsgefühl in den betroffenen Fingern bestanden hat. Vor diesem Hintergrund müssen die Behandlungsnotizen von Dr. C.____ konsultiert und/oder muss dieser befragt werden, um festzustellen, ob allenfalls eine Abweichung zu seiner kurz gehaltenen Zwischenbeurteilung vom 12. Februar 2024 besteht, da dieser Punkt für die Kausalitätsbeurteilung aus medizinischer Sicht massgeblich erscheint. Da die Beschwerdegegnerin ohnehin den Untersuchungsgrundsatz verletzt hat und deshalb weitere Abklärungen vornehmen muss (vgl. dazu nachfolgende E. 3.3 ff.), obliegt ihr auch, diese Abklärung vorzunehmen.

3.3 Dr. J.____s Beurteilung ist sodann zwar in weiten Teilen sorgfältig begründet und schlüssig, auch wenn sie hinsichtlich des möglichen Auftretens des strittigen Schadens aktenwidrig einen zu langen Zeitraum bis 22. April 2024 annahm. Der Operateur ging nämlich allerspätestens am 25. März 2024 von einer Affektion der Nerven aus. An diesem Tag wurde im KSM ein CT erstellt und gleichentags muss eine Kontrolle bei Dr. C.____ stattgefunden haben, anlässlich derer der Beschwerdeführer dem Arzt über Beschwerden berichtete, welche zur Diagnosestellung einer Affektion des N. medianus mit Schwäche in drei Fingern und Sensibilitätsstörungen führte. Anlässlich dieser Untersuchung berichtete der Beschwerdeführer Dr. C.____ folglich offensichtlich über Nervenbeschwerden, welche von diesem klinisch untersucht wurden, auch wenn der entsprechende Sprechstundenbericht – wie gesagt – in den Akten fehlt (vgl. UV-act. 14-2 und UV-act. 103-2 sowie vorstehend Sachverhalt A.d). Damit Dr. J.____ die vollständigen Vorakten vorgelegen hätten, wäre sie grundsätzlich gehalten gewesen, sich bei Dr. C.____ nach weiterer Dokumentation der Konsultation vom 25. März 2024 zu erkundigen. Da Dr. J.____ jedoch – wie vorstehend in E. 3.2 ausgeführt – davon ausging, dass bereits die Latenz von 9 Tagen zwischen der Operation und der ersten Kontrolle bei Dr. C.____ klar gegen eine Unfallkausalität sprach, hat sie diesem Umstand wohl keine Bedeutung beigemessen.

3.4 Was der Beurteilung von Dr. J.____ jedoch ohnehin gänzlich fehlt ist eine Auseinandersetzung mit dem Umstand, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Bemerkbarmachens des Schadens (zwischen der Operation vom 2. Februar 2024 und der Konsultation vom 25. März 2024) einen Unterarmgips trug. Aus Sicht eines Laien wäre es durchaus denkbar, dass die Nervenläsion ohne den Kunststoffgips nicht aufgetreten wäre, da sie durch diesen begünstigt worden sein könnte, zumal dies auch in von Dr. J.____ angesprochenen Zuständen (Koma, Narkose, durch Alkohol oder Schlafmittel induzierten Tiefschlaf; UV-act. 107-16) einen Einfluss auf die Entstehung gehabt haben könnte. Zumindest müsste medizinischerseits eine entsprechende Diskussion stattfinden, damit das medizinisch nicht geschulte Gericht von einer vollständig abgeklärten Situation ausgehen könnte.



Bereits aus diesem Grund kommen mehr als nur geringe Zweifel an der Einschätzung von Dr. J.____ auf. Darüber hinaus unterliess sie es, sich mit der von ihrer Einschätzung abweichenden Einschätzung der Handchirurgen (Dr. C.____, Dr. I.____, PD Dr. G.____) hinsichtlich Diagnosestellung genügend auseinander zu setzen. Diese gehen nämlich – wie im übrigen auch Dr. E.____ in seiner ersten Beurteilung (vgl. UV-act. 38-5) – von einer neuralgischen Schulteramyotrophie aus (UV-act. 31, 102 und 103), gegen welche laut Dr. J.____ einige Umstände sprechen (UV-act. 107-4, BERA-Anmerkung zum MRI vom 14. Mai 2024 und UV-act. 107-9, BERA-Anmerkung zur handchirurgischen Verlaufsuntersuchung vom 16. Oktober 2024). Zu Dr. I.____ ausführlicher Würdigung der gesamten Akten und dem von ihm nachvollziehbar begründet gezogenen Schluss des Vorliegens eine Parsonage-Turner-Syndroms (UV-act. 103-4 f.) äussert sich Dr. J.____ jedoch nicht.

3.5 Auch den Berichten der behandelnden Handchirurgen mangelt es an einer Auseinandersetzung mit den abweichenden Einschätzungen der neurologischen Fachärzte, weshalb auch auf diese nicht abschliessend abgestellt werden kann. Da Dr. J.____ durchaus medizinische Argumente anbringt, welche gegen die von den Handchirurgen erhobene Diagnose sprechen, bestehen nämlich wiederum Zweifel an der Einschätzung der Behandler.

3.6 Wie in vorstehender E. 2.5 ausgeführt, sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insgesamt erlauben die verfügbaren Unterlagen keine verlässliche Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs (Leistungsanspruch über den 30. Juni 2024 hinaus), da der Sachverhalt bezüglich Unfallkausalität der Nervenproblematik am linken Arm nicht hinlänglich abgeklärt ist. Die Beschwerdegegnerin hat bezüglich der Kausalitätsfrage der Nervenschädigung des Beschwerdeführers den Untersuchungsgrundsatz verletzt und wird sich nochmals der Sachverhaltsermittlung widmen müssen. Da es sich anscheinend um eine abweichende Einschätzung je nach befragter Fachrichtung (Neurologie und Handchirurgie) handelt, wäre eine Konsensbesprechung zwischen diesen Fachrichtungen wohl Pflicht, um ein schlüssiges Bild zu erhalten. Es kann nicht angehen, dass der Rechtsanwender zwischen zwei medizinischen Meinungen auswählen kann, zumal es ihm an den notwendigen Fachkenntnissen mangelt und diese Auseinandersetzung zwingend auf der medizinischen Ebene stattfinden muss. Entsprechend bedarf es ergänzender medizinischer Abklärungen, zumal nicht ausgeschlossen ist, dass damit überwiegend wahrscheinliche Erkenntnisse herbeigeführt werden können. Somit ist (noch) nicht von Beweislosigkeit mit den damit verbundenen materiell-rechtlichen Folgen auszugehen. Die Einholung eines Gerichtsgutachtens drängt sich nicht auf, nachdem die Beschwerdegegnerin selbst noch keine externe versicherungsmedizinische Beurteilung eingeholt hat.

4.



4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, als der Einspracheentscheid vom 22. September 2025 aufzuheben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

4.2 Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 22. September 2025 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.