

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/22 vom 20. April 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-04-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_22

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/22 du 20 avril 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/22 del 20 aprile 2021

Regeste

Art. 6 UVG: Rückweisung der Streitsache zur ergänzenden Abklärungen hinsichtlich der Frage, ob sich der Beschwerdeführer bei einem Motorradunfall mit Sturz auf die linke Schulter neue, traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenläsionen zugezogen hat (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. April 2021, UV 2020/22).

Volltext

Entscheid vom 20. April 2021 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiber Markus Lorenz Geschäftsnr. UV 2020/22 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Rudolf Strehler, S E K Advokaten, Dorfstrasse 21, 8356 Ettenhausen, gegen SWICA Versicherungen AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, Postfach, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) war als Betriebskaufmann bei der B.____ AG angestellt und dadurch bei der Swica Gesundheitsorganisation (nachfolgend: Swica) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 8. Oktober 2018 nahm die Swica eine Bagatellunfall-Meldung UVG der Arbeitgeberin des Versicherten für einen Unfall vom 26. September 2018 auf. Der Versicherte sei im Gelände mit dem Motorrad ausgerutscht und auf die linke Seite gefallen, wobei er sich die linke Schulter verletzt habe (UV-act. 31). Die Erstbehandlung hatte am 1. Oktober 2018 durch den Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, stattgefunden, der die Befunde "alle Bewegungen voll möglich, aber nur langsam, mit grossem Aufwand, sehr schmerzhaft, keine Schwellung, kein Hämatom" erhoben und eine Kontusion Schulter links bei Motorradunfall vom 26. September 2018 mit dringendem Verdacht auf Rotatorenmanschetten Schaden diagnostiziert hatte (UV-act. 15). Am 15. Oktober 2018 wurde der Versicherte durch Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, FMH Sportmedizin SGSM, untersucht. Dieser stellte die Verdachtsdiagnose einer traumatischen Rotatorenmanschettenpathologie links nach Sturz drei Wochen zuvor und erachtete eine MRT-Untersuchung als angezeigt. Im Untersuchungsbericht vom 17. Oktober 2018 hielt Dr. D.____ ausserdem fest, dass sich beim Versicherten anlässlich einer MRT-Untersuchung im Sommer 2016 eine ganz feine intratendinöse Teilschädigung der Supraspinatussehne, jedoch keine anderen strukturellen Defekte, und eine AC-Arthrose gezeigt hätten (UV-act. 2; vgl. zur MRT-Arthrographie des linken Schultergelenks vom 30. Juni 2016 Suva-act. 11). In der durch Dr. med. E.____, FMH Radiologie und FMH Nuklearmedizin, am 17. Oktober 2018 durchgeführten MRT-Arthrographie kam eine Komplettruptur der Supraspinatussehne und des

Rotatorenintervalls, eine partielle Ruptur der Infraspinatussehne, eine Hypotrophie des Musculus supra- und infraspinatus, ein intakter Bizeps sowie eine deutliche, gering aktivierte Arthrose des AC-Gelenks zur Darstellung (UV-act. 12). In einem Bericht vom 24. Oktober 2018 an Dr. C. ___ empfahl Dr. D. ___ eine operative Therapie mit einer arthroskopisch subacromialen Dekompression und partiellen AC-Resektion, mit einer wahrscheinlich offenen Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne und falls notwendig einer Tenodese der Bizepssehne und eventuell einer Patchdeckung links (UV-act. 4). Mit Schreiben vom 25. Oktober 2018 reichte die Klinik F. ___ der Swica ein Kostengutsprachegesuch für einen stationären Aufenthalt zur Durchführung einer entsprechenden Operation ein (UV-act. 3; vgl. auch die Erinnerung vom 23. November 2018 an das pendente Gesuch [UV-act. 14]). Mit Schreiben vom 5. November 2018 stellte die Swica der Klinik F. ___ eine Stellungnahme in Aussicht, sobald die Unterlagen zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht vorliegen würden (UV-act. 7). Dazu forderte sie die medizinischen Unterlagen ein und führte weitere Abklärungen durch (UV-act. 6 f., 9). Insbesondere legte sie den Schadenfall ihrem beratenden Arzt Dr. med. G. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, vor (UV-act. 16). Dieser führte in seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2018 (UV-act. 19) unter anderem aus, dass die in der MRT dargestellten Veränderungen degenerativer Natur und als vorbestehend zu beurteilen seien. Der Unfall vom 26. September 2018 sei nicht die einzige Ursache der gesundheitlichen Störung. Er habe mit einer leichten Prellung zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens geführt und könne damit als Mitursache der festgestellten Beeinträchtigung gesehen werden. Nach zwei Wochen seien jedoch die Unfallfolgen abgeheilt und der Status quo sine erreicht gewesen, da mit dem geforderten Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit früher oder später die Beschwerden im aktuellen Ausmass aufgrund der degenerativen Veränderungen auch ohne den Unfall vom 26. September 2018 aufgetreten wären. Wegen eines von Dr. G. ___ in der medizinischen Aktenzusammenfassung aufgeführten, vom Versicherten offensichtlich am 14. März 2016 beim Skifahren erlittenen Sturzes mit direkter Distorsion/Kontusion der linken Schulter (UV-act. 19-3) ersuchte die Swica mit Schreiben vom 21. Dezember 2018 die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) als damaligen Unfallversicherer zu prüfen, ob sie ihre Leistungspflicht für Rückfälle und Spätfolgen anerkennen könne (UV-act. 20). Am 14. Januar 2019 legte die Suva den Schadenfall zur Prüfung einer Rückfallkausalität ihrem Kreisarzt Dr. med. H. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor (UV-act. 32-1), der am 16. Januar 2019 eine Beurteilung einreichte (UV-act. 32-2). Mit Schreiben vom 20. Februar 2019 teilte die Swica dem Versicherten mit, dass sie gestützt auf die Beurteilung von Dr. G. ___ (vgl. Sachverhalt A.b; UV-act. 19) ihre Leistungen rückwirkend per 10. Oktober 2018 einstellen müsse und ab dem 11. Oktober 2018 kein Anspruch mehr auf Heilbehandlungen, Kostenvergütungen und Taggeldleistungen aus der Unfallversicherung bestehe. Ausserdem verwies die Swica den Versicherten auf die Beurteilung von Dr. H. ___, der zum Schluss gelangt sei, dass es sich bei den aktuellen Beschwerden nicht um einen Rückfall zum Ereignis vom 14. März 2016 handle. Zur Prüfung einer Leistungspflicht ab dem 11. Oktober 2018 sei somit der Krankenversicherer Ansprechpartner (UV-act. 24). Nach einer Korrespondenz zwischen dem Versicherten bzw. dessen Rechtsvertreter, Rechtsanwalt MLaw M. Strehler, Ettenhausen-Aadorf, und der Swica, worin sich der Versicherte insbesondere mit der Beurteilung von Dr. G. ___ nicht einverstanden erklärt hatte (UV-act. 27, 29, 34), erliess die Swica am 10. Juli 2019 eine anfechtbare Verfügung

im Sinne ihres Schreibens vom 20. Februar 2019 (UV-act. 36). Die gegen diese Verfügung vom Versicherten durch seinen Rechtsvertreter am 10. September 2019 erhobene Einsprache (UV-act. 40) wies die Swica mit Einspracheentscheid vom 17. Februar 2020 ab (UV-act. 43). Gegen den Einspracheentscheid vom 17. Februar 2020 erhob Rechtsanwalt Strehler für den Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 19. März 2020 Beschwerde mit folgenden Anträgen: 1. Es seien der Einspracheentscheid vom 17. Februar 2020 und somit die Verfügung vom 10. Juli 2019 aufzuheben. 2. Es sei festzustellen, dass die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers an der linken Schulter (Kompletttraktur Supraspinatus, Partiaalläsion Infraspinatus etc.) Folgen des Unfallereignisses vom 26. September 2018 seien und es sei die Swica (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen nach UVG zu erbringen. 3. Eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine externe fachärztliche Begutachtung zu veranlassen. 4. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, den Beschwerdeführer angemessen ausserrechtlich zu entschädigen (act. G 1). Zusammen mit der Beschwerde reichte der Rechtsvertreter des Versicherten eine Stellungnahme von Dr. D.____ vom 18. März 2020 ein, aus welcher unter anderem hervorging, dass eine Schulteroperation links am 7. Dezember 2018 durchgeführt worden war (act. G 1.2). Mit Beschwerdeantwort vom 14. Mai 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 3). Mit Replik vom 6. Juli 2020 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinen Anträgen gemäss Beschwerdeschrift fest (act. G 5). Mit Schreiben vom 24. August 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik (act. G 7). Mit Schreiben vom 23. Oktober 2020 ersuchte das Versicherungsgericht den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers um Einreichung des Operationsberichts oder einer Entbindungserklärung, um diesen direkt bei Dr. D.____ einverlangen zu können (act. G 9). Am 27. Oktober 2020 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers den Operationsbericht ein (act. G 10, G 10.1). Das Versicherungsgericht brachte diesen der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 28. Oktober 2020 zur Kenntnis (act. G 11). Erwägungen Unbestritten ist im vorliegenden Fall, dass der Beschwerdeführer am 26. September 2018 einen Unfall mit Beteiligung der linken Schulter erlitten und die Beschwerdegegnerin für eine Verletzung an der linken Schulter bis zum 10. Oktober 2018 eine Leistungspflicht anerkannt hat. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf über den 10. Oktober 2018 hinausgehende Versicherungsleistungen abgelehnt hat. Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) hat der Unfallversicherer bei Vorliegen eines Unfalls (vgl. dazu Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 63 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge

im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten oder 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 (KOSS UVG-Nabold, N 53, 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66, 74 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 122 V 158 f. E. b mit zahlreichen Hinweisen; SZS 2018 S. 357 f.). Bei physischen Unfallfolgen spielt indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ist es durch einen Unfall zu keinen neuen unfallbedingten strukturellen Schäden gekommen, trifft er aber auf einen vorgeschädigten Körper, kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung höchstens als vorübergehende oder richtungsgebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch einen Unfall verschlimmerten oder überhaupt manifest gewordenen Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht (mehr) die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften oder andersartig geschädigten Vorzustandes auch ohne den Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine) erreicht ist (vgl. zum Ganzen RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C_101/2008, E. 2.2; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Von einer richtungsgebenden Verschlimmerung spricht die Rechtsprechung nur dann, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können (Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; Urteil des Bundesgerichts vom 25. Oktober 2007, 8C_467/2007, E. 3.1). Ebenso wie der leistungs begründende 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. Bern 2014, § 70 N. 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismittelwürdigung (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 geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens 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 bzw. beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden. Auf deren Ergebnis kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. In diesem Fall sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4, 4.6 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.2; SVR 2018 IV, Nr. 4, S. 12, E. 3.2). In Bezug auf behandelnde Hausärzte und Hausärztinnen sowie behandelnde Spezialärzte und Spezialärztinnen (Urteil des EVG vom 6. April 2006, I 803/05, E. 5.5) ist zu beachten, dass sie in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte in der Regel nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 352 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte und Ärztinnen kaum je in Frage kommen. Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzubersichtigen sind. Diese sind dahingehend zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen der beratenden Ärzte und Ärztinnen der Versicherer wecken (BGE 135 V 470 f. E. 4.5 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C_907/2009, E. 1.1). Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. G.____ erstellt wurde (UV-act. 19), ist sodann nicht an sich unzuverlässig, wenn 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 18. Juni 2014, 9C_196/2014, E. 5.1.1). Die Beurteilung von Dr. G.____ wurde in Kenntnis der Vorakten (vgl. "Medizinische Aktenzusammenfassung" [UV-act. 19-3]) verfasst und enthält eine Begründung der strittigen Kausalitätsfrage.

Rechtsprechungsgemäss kann die Beurteilung des Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis in einem Aktengutachten erörtert werden (Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2011, 8C_396/2011, E. 5.2 mit Hinweis). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formell-rechtlichen Gründe gegen den Einbezug der Aktenbeurteilung von Dr. G.____ in die Beweiswürdigung. Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen. Im Folgenden ist zunächst zu prüfen, ob sich der Beschwerdeführer, wie von seinem Rechtsvertreter in der Beschwerde vom 19. März 2020 geltend gemacht (act. G 1), beim Unfall vom 26. September 2018 neue, strukturelle Gesundheitsschäden zugezogen hat. Als solche stehen die in der Arthroskopie vom 7. Dezember 2018 durch Dr. D.____ (act. G 10.1) und bereits in der MRT-Untersuchung vom 17. Oktober 2018 durch Dr. E.____ (UV-act. 12) erhobenen und durch Dr. D.____ am 7. Dezember 2018 offen rekonstruierten Rupturen der Supraspinatus- und Infraspinatussehne zur Diskussion. Hätte die operative Behandlung vom 7. Dezember 2018 unfallkausalen strukturellen Verletzungen gegolten, wäre die Beschwerdegegnerin solange leistungspflichtig, als im Zusammenhang mit diesen Gesundheitsschäden Heilbehandlungen (vgl. Art. 10 UVG) stattgefunden und

Arbeitsunfähigkeiten (vgl. Art. 16 UVG) bestanden haben. Während jedoch die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Aktenbeurteilung von Dr. G. ___ vom 7. Dezember 2018 (act. G 3.19) frische bzw. beim Unfall vom 26. September 2018 neu entstandene Rotatorenmanschettenverletzungen verneint, solche als degenerativer Natur bezeichnet und lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung des degenerativen Zustandes mit einer Leistungspflicht bis 10. Oktober 2018 anerkennt, vertritt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. D. ___ vom 18. März 2020 (act. G 1.2) den gegenteiligen Standpunkt. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, vermögen die Feststellungen von Dr. G. ___ nicht zu überzeugen respektive sind jedenfalls geringe Zweifel im Sinn der einschlägigen Rechtsprechung (vgl. Erwägung 2.3) an dessen (Kausalitäts-)Beurteilung auszumachen. Der Vergleich bildgebender Untersuchungsergebnisse aus der Zeit vor und nach dem Unfall stellt für die Abgrenzung Vorzustand bzw. neue unfallbedingte strukturelle Schädigung eine bedeutsame Beweisgrundlage dar (vgl. dazu BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U 479/05]). Aus der Zeit vor dem Motorradunfall des Beschwerdeführers vom 26. September 2018 liegt ein MRT-Untersuchungsergebnis seines linken Schultergelenks vom 30. Juni 2016 vor (UV-act. 11). Der Radiologe Dr. E. ___ erhob damals als Befunde eine partielle gelenksseitige und intratendinöse Ruptur der Supraspinatussehne, eine regelrechte Bizepssehne, eine deutliche aktivierte AC-Gelenksarthrose mit subakromialer Einengung sowie eine leichtgradige Bursitis subdeltoidea. Es versteht sich von selbst, dass in Bezug auf diese Befunde, soweit es sich dabei um strukturelle Gesundheitsschäden handelt, selbst wenn sie durch den früheren aktenkundigen Skiunfall vom 14. März 2016 entstanden wären (vgl. UV-act. 19), was Suva-Kreisarzt Dr. H. ___ in seiner Beurteilung vom 16. Januar 2019 zwar verneint (UV-act. 32), von vorbestehenden, sicher nicht durch den Unfall vom 26. September 2018 und während der Zeit der Versicherungsdeckung des Beschwerdeführers bei der Beschwerdegegnerin entstandenen, Gesundheitsschäden auszugehen ist. Das vom linken Schultergelenk des Beschwerdeführers nach dem Motorradunfall gemachte MRT vom 17. Oktober 2018 zeigte laut Untersuchungsbericht von Dr. E. ___ eine Komplettruptur der Supraspinatussehne und des Rotatorenintervalls, eine partielle Ruptur der Infraspinatussehne, eine Hypotrophie des Musculus supra- und infraspinatus, eine intakte Bizepssehne sowie eine deutliche, gering aktivierte Arthrose des AC-Gelenks (UV-act. 12). In der Arthroskopie vom 7. Dezember 2018 stellte Dr. D. ___ folgende Diagnosen: Subacromiale Impingementsymptomatik bei Ausdünnung und Teilschädigung der Supraspinatussehne und erheblicher AC-Arthrose und Osteophyten subacromial, traumatische Rotatorenmanschettenbeschädigung links im Supra- und Infraspinatus nach Sturzereignis drei Wochen zuvor (act. G 10.1). Gewisse unterschiedliche Befundsituationen von MRT und Arthroskopie können damit erklärt werden, dass die Arthroskopie gegenüber der MRT durch den direkten Einblick in die intraartikulären Strukturen in vielen Fällen eine nochmals feinere diagnostische Differenzierung zulässt (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 153 f.; Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2005, S. 247 f., 725 f.). In seiner Stellungnahme vom 18. März 2020 weist jedoch Dr. D. ___ ebenfalls auf die im MRT erhobene Komplettruptur der Supraspinatussehne bis zum Intervall hin (vgl. demgegenüber "Teilschädigung Supraspinatussehne" im Operationsbericht vom 7. Dezember 2018, act. G 10.1). Dr. G. ___ nimmt in seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2018 (UV-act. 19) keinen konkreten

Vergleich zwischen den kernspintomographischen Untersuchungsergebnissen vom 30. Juni 2016 und 17. Oktober 2018 vor. Er stellt lediglich fest, dass sich schon am 30. Juni 2016 deutliche degenerative Veränderungen im Sinne einer AC-Gelenksarthrose und einer Partialruptur der Supraspinatussehne gezeigt hätten, und führt die partielle gelenksseitige Ruptur der linken Supraspinatussehne unter den Diagnosen somit nachvollziehbar als vorbestehend an, zumindest seit 2016. Er nennt die in der MRT-Untersuchung vom 17. Oktober 2018 erkennbaren Gesundheitsschäden - die Komplettruptur der Supraspinatussehne und des Rotatorenmanschettenintervalls sowie die partielle Ruptur der Infraspinatussehne bei deutlich aktivierter Arthrose des AC-Gelenks - und bezeichnet auch diese als vorbestehend und degenerativer Natur. Angesichts dessen, dass sich die partielle Infraspinatussehnenruptur in der MRT-Untersuchung vom 30. Juni 2016 noch nicht gezeigt hatte, würde seine Schlussfolgerung zumindest einer weiteren Begründung bedürfen. Auch in Bezug auf die Supraspinatussehne ist eine neue strukturelle Unfallverletzung nicht ohne Weiteres ausgeschlossen. Suva-Kreisarzt Dr. H. ___ stellt in seiner Beurteilung vom 16. Januar 2019 (UV-act. 32) fest, dass die am 30. Juni 2016 erhobene Partiaalläsion der Supraspinatussehne im Ansatzbereich lokalisiert gewesen sei, also nicht im Intermediärbereich, wo sich auf den MRT-Bildern vom 17. Oktober 2018 die Komplettruptur der Supraspinatussehne gezeigt habe. Laut MRT-Untersuchungsbericht von Dr. E. ___ vom 30. Juni 2016 hatte damals zwar bereits eine partielle intratendinöse Ruptur der Supraspinatussehne erhoben werden können, doch ist in Bezug auf eine solche unbeantwortet, ob allenfalls eine richtungsgebende Verschlimmerung im Sinne eines Übergangs von einer vorbestehenden partiellen Ruptur in eine komplette Ruptur stattgefunden haben könnte. Dieselbe unfallbedingte Konstellation steht - nachdem Dr. D. ___ zumindest in seiner Stellungnahme vom 18. März 2020 eine komplette Supraspinatussehnenruptur nicht in Frage gestellt hat (act. G 1.2) - auch im Vergleich mit der arthroskopischen Diagnose vom 7. Dezember 2018 zur Diskussion. Gegen eine traumatische Ursache der Rotatorenmanschettenläsionen sprechen sodann für Dr. G. ___ das seiner Ansicht nach blosses Bagateltrauma vom 26. September 2018 sowie das Fehlen von Begleitverletzungen im Sinne eines Hämatoms, von Prellmarken oder Hautschürfungen. Auch im MRT würden keine Begleitverletzungen, insbesondere kein Bone bruise, beschrieben, die auf eine frische Verletzung hindeuten würden (UV-act. 19-5). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hält in der Beschwerde vom 19. März 2020 (act. G 1) dagegen, dass Dr. G. ___ von falschen Annahmen hinsichtlich der Unfalldynamik ausgehe. Tatsächlich habe es sich um einen Motorradunfall von erheblicher Schwere gehandelt. Der Beschwerdeführer sei mit seinem Motorrad auf einem harten, unbefestigten Landweg mit ca. 60 km/h gefahren, als wegen einer Bodenunebenheit plötzlich das Hinterrad nach rechts weggerutscht und er auf die linke Seite gestürzt sei und sich in der Folge mehrfach überschlagen habe. Bei diesem Sturz sei die linke Schulter in mehrfacher Hinsicht starken Kräften ausgesetzt gewesen. Zunächst hätten erhebliche Stosskräfte gewirkt, als der Beschwerdeführer versucht habe, den Sturz mit dem linken Arm abzufangen, und in der Folge sei es beim mehrfachen Überschlagen zu zahlreichen Verdrehungen des linken Arms und der linken Schulter gekommen. Die fehlenden Begleitverletzungen seien sodann damit zu erklären, dass der Beschwerdeführer ein Schutzhemd mit Brust- und Rückenpanzer sowie Ellbogen- und Schulterhartprotektoren getragen habe, weshalb Abschürfungen fast ausgeschlossen seien. Insbesondere für Rotatorenmanschettenläsionen werden in den medizinischen Fachartikeln konkrete Verletzungsmechanismen beschrieben, welche zu einer traumatischen Sehnenruptur führen

können. Als potenziell geeignete Verletzungsmechanismen werden genannt: das Abscheren des Sehnenansatzes von innen, sobald der maximal zulässige Rotationswinkel überschritten ist und der Sehnenansatz mit dem Pfannenrand in Konflikt gerät (sogenanntes inneres Impingement), z.B. bei einer Schulter(sub)luxation; die passive Traktion, z.B. nach unten (beim Versuch einen schweren fallenden Gegenstand aufzufangen), ventral oder medial; die exzentrische Belastung angespannter Anteile der Rotatorenmanschette, z.B. bei passiv forciertem Aussen- oder Innenrotation bei anliegendem oder abgespreiztem Arm, z.B. bei einem Sturz vom Gerüst nach vorn mit dem Versuch, den Fall durch Festhalten abzufangen. Die traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette erfolgt gemäss Literatur also in der Regel nicht durch ein direktes Anpralltrauma, sondern durch indirekte Gewalteinwirkung bzw. durch eine plötzliche körpereigene Kraftanstrengung, mit der die mechanische Belastbarkeit des Sehngewebes überschritten wird (Swiss Medical Forum, Ausgabe 2019/15-16, Übersichtsartikel, Revidierte Unterscheidungskriterien, Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, mitwirkend Mitglieder der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie von Swiss Orthopaedics, zu finden unter <https://doi.org/10.4414/smf.2019.03247>, abgerufen am 20. April 2021, S. 263 [nachfolgend zitiert: Swiss Medical Forum]; http://www.gaertner-servatius.de/krankheiten/-rotatorenmanschettenruptur_leitlinien.pdf, abgerufen am 20. April 2021 [nachfolgend zitiert: AWMF-Leitlinien]). Das Bundesgericht gibt in seinem Urteil vom 22. Oktober 2019, 8C_446/2019, E. 5.2.2, die vorgenannten Unfallmechanismen wieder und geht gestützt auf eine weitere Publikation (vgl. E. 5.2.3) davon aus, dass die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) ein ungeeigneter Hergang für eine Rotatorenmanschettschädigung sei, da die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und durch den Delta-Muskel gut abgeschirmt sei. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat in seinen bisherigen Entscheiden auf das vorgenannte Bundesgerichtsurteil abgestellt und ein (als einziges Element bestehendes) direktes Anpralltrauma der Schulter als bedeutsamen Faktor gegen eine traumatische Genese einer Rotatorenmanschettenläsion gewertet. In einer Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 widersprechen nun vier Experten (Prof. Dr. med. I.____, Prof. Dr. med. J.____, Prof. Dr. med. K.____, Prof. Dr. med. L.____) im Namen der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie der M.____ der Auffassung des Bundesgerichts und gelangen zum Schluss, dass ein direktes Schultertrauma durchaus zu einer Rotatorenmanschettenruptur führen könne (Stellungnahme zu finden unter <https://www.schadenanwaelte.ch/wp-content/uploads/2020/10/Orthopaeden-Bundesgericht.pdf>, abgerufen am 20. April 2021; nachfolgend zitiert: Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie). Die Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie gibt an, die aktuelle, internationale Literatur nochmals genau gesichtet und systematisch nach Artikeln gesucht zu haben, die über akute, rein traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenrupturen berichten. Sie führt die von ihr durchgesehenen Artikel an und hält fest, ihnen könne zusammenfassend entnommen werden, dass ein direktes Schultertrauma durchaus ein überwiegend wahrscheinlicher Mechanismus für eine akute/traumatische Rotatorenmanschettenruptur sein könne und sogar einer der häufigsten Mechanismen sei. Das Bundesgerichtsurteil sei demgegenüber nicht wissenschaftlich begründet, basiere auf einer veralteten Expertenmeinung und ignoriere aktuelle, auf neuester Literatur basierenden Meinungen von Schulterexperten. Wenn das Bundesgericht seine Entscheide auf aktuellste wissenschaftliche Erkenntnisse höchstmöglicher Evidenz abstütze, könne das fragliche Urteil nicht als richtungsweisend angesehen werden. Bereits in dem von der

Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie im Swiss Medical Forum veröffentlichten Artikel (a.a.O.) hatte sich zwar die Expertengruppe den in fünf Studien beschriebenen, zur Verletzung führenden Mechanismen einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion angeschlossen, doch war sie davon ausgegangen, dass bei einer nicht genannten Schädigung, wie einem Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm, ebenfalls eine Rotatorenmanschettenläsion entstehen könne. Zur konkreten Begründung im Bundesgerichtsurteil - die Rotatorenmanschette sei durch das darüber liegende Schulterdach (Acromion) und den Deltoideusmuskel vor einer Gewalteinwirkung geschützt - erklärte die Expertengruppe, dass diese Hypothese in keinem der von ihr gesichteten Artikeln durch eine biomechanische oder klinische Studie untermauert werde. Angesichts dessen, dass der Artikel der Expertengruppe im Swiss Medical Forum im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung von Rotatorenmanschettenläsionen vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen bisher als wegweisend erachtet wurde und der Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Bereich der Medizin in der Regel basierend auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen zu erbringen ist (vgl. Erwägung 2.1), sieht das Versicherungsgericht keinen Grund, künftig nicht auch die plausible und nachvollziehbare Stellungnahme der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie vom 1. Oktober 2020 zu berücksichtigen. Nachfolgend ist mithin zu prüfen, ob der Beschwerdeführer einen für eine Rotatorenmanschettenläsion typischen Unfallmechanismus erlitten hat. In Bezug auf den beschwerdeweise geschilderten Unfallhergang (act. G 1 Ziff. 3 S. 4) weist die Beschwerdegegnerin zutreffenderweise darauf hin, dass den echtzeitlichen Akten (vgl. dazu UV-act. 2, 15, 31) kein Unfallereignis mit einem mehrfachen Überschlagen, bei dem es zu zahlreichen Verdrehungen des linken Arms und der linken Schulter gekommen sei, zu entnehmen ist. Der in der Beschwerde vom 19. März 2020 (act. G 1) beschriebene Unfallhergang wirkt nicht unrealistisch, doch lässt er sich mit den vorgenannten, aktenkundigen Sachverhalten nicht bestätigen. Zwar ist einzuräumen, dass ein plötzlich und unerwartet eintretendes bzw. sich schnell abspielendes Geschehen wie ein Sturz vom Motorrad nicht immer in sämtlichen Einzelheiten wahrgenommen wird, womit die Erklärung von Dr. D.____ in seiner mit der Beschwerde eingereichten Stellungnahme vom 18. März 2020 (act. G 1.2), der Beschwerdeführer habe selbst nicht mehr genau sagen können, welche Position der linke Arm innegehabt habe und ob eine Rotations- und Abstützkomponente vorhanden gewesen sei, nicht erstaunt. Dass sodann jedoch in der Beschwerde und damit nach Erlass des Einspracheentscheids vom 17. Februar 2020 explizit ein für eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette in allen Details geeigneter und typischer Unfallmechanismus geltend gemacht wird, lässt diesen wenig glaubwürdig erscheinen (vgl. dazu BGE 121 V 47 E. 1a mit Hinweisen; KOSS UVG-Nabold, N 11 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 10 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 29 f.). Die beantragte Zeugenbefragung ist abzulehnen, weil in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (act. G 3) nicht anzunehmen ist, dass ihr Beweiskraft zukommen könnte. Seit dem Unfall sind über zweieinhalb Jahre vergangen und das Erinnerungsvermögen bezüglich eines bestimmten Ereignisses nimmt erfahrungsgemäss mit der Zeit ab. Zudem fuhr der damalige Begleiter des Beschwerdeführers selbst Motorrad, womit eine genaue Wahrnehmung des Unfallgeschehens und den dabei vorkommenden aktiven und passiven Bewegungen des Beschwerdeführers bei ihm ebenso fraglich erscheint. Letztlich kann jedoch offengelassen werden, ob dem Unfall vom 26. September 2018 eine distorsionelle Komponente zukam. Nicht ausgeschlossen werden kann nämlich ein Verletzungsmechanismus mit einer direkten Kontusion der linken Schulter, der - wie in

Erwägung 4.2.3 ausgeführt - ebenfalls als geeigneter Unfallmechanismus für eine traumatische Schädigung der Rotatorenmanschette anzuerkennen ist. In der Bagatellunfallmeldung UVG vom 8. Oktober 2018 ist beschrieben, der Beschwerdeführer sei im Gelände mit dem Motorrad ausgerutscht und auf die linke Seite gefallen (UV-act. 31). Gegenüber dem erstbehandelnden Hausarzt Dr. C.____ gab der Beschwerdeführer laut Arztzeugnis UVG vom 24. November 2018 einen Sturz mit dem Motorrad auf die linke Schulter an (UV-act. 15). Sachverhaltsmässig ist schliesslich auch dem Bericht von Dr. D.____ vom 17. Oktober 2018 über die Untersuchung vom 15. Oktober 2018 ein Sturz anlässlich einer Motorradtour mit direkter Kontusion der linken Schulter und sofortiger Funktionseinschränkung zu entnehmen (UV-act. 2). Das Fehlen von mit einem Trauma häufig vergesellschafteten Begleitverletzungen im Sinne von Hämatomen, Prellmarken oder Hautschürfungen wie auch eines im MRT sichtbaren Bone bruise ist unbestritten (vgl. UV-act. 12, 15). Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers erklärt dies jedoch zumindest nicht unplausibel mit dem vom Beschwerdeführer getragenen Brust- und Rückenpanzer sowie Ellbogen- und Schulterartprotektoren (vgl. act. G 1 Ziff. 3 S. 4). Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass die Feststellung von Dr. G.____ in seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2018, beim Unfall vom 26. September 2018 habe es sich um einen Bagatellunfall gehandelt, nicht überzeugt. Vor allem aber ist - wie dargelegt - im konkreten Fall von einem Unfallmechanismus auszugehen, der zu traumatischen Sehnenrupturen führen konnte. Ob Dr. G.____ in seiner Beurteilung insbesondere diesen Umstand mitberücksichtigt hat, lässt sich dieser nicht entnehmen. Zweifel an der Beurteilung von Dr. G.____ werden sodann auch durch die widersprechende Beurteilung des Orthopäden Dr. D.____ vom 18. März 2020 (act. G 1.2) geweckt, der sich insbesondere zur intraoperativen Situation äusserte. Wie bereits erwähnt, lässt die Arthroskopie durch den direkten Einblick in die intraartikulären Strukturen in vielen Fällen eine feine diagnostische Differenzierung zu (vgl. Erwägung 4.1.2). Im Operationsbericht vom 7. Dezember 2018 hatte Dr. D.____ eine subacromiale Impingement-Symptomatik bei ebenfalls erheblicher AC-Arthrose und Osteophyten subacromial diagnostiziert (act. G 10.1). Osteophyten sind degenerative knöcherne Veränderungen in arthrotischen Gelenken (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 1324; Debrunner, a.a.O., 58, 583). In seiner Beurteilung vom 18. März 2020 erklärte Dr. D.____ hingegen, dass es keine massive Osteophytenbildung gegeben habe, die zur vorliegenden Rissbildung geführt habe. Weiter hielt er fest, dass die Sehnenqualität intraoperativ noch erstaunlich gut gewesen sei. Der Muskelsehnenübergang sei etwas geschwächt gewesen, doch habe dann die Rekonstruktion problemlos erfolgen können, was bei degenerativen Veränderungen häufig nicht der Fall sei. Der Operationsbefund spreche klar für eine Unfallkausalität der Rotatorenmanschettenläsionen (act. G 1.2). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt gestützt auf das in Erwägung 4 Ausgeführte nicht spruchreif abgeklärt ist. An der Beurteilung von Dr. G.____ vom 7. Dezember 2018 bestehen in verschiedener Hinsicht Zweifel. Insbesondere steht ihr die widersprechende medizinische Einschätzung von Dr. D.____ entgegen. Nachdem - wie gesagt (vgl. Erwägung 2.3) - bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit ärztlicher Feststellungen ergänzende Abklärungen erforderlich machen, wird die Beschwerdegegnerin solche - gegebenenfalls unter Einbindung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt mittels versicherungsexternem orthopädischem Gutachten - nachzuholen haben. Die Angelegenheit ist damit zur Abklärung der Frage der Unfallkausalität der am 7. Dezember 2018 durch Dr. D.____ arthroskopisch behandelten Rotatorenmanschettenläsionen links des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sollten die weiteren

Abklärungen den Nachweis unfallkausaler Rotatorenmanschettenläsionen nicht zu erbringen vermögen und wäre - wie von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. Februar 2020 angenommen (act. UV-act. 43) - davon auszugehen, dass die nach dem Motorradsturz aufgetretenen Schulterbeschwerden links Folge eines durch den Unfall lediglich aktivierten (zuvor stummen) degenerativen Vorzustandes bzw. fortschreitenden Degenerationsprozesses sind, hätte die Beschwerdegegnerin Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, vom 9. Januar 2012, 8C_601/2011, E. 3.2, und vom 24. Juni 2008, 8C_326/2008, E. 3.2 und 4; Urteil des EVG vom 14. März 2000, U 266/99, E. 1; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 f.). Solange der Status quo sine vel ante (vgl. Erwägung 2.2) noch nicht erreicht wäre, hätte sie gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen. Unter Umständen hätte der Beschwerdeführer damit Anspruch auf eine, operative Eingriffe miteinschliessende, zweckmässige Behandlung, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der von den Unfällen zumindest mitverursachten Schmerzen dient und nicht gesagt werden kann, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C_423/2012, E. 5.3, und 24. Juni 2008, 8C_326/2008 E. 4). Im Sinne eines obiter dictum ist zur allfälligen in Erwägung 5.2.1 dargelegten Sachlage festzuhalten, dass auch hinsichtlich des Status quo sine vel ante gewisse Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. G.____ bestehen würden und die frühe Leistungseinstellung per 10. Oktober 2018 nicht überzeugen würde. Sie mutet ergebnisorientiert an. Laut Dr. G.____ hat der Beschwerdeführer nur eine leichte Prellung erlitten. Die Unfallfolgen seien nach zwei Wochen abgeheilt gewesen (UV-act. 19). Gerade zwei Wochen nach dem Unfall vom 26. September 2018, also nach der von Dr. G.____ angenommenen Heilung der Kontusionsfolgen, fand die erste Behandlung bei Dr. D.____ statt (UV-act. 2), anlässlich welcher sich beim Beschwerdeführer immer noch eine bewegungsabhängige Schmerzsymptomatik zeigte und die Untersuchungen bezüglich einer Rotatorenmanschettenpathologie positiv waren. Dr. D.____ hielt im Bericht vom 17. Oktober 2018 fest, dass eine MRT-Untersuchung durchgeführt werde, und sprach bereits damals die eventuelle Notwendigkeit einer operativen Therapie an. Die MRT-Untersuchung vom 17. Oktober 2018 zeigte sodann die Rotatorenmanschettenläsionen sowie eine gering aktivierte Arthrose, worauf der Beschwerdeführer am 7. Dezember 2018 durch Dr. D.____ an der Rotatorenmanschette links operiert wurde. Der Begriff "aktiviert" bedeutet in wirksame Form versetzt bzw. wirksam (Roche Lexikon, a.a.O., S. 40, vgl. auch S. 134) und beschreibt, dass eine vorbestehende Arthrose symptomatisch geworden ist. Dies kann, wie gesagt, die Folge eines Traumas sein, womit gegebenenfalls eine traumatisierte Arthrose vorliegt. Dr. G.____ hielt sodann in seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2018 fest, dass die vom Beschwerdeführer subjektiv geklagten Beschwerden hinreichend durch die Untersuchungsberichte und MRT-Befunde objektiviert seien (UV-act. 19-5 Ziff. 3). Angesichts dieser Sachlage könnte nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden, der Unfall vom 26. September 2018 habe für eine ausgelöste Rotatorenmanschettenläsion und Arthrose im Zeitpunkt der Leistungseinstellung, der ohnehin nur eine sehr kurze Heilungsdauer zuliess, keine

Teilursache mehr dargestellt. Selbst wenn die Operation der Rotatorenmanschette sowie die Erweiterung des verschmälerten Gelenkspalts einem Vorzustand zuzuschreiben wären, und dem Sturz vom 26. September 2018 mit einer Kontusion im weitesten Sinn keine massgebende Bedeutung mehr zugekommen wäre, würde dies nach der unter Erwägung 5.2.1 dargestellten Praxis gegebenenfalls genügen, eine Haftung des obligatorischen Unfallversicherers zu begründen. Betreffend Teilursächlichkeit wurde weder durch die Rechtsprechung noch vom Gesetzgeber ein erforderlicher Mindestsatz bestimmt. Auch in Art. 36 Abs. 1 UVG wird von einer solchen Regelung abgesehen. Liegt - wie im vorliegenden Fall - ein eindeutiges Unfallereignis, eine davor bestehende Beschwerdefreiheit und eine unmittelbar nach dem Unfall aufgetretene Schmerzsymptomatik und Bewegungseinschränkung vor, darf somit nur im Ausnahmefall davon ausgegangen werden, dem krankhaften Vorzustand komme gegenüber der Kontusion der Schulter ein Gewicht zu, welches die Annahme einer Unterbrechung der Unfallkausalität rechtfertigt (vgl. dazu SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, 8C_380/2011, E. 4.2.1). Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 19. März 2020 dahingehend gutzuheissen, dass der Einspracheentscheid vom 17. Februar 2020 (UV-act. 43) aufzuheben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand für die Beschwerdeführung entsprechend eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Entscheid Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 17. Februar 2020 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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