

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/41 vom 5. Juli 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-07-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_41

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/41 du 5 juillet 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/41 del 5 luglio 2021

Regeste

Art. 6 UVG: Rückweisung der Streitsache zu ergänzenden Abklärungen bezüglich der Frage, ob sich der Beschwerdeführer bei einem Treppensturz mit Kontusion der linken Schulter eine neue, traumatisch bedingte Rotatorenmanschettenläsion zugezogen hat (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Juli 2021, UV 2020/41).

Volltext

Entscheid vom 5. Juli 2021 Besetzung Versicherungsrichter Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichter Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Blättler Geschäftsnr. UV 2020/41 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte, Freudenbergstrasse 24, 9242 Oberuzwil, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.____ war bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 18. Januar 2019 beim Hinuntergehen einer Treppe stürzte und dabei die linke Schulter anschlug (vgl. Suva-act. 2 f., 9). Der Unfall vom 18. Januar 2019 geschah infolge eines Umknickens des instabilen rechten Sprunggelenks. Der Versicherte war am 26. Juli 2002 vier Meter in die Tiefe gestürzt und hatte sich dabei eine Malleolarfraktur rechts Typ C sowie eine Trümmerfraktur des rechten Olecranon zugezogen (Suva-act. 9, 38-2, 64-1). Die Erstbehandlung der Schulterverletzung links fand am 24. Januar 2019 (bzw. gemäss Angaben des Versicherten am 19. Januar 2019; vgl. Suva-act. 9-2) bei Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, statt. In der klinischen Untersuchung erhob Dr. B.____ eine Konturverbreiterung über dem AC-Gelenk, welches indolent war, und eine glenohumeral eingeschränkte Beweglichkeit mit deutlich subacromialem Reiben mit Verdacht auf eine Subscapularis-/Supraspinatus-sehnenverletzung im Sinne einer Zerrung/aktivierten Tendinopathie bei schmerzhafter Abduktion. In der Röntgenuntersuchung zeigte sich in der rechten (richtig wohl: linken) Schulter Flüssigkeit im Subdeltoidalbereich links mit deutlichem Acromionsporn und lateraler Claviculaverbreiterung (Suva-act. 14-3, 60). Bei einer am 25. Januar 2019 im Landesspital C.____ durchgeführten MR-Untersuchung der linken Schulter zeigte sich eine mild aktivierte bzw. traumatisierte geringe AC-Gelenksarthrose mit milder Ergussbildung mit geringen subchondralen Ödemzonen, keine signifikante Einengung des Subacromialraums bei down sloping eines Typ III Acromion bei kleiner Spornbildung anteroinferior und milder Flüssigkeitsmarkierung der Bursa subacromialis mit möglicher Impingementsymptomatik,

ein ca. 10 x 15 mm grosser interstitieller Partialriss der Supraspinatussehne ventral am tendoosären Übergang und zudem eine ca. drei Millimeter breite bursaseitige Avulsion bei hier zusätzlicher Defektbildung der oberflächlichen bursaseitigen Fasern (Suva-act. 4). Mit Schreiben vom 26. Februar 2019 informierte der Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsanwalt Dr. iur. Th. Struth, Vaduz (FL), die Suva darüber, dass eine Operation am linken Schultergelenk erforderlich sei, welche am 1. Juli 2019 in D.____ durchgeführt werde (Suva-act. 5). Mit Schreiben vom 6. März 2019 teilte die Suva dem Versicherten mit, dass sie zu den Versicherungsleistungen noch nicht endgültig Stellung nehmen könne. Sobald sie die Abklärungen durchgeführt habe, werde er über ihre Leistungspflicht orientiert (Suva-act. 6; vgl. zu den Abklärungen der Suva Suva-act. 8 ff.). Mit E-Mail vom 26. April 2019 ersuchte Rechtsanwalt Struth die Suva um Bestätigung der Übernahme der Kosten der bevorstehenden Operation an der linken Schulter (Suva-act. 12-1). Mit Schreiben vom 6. Mai 2019 teilte Dr. B.____ der Suva mit, dass sich die Schulteroperation wegen einer Operation des rechten oberen Sprunggelenks verzögert habe. Die Indikation zur Operation in Bezug auf das Schultergelenk bestehe in einer erheblichen, aktiven AC-Gelenksarthrose und einer Einschränkung im Subacromialraum mit einer Impingementsymptomatik. Geplant sei eine Schulterarthroskopie mit subacromialer Dekompression sowie eventuell eine laterale Clavicularesektion (Suva-act. 18-1). Am 20. Mai 2019 befand Suva-Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädie, der Schaden, welcher am 1. Juli 2019 operiert werden sollte, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 18. Januar 2019 zurückzuführen, sondern durch krankhafte Veränderungen des Schultergelenks verursacht. Bei einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativ-krankhaften Vorzustandes spielten die Unfallfolgen im Beschwerdebild sechs bis acht Wochen nach dem Unfallereignis überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr (Suva-act. 19). Am 7. Juni 2019 beurteilte Dr. E.____, dass sich in der am 25. Januar 2019 durchgeführten Kernspintomographie (vgl. Suva-act. 18) - also zeitnah nach dem Kontusionsereignis vom 18. Januar 2019 - kein Nachweis struktureller Traumafolgen an der linken Schulter gezeigt habe (Suva-act. 24). Mit Verfügung vom 17. Juni 2019 teilte die Suva mit, sie richte für die Folgen des Nichtberufsunfalls an der rechten und linken Schulter vom 18. Januar 2019 Versicherungsleistungen aus. Sie müsse den Fall jedoch per 15. März 2019 abschliessen und die Versicherungsleistungen auf diesen Zeitpunkt einstellen. Für die Operation vom 1. Juli 2019 könne sie deshalb nicht mehr aufkommen (Suva-act. 33). Mit Schreiben vom 1. Juli 2019 ersuchte Dr. B.____ die Suva um eine erneute Beurteilung der Akten. Er führte aus, mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit sei die linksseitige Schultergelenks-AC-Degeneration, welche mittels eines operativen Eingriffs saniert werden sollte, durch die langfristige Überbeanspruchung der linken oberen Extremität verursacht. Die Überbeanspruchung sei erfolgt, da das rechte Ellbogengelenk unfallbedingt nur beschränkt belastbar sei. Seines Erachtens seien deshalb auch die Frühdegenerationszeichen des linken Schultergelenks auf das frühere Unfallereignis (des Jahres 2002) zurückzuführen (Suva-act. 37). Am 8. August 2019 verneinte Suva-Kreisarzt Dr. med. F.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, indirekte Folgen des Unfalls vom 26. Juli 2002 im Bereich der linken Schulter (Suva-act. 39; vgl. auch Beurteilung von Dr. E.____; Suva-act. 38). Die Suva teilte Dr. B.____ mit Schreiben vom 7. August 2019 mit, sie sei nicht leistungspflichtig (Suva-act. 40). Mit Eingabe vom 13. August 2019 erhob Rechtsanwalt Struth für den Versicherten Einsprache gegen die Verfügung vom 17. Juni 2019 und erklärte, dass dieser mit dem angekündigten Abschluss des Falles und der Nichtübernahme der Kosten der von Dr. B.____ geplanten Operation an der linken Schulter nicht einverstanden sei (Suva-act. 43). Am 7. Oktober

2019 reichte Dr. med. G.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, einen Bericht über eine Untersuchung des Versicherten vom 2. Oktober 2019 ein. Darin beurteilte er, dass der Riss der Supraspinatussehne sicherlich nicht auf eine Überlastung im Zusammenhang mit der eingeschränkten Funktion des rechten Arms zurückzuführen sei. Es sei höchstens möglich, dass die Unterseitenläsion der Supraspinatussehne links durch den Treppensturz entstanden sei und dies die derzeitigen Beschwerden erkläre (Suva-act. 49). Mit seiner Einsprachebegründung vom 11. Dezember 2019 reichte der Rechtsvertreter des Versicherten unter anderem einen Untersuchungsbericht über eine am 16. Oktober 2019 in der Radiologie Z.____, Diagnose Zentrum H.____, durchgeführte MR-Untersuchung des linken Schultergelenks ein. Er hielt fest, dass die Untersuchung durch Dr. G.____ sowie die MR-Abklärung klar ergeben hätten, dass die bestehenden Beschwerden des Versicherten nicht auf einen degenerativen Vorzustand der linken Schulter zurückzuführen seien, sondern ihre Ursache in einem Riss der Supraspinatussehne hätten, den sich der Versicherte beim Treppensturz am 18. Januar 2019 zugezogen habe. Es sei auszuschliessen, dass der Riss der Supraspinatussehne durch eine Überlastung der linken Schulter oder des linken Arms verursacht worden sei (Suva-act. 52). Zusammen mit der Einsprachebegründung reichte der Rechtsvertreter des Versicherten ausserdem einen Bericht von Dr. B.____ vom 21. Oktober 2019 ein, worin sich dieser zum Untersuchungsbericht von Dr. G.____ vom 7. Oktober 2019 bzw. zum MR-Untersuchungsergebnis vom 16. Oktober 2019 geäussert hatte (Suva-act. 52-10 f.). Auf Nachfrage der Suva erklärte Kreisarzt Dr. E.____ am 9. Januar 2020, dass sich durch die eingereichten Untersuchungsberichte nichts an seiner Stellungnahme vom 6. Juni 2019 (Suva-act. 24) und an derjenigen von Dr. F.____ vom 7. August 2019 (Suva-act. 39) ändere (Suva-act. 57). Am 23. Januar 2020 beauftragte die Suva Prof. Dr. med. I.____, Stadtspital Waid und Triemli, Zürich, unter Vorlage der Röntgenbilder vom 24. Januar 2019 sowie der MR-Bilder vom 25. Januar und 16. Oktober 2019 mit einer radiologischen Zweitbefundung (Suva-act. 61). In seinem fachradiologischen Gutachten vom 7. Februar 2020 stellte Prof. I.____ fest, dass der Verlauf der Befunde deutlich mache, dass zwischen den Untersuchungen vom 25. Januar und 16. Oktober 2019 eine Veränderung im Sinne eines Heilungsprozesses stattgefunden habe, weshalb er zum Schluss komme, dass ein Zusammenhang der dokumentierten Supraspinatussehnenläsion mit dem Trauma möglich sei. Zusätzlich zeige der Verlauf der Untersuchungen, dass eine Traumatisierung des AC-Gelenks stattgefunden habe (Suva-act. 62). Im Auftrag der Suva (vgl. Suva-act. 63) beurteilte Dr. E.____ den Schadenfall am 19. Februar 2020 erneut (Suva-act. 64). Mit Schreiben vom 4. Mai 2020 fragte Dr. B.____ bei der Suva an, inwieweit die linksseitige Schulterverletzung über die Suva abgerechnet und die Schulterarthroskopie links mit Dekompressionseingriff am 18. Mai 2020 durchgeführt werden könne (Suva-act. 66). Mit Einspracheentscheid vom 14. Mai 2020 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab (Suva-act. 70). Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Fürsprecher M. Büchel, Oberuzwil, am 12. Juni 2020 die vorliegende Beschwerde. Dieser beantragte darin, der Einspracheentscheid vom 14. Mai 2020 sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer über den Zeitpunkt vom 15. März 2019 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere für die Operation vom 1. Juli 2019; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Am 10. Juli 2020 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Beschwerdebegründung ein. Er hielt darin an seinen Anträgen fest und präziserte, die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe dem Beschwerdeführer insbesondere Kostengutsprache für die medizinisch indizierte

Schulterarthroskopie links mit Dekompressionseingriff bei Dr. B.____ (gemäss Kostengutsprache gesuch vom 4. Mai 2020) zu erteilen. Weiter machte er geltend, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt, da sie ihm die kreisärztliche Stellungnahme vom 19. Februar 2020 (vgl. Suva-act. 64) vor Erlass des Einspracheentscheids nicht zugestellt habe (act. G3). Mit Beschwerdeantwort vom 12. November 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G9). In der Replik vom 15. Dezember 2020 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an seinen Beschwerdeanträgen fest (act. G11). Er reichte eine von vier Experten (Prof. Dr. med. J.____, Prof. Dr. med. K.____, Prof. Dr. med. L.____, Prof. Dr. med. M.____) im Namen der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie der Schweizerischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie Swiss Orthopaedics verfasste, auf den 1. Oktober 2020 datierte Stellungnahme (nachfolgend zitiert: Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie) zum Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2019, 8C_446/2019, ein (act. G11.1). Mit Duplik vom 7. Januar 2021 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest (act. G13). Nach Aufforderung der Verfahrensleitung (act. G15) reichte Fürsprecher M. Büchel am 10. Februar 2021 ein Schreiben vom 12. Juni 2020 mit Fragenkatalog an Dr. B.____ sowie eine Beurteilung desselben vom 18. Juni 2020 ein. Zudem teilte er mit, der Beschwerdeführer habe die geplante Operation (am 18. Mai 2020) durch Dr. B.____ mangels Kostengutsprache durch die Beschwerdegegnerin nicht durchführen lassen (act. G16, G16.1 f.). Die Beschwerdegegnerin reichte am 1. März 2021 eine Stellungnahme von Kreisarzt Dr. E.____ vom 25. Februar 2021 ein (act. G18, G18.1).

Erwägungen In formeller Hinsicht ist zu prüfen, ob der Anspruch des Beschwerdeführers auf das rechtliche Gehör verletzt wurde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers sieht eine Gehörsverletzung darin, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Beurteilung von Dr. E.____ vom 19. Februar 2020 (Suva-act. 64) nicht zur Stellungnahme habe zukommen lassen, obwohl sie sich im angefochtenen Einspracheentscheid vor allem auf diese abgestützt habe. Durch die Verweigerung des rechtlichen Gehörs sei der Beschwerdeführer einer Instanz verlustig gegangen. Der angefochtene Einspracheentscheid sei deshalb allein unter diesem Gesichtspunkt aufzuheben und der Fall zur Neuprüfung des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (act. G3). Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101) haben Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 370 f. E. 3.1, 129 II 504 E. 2.2, 127 I 56 E. 2b, je mit Hinweisen). Für den Bereich der Sozialversicherungen regelt Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) den Anspruch der Parteien auf rechtliches Gehör. Danach müssen die Parteien nicht angehört werden vor Verfügungen, die durch Einsprache anfechtbar sind. Spätestens im Einspracheverfahren hat die Verwaltung aber die allgemeinen Grundsätze des rechtlichen Gehörs zu wahren und folglich der versicherten Person oder ihrem Vertreter Einsicht in die Akten zu gewähren, auf deren Grundlage sie den Einspracheentscheid abstützt (BGE 132 V 389 E. 4.1 mit Hinweis). Nach Art. 47

Abs. 1 lit. b ATSG steht das Recht auf Akteneinsicht den Parteien für die Daten zu, die sie benötigen, um einen Anspruch oder eine Verpflichtung nach einem Sozialversicherungsgesetz zu wahren oder zu erfüllen oder um ein Rechtsmittel gegen eine auf Grund desselben Gesetzes erlassene Verfügung geltend zu machen, sofern überwiegende Privatinteressen gewahrt bleiben. Wie das Versicherungsgericht bereits in früheren Entscheiden befand (vgl. diesbezüglich Urteil vom 6. April 2011, IV 2009/280, E. 1.1, bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts vom 5. August 2011, 9C_436/2011; Urteil vom 3. November 2015, UV 2014/86, E. 2), verschafft das rechtliche Gehör einen Anspruch darauf, sich zu den tatsächlichen Fragen äussern zu können. Die Sachverhalts- bzw. Beweiswürdigung gehört indes nicht zur Sachverhaltsermittlung, sondern zur Rechtsanwendung. Wie der Beweiswert eines medizinischen Aktenstücks einzuschätzen ist, stellt demnach eine Frage rechtlicher Natur dar. Dient die Stellungnahme des versicherungsmedizinischen Dienstes nur dazu, dem mit der Sachverhaltswürdigung betrauten Sachbearbeiter zu helfen, indem diesem medizinisches Fachwissen zur Verfügung gestellt wird, findet keine Ergänzung des Sachverhalts statt. Eine solche erfolgt lediglich dann, wenn die Stellungnahme des versicherungsmedizinischen Dienstes eine neue medizinische Erkenntnis, die weder den bisherigen Akten noch allfälligen von der versicherten Person eingereichten neuen Arztzeugnissen entnommen werden kann, enthält. In diesem Fall besteht ein Anspruch auf die Gewährung des rechtlichen Gehörs. Hingegen lässt die reine Mitwirkung bei der Würdigung der medizinischen Beweismittel keinen Anspruch auf rechtliches Gehör entstehen. Vorliegend hatte Dr. E.____ vor seiner Beurteilung vom 19. Februar 2020 (Suva-act. 64) und vor Erlass der Verfügung vom 17. Juni 2019 (Suva-act. 33) bereits zwei andere entscheidungsrelevante, interne Stellungnahmen bezüglich der Kausalität der Schulterproblematik links abgegeben (Suva-act. 19, 24). Aus den Darlegungen in der Verfügung ging der Inhalt der kreisärztlichen Beurteilung in Bezug auf das Vorliegen einer unfallkausalen Schulterproblematik links hervor und war erkennbar, dass die Beschwerdegegnerin auf diese kreisärztliche Beurteilung abstellte. Es ist nicht aktenkundig, ob der damalige Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vor Erhebung der Einsprache Akteneinsicht verlangte, doch wäre eine solche ohne Weiteres möglich gewesen. In seiner ärztlichen Beurteilung vom 19. Februar 2020 hat Dr. E.____ keine neuen medizinischen Erkenntnisse dargelegt, sondern lediglich den Bericht von Dr. B.____ vom 17. Januar 2020 (Suva-act. 60) und das fachradiologische Gutachten von Prof. I.____ vom 7. Februar 2020 (Suva-act. 62) gewürdigt. Die Würdigung beschränkte sich im Wesentlichen auf die Wiedergabe der im genannten Bericht von Dr. B.____ vom 17. Januar 2020 enthaltenen Ergebnisse seiner Erstuntersuchung vom 24. Januar 2019 (vgl. Suva-act. 60). Im Weiteren äusserte sich Dr. E.____ zu den Ergebnissen der MR-Untersuchungen vom 25. Januar und 16. Oktober 2019 (vgl. Suva-act. 52, 60). In der zusammenfassenden Schlussfolgerung machte Dr. E.____ schliesslich auch keine neuen, relevanten medizinischen Aussagen. Das Dokument enthielt also keine medizinischen Informationen, die dem Beschwerdeführer nicht schon vorher zugänglich gewesen wären. Dem Beschwerdeführer war die kreisärztliche Kausalitätsbeurteilung im Grundsatz also bekannt. Dadurch, dass die Beschwerdegegnerin den Inhalt des Dokuments erst im Einspracheentscheid festhielt, hat sie folglich den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör nicht verletzt. Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 18. Januar 2019 mit Beteiligung der linken Schulter. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Einstellung der Versicherungsleistungen per 15. März 2019. Geprüft

wurde von der Beschwerdegegnerin auch ihre Leistungspflicht bezüglich der Schulterproblematik links im Zusammenhang mit einem früheren Unfall vom 26. Juli 2002. Dies im Sinne einer indirekten Unfallfolge durch eine Überbelastung der linken Schulter infolge einer unfallbedingt eingeschränkten Belastbarkeit des rechten Ellbogens (vgl. dazu Suva-act. 9, 37 f.). Dr. F.____ und Dr. G.____ verneinten übereinstimmend eine solche Kausalität (Suva-act. 39, 49). Nachdem die Akten eine solche nicht nahelegen und auch der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren eine diesbezügliche Kausalität nicht mehr geltend macht, erübrigt sich die vertiefte Prüfung dieser Frage. 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 ATSG) 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 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 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. 2014, § 70 N. 58 f.; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4). Da es sich bei der Einstellung von Versicherungsleistungen um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast für den Wegfall der vom Unfallversicherer zunächst anerkannten natürlichen Kausalität - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender Kausalzusammenhang überhaupt je gegeben war - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2 mit Hinweisen; BGE 117 V 261 f. E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsrecht in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 222 E. 6 mit Hinweisen; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 4, 55). Nach der telefonischen Unfallmeldung durch den Beschwerdeführer (Suva-act. 2) und Eingang von zwei medizinischen Berichten (Suva-act. 3 f.) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 6. März 2019 mit, dass sie zu den Versicherungsleistungen noch nicht endgültig Stellung nehmen könne und weitere Abklärungen tätigen werde (Suva-act. 6). Eine Anerkennung einer Leistungspflicht erfolgte nach Durchführung verschiedener Abklärungen (vgl. Suva-act. 8 f., 19, 24) erstmals mit der Verfügung vom 17. Juni 2019 (Suva-act. 33). Diese beinhaltet einerseits die Anerkennung einer Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes für acht Wochen bzw. bis 15. März 2019 und andererseits eine Verneinung einer Leistungspflicht für die Operation vom 1. Juli 2019. Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. E. ____, der befunden hatte, dass die Operation aufgrund eines degenerativen Vorzustandes und nicht infolge einer strukturellen Traumafolge indiziert sei und dass bei einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativ-krankhaften Vorzustandes sechs bis acht Wochen nach dem Unfallereignis Unfallfolgen im Beschwerdebild überwiegend wahrscheinlich keine Rolle mehr spielten (vgl. Suva-act. 19, 24). Aus dem Gesagten ist zu folgern, dass die Beschwerdegegnerin die Beweislast für den Nachweis des Dahinfallens einer vorübergehenden Verletzung zu tragen hat, während hinsichtlich der Frage, ob sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 18. Januar 2019 eine strukturelle Verletzung zugezogen hat, aufgrund welcher eine Schulteroperation geplant worden war, der Beschwerdeführer beweisbelastet ist. 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 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 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). Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird grundsätzlich eine strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, EEG) bestätigt werden (vgl. 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]). Dr. B.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 30. Januar 2019 über die am 24. Januar 2019 erfolgte Erstbehandlung. Er führte aus, die Bewegungen in der Abduktion und Elevation der linken Schulter seien in der seitlichen und vorderen Anhebung schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Die Untersuchung habe eine Konturverbreiterung über dem AC-Gelenk gezeigt. Dieses sei indolent gewesen, glenohumeral sei die Beweglichkeit eingeschränkt gewesen mit deutlich subacromialem Reiben mit klinischem Verdacht auf eine Subscapularis-/Supraspinatusverletzung im Sinne einer Zerrung oder aktivierten Tendinopathie bei schmerzhafter Abduktion. Die rechte (richtig wohl: linke) Schulter habe im konventionell radiologischen Röntgenbild Flüssigkeit im Subdeltoidalbereich links mit deutlichem Acromionsporn und lateraler Claviculaverbreiterung gezeigt. Er habe deshalb eine MR-Untersuchung veranlasst, welche am 25. Januar 2019 durchgeführt worden sei. Er empfehle eine abwartende Haltung mit medikamentöser Optimierung. Falls die Beschwerden in vier bis sechs Wochen weiterhin vorhanden seien, sei die subacromiale Impingementsymptomatik anzugehen (Suva-act. 14-3). Am 25. Januar 2019 hatte Dr. med. N.____, Facharzt für Radiologie, Landesspital C.____, die erwähnte MR-Untersuchung der linken Schulter durchgeführt. Er hatte beurteilt, es liege eine mild aktivierte bzw. traumatisierte geringe AC-Gelenksarthrose vor. Es bestehe keine signifikante Einengung des Subacromialraums bei down sloping eines Typ III Acromions. Bei milder Flüssigkeitsmarkierung der Bursa subacromialis sei jedoch eine Impingementsymptomatik möglich (Differentialdiagnose: Posttraumatisch?). Weiter habe sich ein ca. 10 x 15 mm breiter interstitieller Partialriss der Supraspinatussehne ventral am tendoosären Übergang gezeigt (CID-Läsion). Es bestehe zudem eine ca. 3 mm breite Partialruptur bursaseitig im Sinne einer kleinen Reverse-PASTA-Läsion. Die übrige Rotatorenmanschette sei intakt und die lange Bizepssehne regelrecht (Suva-act. 4). Beim Beschwerdeführer bestand damit unbestritten bereits vor dem Unfall vom 18. Januar 2019 eine degenerative Veränderung des AC-Gelenks (vgl. act. G16.2; vgl. auch Suva-act. 18). Im Folgenden ist jedoch zu prüfen, ob der Beschwerdeführer beim Unfall vom 18. Januar

2019 neue, strukturelle Gesundheitsschäden erlitten hat. Er lässt geltend machen, er habe sich die diagnostizierte Läsion der Rotatorenmanschette links anlässlich des Unfalls zugezogen (act. G3, G11). Die Beschwerdegegnerin stellt sich dagegen, wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.3), auf den Standpunkt, es sei lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen (act. G9, G13). Entgegen den Ausführungen von Kreisarzt Dr. E. ___ vom 20. Mai und 7. Juni 2019 (Suva-act. 19, 24) sollte die ursprünglich geplante Schulterarthroskopie gemäss Dr. B. ___ nicht nur der Behandlung der AC-Gelenks-Arthrose, sondern auch der Dekompression und damit der Entlastung der Supraspinatussehne dienen (vgl. act. G16.1). Zur Beantwortung der Frage des Anspruchs auf Versicherungsleistungen über den 15. März 2019 hinaus und insbesondere auf Übernahme der Operationskosten durch die Beschwerdegegnerin ist damit die Ursächlichkeit des Supraspinatussehnenrisses entscheidend. Kreisarzt Dr. E. ___ beurteilte am 20. Mai und 7. Juni 2019, der Schaden, welcher ursprünglich am 1. Juli 2019 hätte operiert werden sollen, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Unfall vom 18. Januar 2019 zurückzuführen (Suva-act. 19, 24). Am 14. Februar 2020 befand Dr. E. ___ schliesslich, es sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis lediglich zu einer vorübergehenden Traumatisierung einer bereits vorbestehenden Degeneration am linken AC-Gelenk geführt, diese jedoch nicht verursacht habe und deshalb die von Dr. B. ___ vorgesehene operative Versorgung des linken AC-Gelenks nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 18. Januar 2019 zurückzuführen sei (Suva-act. 64). Dr. E. ___ stellt sich damit auf den Standpunkt, die vom Beschwerdeführer anlässlich seines Unfalls vom 18. Januar 2019 unbestritten erlittene Kontusion der linken Schulter (vgl. Suva-act. 2 f., 9) habe nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes führen, jedoch nicht die beschriebene Verletzung der Rotatorenmanschette auslösen können. Insbesondere für Rotatorenmanschettenläsionen werden in medizinischen Fachartikeln konkrete Verletzungsmechanismen beschrieben, welche zu einer traumatischen Sehnenruptur führen können. Als potenziell geeignete Verletzungsmechanismen werden namentlich 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 forcierter 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 (Alexandre Läderrmann/ Bernhard Jost/Dominik Weishaupt/Didier Elsig/Matthias Zumstein, Revidierte Unterscheidungskriterien, Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette in: Swiss Medical Forum, Ausgabe 2019/15-16, S. 260-267, zu finden unter: [https://www . researchgate.net/publication/332331925_Degenerative_oder_traumatische_Lasionen_der_Rotatorenmanschette](https://www.researchgate.net/publication/332331925_Degenerative_oder_traumatische_Lasionen_der_Rotatorenmanschette), [Download full-text PDF], abgerufen am 21. Juni 2021 [nachfolgend zitiert: Swiss Medical Forum]; S2e-Leitlinie "Rotatorenmanschette", Version vom März 2017, zu finden unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-0411_S2e_Rotatorenmanschette_2017-04-02.pdf, abgerufen am 21. Juni 2021 [nachfolgend zitiert: AWMF-Leitlinien]). Das Bundesgericht gab in seinem Urteil vom 22. Oktober 2019, 8C_446/2019, E. 5.2.2 f., die vorgenannten Unfallmechanismen wieder und ging gestützt auf eine weitere Publikation 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 (Acromion) und durch den Delta-Muskel gut abgeschirmt sei. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat in seinen früheren Entscheiden gestützt auf das vorgenannte Bundesgerichtsurteil ein direktes Anpralltrauma der Schulter als bedeutsamen Faktor gegen eine traumatische Genese einer Rotatorenmanschettenläsion gewertet. In der Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 widerspricht nun die Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie (act. G11.1) der Auffassung des Bundesgerichts und gelangt zum Schluss, dass ein direktes Schultertrauma durchaus zu einer Rotatorenmanschettenruptur führen könne. 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 berichteten. 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 basierende Meinungen von Schulterexperten. Wenn das Bundesgericht seine Entscheide auf aktuellste wissenschaftliche Erkenntnisse höchstmöglicher Evidenz abstütze, könne das fragliche Bundesgerichtsurteil nicht als richtungsweisend angesehen werden. Bereits in dem im Swiss Medical Forum veröffentlichten Artikel (S. 263) hatten Experten, darunter wiederum Mitglieder der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie, ihre Meinung kundgetan, wonach eine Rotatorenmanschettenläsion nicht nur durch die in fünf Studien beschriebenen, sondern auch durch andere Verletzungsmechanismen, namentlich auch durch ein Direkttrauma der Schulter, entstehen könne. Zur Begründung im Bundesgerichtsurteil - die Rotatorenmanschette sei durch das darüber liegende Schulterdach (Acromion) und den Deltoideusmuskel vor einer Gewalteinwirkung geschützt - führt die Expertengruppe in der Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 aus, dass diese Hypothese in keinem der von ihr gesichteten Artikel durch eine biomechanische oder klinische Studie untermauert werde. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat zwar, wie gesagt, in seinen früheren Entscheiden hinsichtlich Verletzungsmechanismus auf die obgenannte bundesgerichtliche Rechtsprechung abgestellt. Es hat jedoch den Artikel im Swiss Medical Forum im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung von Rotatorenmanschettenläsionen grundsätzlich als wegweisend erachtet. Angesichts dessen, dass der Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs im Bereich der Medizin in der Regel basierend auf Angaben ärztlicher Experten oder Expertinnen zu erbringen ist (vgl. Erwägung 3.1) und die Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie in ihrer Stellungnahme vom 1. Oktober 2020 (act. G11.1) die bereits im Swiss Medical Forum (S. 263) von einigen ihrer Experten geäusserte Meinung nochmals bekräftigt hat, wonach bei einem Direkttrauma der Schulter ohne explizit ausgestreckten Arm ebenfalls eine Rotatorenmanschettenläsion entstehen könne, hat das Versicherungsgericht in seinen Entscheiden UV 2020/22 vom 20. April 2021 und UV 2019/24 vom 21. April 2021 festgehalten, es sehe keinen Grund, künftig nicht auch die plausible und nachvollziehbare Stellungnahme der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie vom 1. Oktober 2020 zu berücksichtigen. Das Bundesgericht hat in seinen erst nach diesen Entscheiden publik gewordenen Urteilen vom 7. April 2021, 8C_740/2020, E. 4, und 15. April 2021, 8C_672/2020, E. 4, ebenfalls auf die

Stellungnahme der Expertengruppe Schulter- und Ellbogenchirurgie vom 1. Oktober 2020 Bezug genommen. Dabei hat es darauf hingewiesen, dass deren Meinungsäußerung wissenschaftlich nicht belegt sei und die Frage, ob und inwiefern Anpralltraumen geeignet seien, Rotatorenmanschettenläsionen zu verursachen, in der medizinischen Literatur kontrovers diskutiert werde. Es sei nicht Aufgabe des Bundesgerichts, den Expertenstreit hinsichtlich des Nachweises der Unfallkausalität von Rotatorenmanschettenläsionen zu entscheiden. Zur Beurteilung der Unfallkausalität werde dem Kriterium des Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2020, 8C_59/2020, E. 5.3. f.). Es gehe vielmehr darum, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprächen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich habe, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei gelte es etwa, die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, den Unfallhergang, den Primärbefund und den Verlauf zu berücksichtigen (Urteile des Bundesgerichts vom 7. April 2021, 8C_740/2020, E. 4.2, und vom 15. April 2020, 8C_672/2020, E. 4.1.3). Der Beschwerdeführer erlitt am 18. Januar 2019 ein Direkttrauma der linken Schulter (vgl. Suva-act. 2 f.). Vorliegend kann offenbleiben, ob dieses - entsprechend der genannten neueren wissenschaftlichen Literatur (vgl. act. G11.1) - grundsätzlich geeignet war, die Rotatorenmanschettenläsion zu verursachen. Dies, zumal der Unfallmechanismus laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur ein (aber immerhin) bedeutsames Merkmal darstellt und - wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen 4.6 ff. ergibt - der medizinische Sachverhalt auch hinsichtlich weiterer bedeutsamer Kriterien nicht spruchreif abgeklärt wurde, weshalb eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin notwendig ist. An der Beurteilung von Dr. E. ___ werden durch widersprechende Einschätzungen von anderen Ärzten Zweifel geweckt. Am 16. Oktober 2019 führte Dr. med. O. __, Radiologie FMH, ein Arthro-MR der Schulter links durch. Er beurteilte, im Vergleich mit dem Befund vom 25. Januar 2019 sei die Supraspinatusläsion knochenahne etwas kleiner geworden, aber noch deutlich zu erkennen. Die kleine bursaseitige Läsion an der Infraspinatussehne sei unverändert. Nun zeigten sich deutliche tendinistische Zeichen der distalen Supraspinatussehne und wahrscheinlich ein Impingement aufgrund der Veränderungen im Acromion. Es liege eine Bursitis subacromialis und subdeltoidea vor (Suva-act. 52-9). Am 7. Februar 2020 erstellte Dr. I. ___ ein fachradiologisches Gutachten zu den Ergebnissen der MR-Untersuchungen vom 25. Januar und 16. Oktober 2019. In diesem Gutachten befand er, auffallend an der Untersuchung vom 25. Januar 2019 sei, dass es im Bereich des AC-Gelenks wenig Knochenmarksödem gegeben habe, welches im Verlauf nicht mehr nachweisbar gewesen sei. Dies deute darauf hin, dass ein Trauma an der linken Schulter stattgefunden habe. Ebenfalls auffallend sei, dass der distale Supraspinatussehnen-Ansatz in der Untersuchung vom 25. Januar 2019 vermehrt Signal zeige und auch der Erguss in der Bursa subacromiale/subdeltoidea verglichen mit der späteren Untersuchung grösser gewesen sei. Der Verlauf dieser Befunde mache deutlich, dass zwischen den Untersuchungen eine Veränderung im Sinne eines Heilungsprozesses stattgefunden habe. Deshalb komme er aus radiologischer Perspektive zum Schluss, dass ein Zusammenhang der dokumentierten Supraspinatussehnen-Läsion mit dem Trauma möglich sei. Zusätzlich zeige der Verlauf der Untersuchungen, dass eine Traumatisierung des AC-Gelenks stattgefunden habe (Suva-act. 62). Im Gegensatz zu Dr. O. __ und Prof. I. ___ führte Dr. E. ___ am 19. Februar 2020 aus, im Rahmen der MR-arthrographischen Verlaufskontrolle am 16. Oktober 2019 habe sich ein vergleichsweise unveränderter Befund am AC-Gelenk

und eine vergleichsweise wenig ausgeprägte Tendinose der distalen Supraspinatussehne gezeigt. Er begründete diese Interpretation des Ergebnisses der MR-Untersuchung nicht weiter und schlussfolgerte, es sei davon auszugehen, dass das Unfallereignis vom 18. Januar 2019 lediglich zu einer vorübergehenden Traumatisierung einer bereits vorbestehenden Degeneration am linken AC-Gelenk geführt, diese aber nicht verursacht habe (Suva-act. 64). Er setzte sich nicht vertieft mit der abweichenden Einschätzung von Prof. I. ___ auseinander. Die Beurteilung von Dr. E. ___ ist damit nicht nachvollziehbar. Die plausiblen Überlegungen von Prof. I. ___ reichen zwar nicht aus, um die Unfallkausalität der Schulterbeschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Sie stellen die Einschätzung von Dr. E. ___ aber zumindest in Frage. Dasselbe gilt für die Beurteilung von Dr. G. ___ vom 7. Oktober 2019. Dieser hatte ausgeführt, der Riss der Supraspinatussehne sei sicher nicht auf eine Überlastung des linken Arms (infolge der eingeschränkten Belastbarkeit des Ellbogens rechts) zurückzuführen (inzwischen unbestritten, vgl. E. 2). Dies insbesondere, weil diese Sehne sehr empfindlich sei und auch im Alter des Beschwerdeführers schon gewisse Menschen "in natürlicher Weise" einen solchen Riss hätten. Er sehe höchstens die Möglichkeit, dass der Riss durch den Treppensturz entstanden sei und die derzeitigen Probleme erkläre (Suva-act. 49). Nachdem Dr. B. ___ anfänglich davon ausgegangen war, dass die Schulterbeschwerden links, insbesondere die AC-Degeneration, durch eine langfristige Überbeanspruchung der linken oberen Extremität bedingt seien (Suva-act. 37, vgl. sinngemäss auch Suva-act. 18), führte er am 9. Oktober 2019 aus, die Supraspinatussehnenverletzung sei möglicherweise posttraumatisch nach dem letzten Unfallereignis (Suva-act. 52-11). Nach Durchführung der MR-Untersuchung hielt Dr. B. ___ am 21. Oktober 2019 fest, der Muskelsehnendefekt habe sich verkleinert. Dies lasse eine traumatische Verletzung im Januar postulieren und nicht eine Langzeitdegeneration durch Überlastung. Der Beschwerdeführer habe zwar eine gute muskuläre Rekonvaleszenz durchgemacht, jedoch bleibe weiterhin ein Impingement bestehen, welches mittels einer Schulterarthroskopie zu beheben wäre (Suva-act. 52-10). Dr. B. ___ hielt am 4. Mai 2020 sodann fest, es liege eine traumatische Rotatorenmanschettenverletzung vor und die diesbezüglichen Beschwerden verliefen progressiv. Er bitte um Kostengutsprache für die bereits seit Januar 2019 geplante Schulterarthroskopie links mit Dekompressionseingriff (Suva-act. 66). Am 18. Juni 2020 führte Dr. B. ___ aus, die Läsion der Supraspinatussehne sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit teilweise auf das Unfallereignis zurückzuführen. Dies ergebe sich insbesondere aus dem Vergleich der beiden MR-Untersuchungen, die einen Heilungsverlauf dokumentierten. Ohne Unfall wären die Symptomatik der Supraspinatussehne und das Impingement deutlich geringer ausgefallen oder in diesem Lebensabschnitt gar nicht aufgetreten. Wie sich das AC-Gelenk entwickelt hätte, lasse sich leider nicht postulieren (act. G16.2). Die neueren Beurteilungen von Dr. B. ___ sprechen damit auch mindestens für eine Mitverursachung der Rotatorenmanschettenläsion durch den Unfall und stellen die Einschätzung von Dr. E. ___ ebenfalls in Frage. Weiter kann auch mit Blick auf die zeitliche Komponente eine traumatische Verursachung der Schulterbeschwerden nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Der Beschwerdeführer begab sich zwar nicht am Unfalltag, aber bereits einen oder wenige Tage danach (je nach Angaben am 19. oder 24. Januar 2019; vgl. Suva-act. 9-2, 60) erstmals in Behandlung bei Dr. B. ___. Dieser erhob den bereits erwähnten Befund (vgl. E. 4.1) und stellte klinisch den Verdacht auf eine Subscapularis-/Suprapinatusverletzung, weshalb er eine MR-Untersuchung veranlasste

(vgl. Suva-act. 14). Diese wurde sodann am 25. Januar 2019 durchgeführt und erbrachte unter anderem den Nachweis einer mild aktivierten bzw. traumatisierten geringen AC-Gelenksarthrose sowie eines Partialrisses der Supraspinatussehne ventral und einer Partialruptur bursaseitig (Suva-act. 4). Die Beurteilung von Dr. E. ___ vom 7. Juni 2019, wonach damals bildmorphologisch kein Nachweis struktureller Traumafolgen gefunden worden sei (Suva-act. 24), ist damit insofern nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, als Dr. E. ___ die Rotatorenmanschettenläsion nicht als traumatisch betrachtete. Neben der als traumatisiert bezeichneten AC-Gelenksarthrose ist auch eine traumatische Genese des genannten Partialrisses bzw. der Partialruptur, wie bereits ausgeführt, nicht auszuschliessen. Allein aus der Tatsache, dass die Läsionen erstmals nach dem Unfall festgestellt wurden, kann zwar nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass die Beschwerden kausal durch den Unfall verursacht worden wären, da die Formel "post hoc ergo propter hoc", nach ständiger Rechtsprechung für sich allein nicht ergiebig ist (vgl. SVR 2009 UV Nr. 13 [8C_590/2007], S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Die zeitnah nach dem Unfall erstmals festgestellte strukturelle Verletzung ist aber immerhin als Indiz für eine Unfallkausalität zu werten. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt nicht spruchreif abgeklärt ist. An der Beurteilung von Dr. E. ___ bestehen Zweifel und dem Gericht ist es nicht möglich, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob die vorliegende Läsion der Rotatorenmanschette mindestens teilweise auf den Unfall vom 18. Januar 2019 zurückzuführen ist. Angesichts des Gesagten wäre die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zur Einholung einer Begutachtung verpflichtet gewesen (BGE 135 V 470 E. 4.4). Die Angelegenheit ist zur Veranlassung einer verwaltungsexternen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde ist dahingehend gutzuheissen, dass der Einspracheentscheid vom 14. Mai 2020 (Suva-act. 70) aufzuheben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessender 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.--. Vorliegend 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 im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 14. Mai 2020 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer 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.