

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/59 vom 24. September 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-09-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2020\\_59](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_59)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/59 du 24 septembre 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/59 del 24 settembre 2021

## **Regeste**

Art. 18 UVG. Art. 24 f. UVG. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses lagen noch gewisse unfallkausale somatische Beschwerden vor; die Adäquanz der psychischen Beschwerden ist zu verneinen. Der Beschwerdeführer war in somatischer Hinsicht in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Kein Anspruch auf eine höhere Rente und eine höhere Integritätsentschädigung als bereits zugesprochen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. September 2021, UV 2020/59).

## **Volltext**

Entscheid vom 24. September 2021 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Blättler Geschäftsnr. UV 2020/59 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel J. Senn, Museumstrasse 47, 9000 St. Gallen, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Versicherungsleistungen Sachverhalt A.\_\_\_\_ war bei der B.\_\_\_\_ AG tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 1. September 2015 ging er schnell eine Treppe hinauf und bemerkte dabei einen fehlenden Gittertritt nicht, weshalb er aus einer Höhe von rund 3.4 Metern auf den Betonboden stürzte (Suva-act. 2, 15). Die am Unfalltag erstbehandelnden Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) diagnostizierten eine traumatische Thoraxkontusion beidseits mit Diaphragmaelevation, einen Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose), eine Hyperlipidämie und im Verlauf des stationären Aufenthalts vom 1. bis 4. September 2015 eine einmalige Mikrohämaturie am ehesten posttraumatisch. Sie veranlassten eine konservative Therapie mit Analgesie, Atemtraining sowie Mobilisation und initiierten eine Behandlung der Diabetes (Suva-act. 12). Dem Versicherten wurde ab dem 1. September 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Suva-act. 15-12, 20 f.). Die Suva kam für die Folgen des Unfalls auf (Suva-act. 3 f.). Am 30. Oktober 2015 berichteten die behandelnden Ärzte des KSSG über eine gelenksseitige Partialruptur der Subscapularis-Sehne links mit/bei Status nach Sturz am 1. September 2015 mit Zuzug eines Thoraxtraumas (Suva-act. 24). Ab 11. Januar 2016 attestierte Dr. med. C.\_\_\_\_, Praktische Ärztin FMH, dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab 25. Januar 2016 eine solche von 100%, wobei schwere "Hebungen" so gut wie möglich zu vermeiden seien (Suva-act. 26, 34, 41). Aufgrund persistierender Schulterschmerzen links (vgl. Suva-act. 23 f., 42, 46, 51) unterzog sich der Versicherte am 2. März 2016 im KSSG einer Schulterarthroskopie, einer Bicepstenotomie, einem subacromialen Débridement und einer Acromionplastik links (Suva-act. 51). Dr. C.\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten nach der

Operation bis zum 5. Juni 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab 6. Juni 2016 eine solche von 50 % (mit Ausnahme einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit am 22. Juni 2016; vgl. Suva-act. 61 ff., 71, 84, 86, 89). Am 13. Oktober 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sie gewähre ihm Beratung und Unterstützung beim Erhalt seines derzeitigen Arbeitsplatzes (Suva-act. 91). Die behandelnden Ärzte des KSSG berichteten am 28. Oktober 2016, es persistiere eine schmerzhaft Impingement-Symptomatik an der linken Schulter, welche nach vorübergehender Besserung nun wieder progredient sei und subjektiv in etwa dem präoperativen Stand entspreche. Von einer erneuten Operation erhofften sie sich kein Verbesserungspotential, weshalb sie primär das Ausschöpfen der konservativen/symptomatischen Therapieoptionen empfahlen (Suva-act. 95). Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, attestierte dem Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Suva-act. 94). Im Sinne einer Zweitmeinung wurde der Versicherte am 31. März 2017 von Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_, beide FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie M.\_\_\_\_, untersucht. Diese diagnostizierten am 4. April 2017 eine Partialruptur der Supraspinatussehne und Beschwerden nach einer Tenotomie der Schulter links am 2. März 2016. Sie empfahlen dem Versicherten im Rahmen einer Schulterarthroskopie links die Rekonstruktion der Supraspinatussehne sowie die Revision der Tenotomie der langen Bicepssehne. Bis zur präoperativen Besprechung Anfang Mai 2017 sei er weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig (Suva-act. 110). Am 18. Mai 2017 führten Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ eine Schulterarthroskopie links mit Rekonstruktion der Supraspinatussehne und einer subacromialen Dekompression mit Bursectomie und Acromio-Plastik nach Neer durch (Suva-act. 115). Dr. E.\_\_\_\_ attestierte dem Versicherten ab 17. Mai 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 117, 119, 122 f., 124, 128, 133). Aufgrund einer Tendinopathie der Supraspinatussehne und einer Subluxation der langen Bicepssehne (vgl. Suva-act. 130, 137) unterzog sich der Versicherte am 14. Dezember 2017 in der Orthopädie St. Gallen erneut einer Schulterarthroskopie links mit subacromialer Bursectomie und Rekonstruktion der Supraspinatussehne (Suva-act. 139, 153). Nachdem mittels MRI-Untersuchung vom 9. März 2018 eine Reruptur der Supraspinatussehne ausgeschlossen worden war (vgl. Suva-act. 154), empfahl Dr. E.\_\_\_\_ am 28. März 2018 die Fortführung der konservativen Behandlung mit Physiotherapie und NSAR. Der Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-act. 156, vgl. Suva-act. 166). Am 2. Juli 2018 hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, der Heilungsverlauf sei harzig durchzogen. Es finde sich eine unbefriedigende Situation sowie eine deutliche Diskrepanz zwischen dem klinischen Befund und der subjektiven Schmerzwahrnehmung. Er habe eine weitere Sonographie veranlasst. Sollte der Befund normal ausfallen, müsse seiner Meinung nach der Belastungsaufbau im Sinne einer Wiederaufnahme der Arbeit erzwungen werden (Suva-act. 169, zur früheren Sonographie vgl. Suva-act. 170). Die Sonographie ergab eine intakte Rotatorenmanschette und ein erhebliches subacromiales entzündliches Gewebe. Eine am 18. Juli 2018 von Dr. F.\_\_\_\_ durchgeführte Infiltration erbrachte über rund eine Woche eine fast vollständige Beschwerdefreiheit. Dr. F.\_\_\_\_ verschrieb dem Versicherten am 30. Juli 2018 erneut Physiotherapie sowie eine medikamentöse Behandlung und attestierte ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. 174). Die B.\_\_\_\_ AG kündigte das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten mit Schreiben vom 30. November 2018 per 28. Februar 2019 (Suva-act. 192). Aufgrund persistierender Schmerzen an der Schulter links bei AC-Gelenksarthrose führte Dr. F.\_\_\_\_ am 15. Januar 2019 eine Schulterarthroskopie links, ein subacromiales und intraartikuläres Débridement sowie eine offene

AC-Gelenksresektion durch (Suva-act. 200). Am 11. Februar 2019 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen ab (Suva-act. 206). Gestützt auf eine Stellungnahme von Kreisarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, speziell Unfallchirurgie (Suva-act. 223), teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 22. Mai 2019 mit, ab 1. Juni 2019 bestehe in einer adaptierten Tätigkeit eine 100%ige Arbeits- und Vermittlungsfähigkeit. Sie stelle ihre Taggeldleistungen per 31. Mai 2019 ein (Suva-act. 225). Dr. F.\_\_\_\_ befand am 22. Juni 2019, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten betrage per 1. Juni 2019 maximal 50 % in einer adaptierten Tätigkeit (Suva-act. 244; vgl. Arbeitsunfähigkeitsattest von 100 %, Suva-act. 251). Im Auftrag der Suva wurde der Versicherte am 24. Juni 2019 von Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, untersucht. Diese hielt tags darauf fest, es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass es im Rahmen der linksseitigen Schulterproblematik auch zu einer Beteiligung peripherer Nerven, speziell im Plexusbereich, gekommen sein könnte (Suva-act. 243). Nach einer kreisärztlichen Untersuchung hielt Dr. G.\_\_\_\_ am 24. Juli 2019 fest, dass die klinische Untersuchung und Testung des linken Schultergelenks keine pathologischen Befunde ergeben habe, und beurteilte, es bestehe eine rein subjektive Schmerzsymptomatik des linken Schultergelenks. Es liege medizinisch ein stabiler Dauerzustand vor, der durch weitere Behandlungsmassnahmen nicht gebessert werden könne. In einer adaptierten Tätigkeit sei eine zeitlich unlimitierte Arbeitsfähigkeit mit einem Pensum von 100 % ausgewiesen (Suva-act. 254). Dr. G.\_\_\_\_ schätzte den Integritätsschaden gleichentags auf 10 % (Suva-act. 253). Mit Schreiben vom 18. Oktober 2019 bestätigte die Suva die Einstellung der Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. Mai 2019. Sie kündigte jedoch an, für die Kosten der weiterhin notwendigen ärztlichen Kontrollen aufzukommen (Suva-act. 268). Mit Verfügung vom 21. Oktober 2019 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Juni 2019 eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 17 % sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 10 % zu (Suva-act. 271). Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. D. J. Senn, St. Gallen, am 20. November 2019 Einsprache und brachte unter anderem vor, als mögliche objektive Ursache der persistierenden Schmerzen müsse auch eine unfallbedingte Schädigung im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) ernsthaft in Betracht gezogen werden. Auch psychische Komponenten könnten nicht ausgeschlossen werden (Suva-act. 282, vgl. Suva-act. 291). Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Wirbelsäulen- und Neurochirurgie, hatte nach Durchführung einer MRI-Untersuchung der HWS (Suva-act. 276) am 25. Oktober 2019 berichtet, als Hauptbefund zeige sich eine Diskushernie mit konsekutiver, hochgradiger Spinalkanalstenose am Halswirbelkörper (HWK) 3/4. Dieser Befund sei sicher mitverantwortlich für die Zervikobrachialgien bzw. die chronischen Schulterschmerzen. Nebenbefundlich bestünden multisegmentale Einsinterungen der Grundplatte von HWK 3, HWK 4 und HWK 5, die auf Impressionsfrakturen als Traumafolge des Arbeitsunfalls von 2015 zurückzuführen sein könnten. Zur Linderung der Beschwerdesymptomatik empfehle er eine zervikale Fusion auf der Ebene von HWK 3/4 (Suva-act. 277, vgl. auch Suva-act. 279). Dr. F.\_\_\_\_ hatte am 12. November 2019 beurteilt, aufgrund des doch eindrücklichen Befundes glaube er, dass dem Versicherten die operative Revision der HWS empfohlen werden dürfe (Suva-act. 278). Dr. I.\_\_\_\_ hatte am 15. November 2019 festgehalten, die Operation sei für den 6. Dezember 2019 geplant (Suva-act. 279, diese wurde jedoch verschoben; vgl. act. G1.12 f.). Er hatte dem Versicherten ab 15. November 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Suva-act. 281-8). Am 19. Juni 2020 entschied die Suva: "1. Die Einsprache wird abgewiesen. 2. Der "Einsprache" wird die aufschiebende

Wirkung entzogen. 3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben; eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet. 4. Betreffend dem Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung erfolgt ein separater Entscheid. 5. Schriftliche Mitteilung an [...]" (Suva-act. 298). Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Senn, am 24. August 2020 Beschwerde. Er beantragte darin, Ziff. 1, Ziff. 2 und Ziff. 3 zweiter Satzteil des angefochtenen Einspracheentscheids vom 19. Juni 2020 seien aufzuheben. Sein Rentenanspruch wie auch seine Integritätsentschädigung seien nach Abschluss der ärztlichen Behandlung und eventuell Durchführung einer (allenfalls interdisziplinären) Begutachtung neu festzusetzen. Es seien ihm für die Dauer des Verfahrens mit Wirkung ab 1. Juni 2019 Taggelder zu bezahlen. Eventuell seien ihm für die Dauer des Verfahrens zumindest die Invalidenrente in der Höhe zu entrichten, wie sie aus der Verfügung hervorgehe, und es sei die Integritätsentschädigung gemäss der angefochtenen Verfügung von Fr. 12'600.-- auszubezahlen. Für den Fall des Unterliegens sei ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Er reichte unter anderem einen Bericht von Dr. I. \_\_\_ über eine am 12. Juni 2020 durchgeführte zervikale Fusion HWK 3/4 und eine Stellungnahme desselben vom 9. Juli 2020 betreffend die Unfallkausalität der Wirbelsäulenbeschwerden ein (vgl. act. G1.14, G1.17). Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 15. Oktober 2020 die Abweisung der Beschwerde. Sie hielt fest, sie habe dem Beschwerdeführer die verfügte Integritätsentschädigung von Fr. 12'600.-- schon längst ausbezahlt. Ferner werde ihm seit 1. Juni 2019 ununterbrochen die verfügte Rente von monatlich Fr. 816.25 ausgerichtet. Daran werde sich während der Dauer des vorliegenden Prozessverfahrens voraussichtlich nichts ändern (act. G6, vgl. auch act. G2). Sie reichte eine orthopädisch-chirurgische Beurteilung von Suva-Kreisarzt med. pract. J. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie, vom 29. September 2020 ein, in welcher dieser befunden hatte, strukturelle Unfallfolgen im Bereich der HWS sowie eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes an der HWS lägen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor (act. G6.1). Am 28. Oktober 2020 entsprach die Verfahrensleitung dem Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung (act. G7). Auf Nachfrage der Verfahrensleitung (act. G8) bestätigte Rechtsanwalt Senn am 27. November 2020, dass der Beschwerdeführer die verfügte Integritätsentschädigung erhalten habe und ihm die verfügte Invalidenrente ausgerichtet werde. Sein Eventualantrag auf Weiterausrichtung derselben während des Beschwerdeverfahrens erweise sich damit als gegenstandslos. Er verlange hinsichtlich der Einstellung der vorübergehenden Versicherungsleistungen keinen Zwischenentscheid betreffend aufschiebende Wirkung der Beschwerde (act. G9). Mit Replik vom 17. Februar 2021 liess der Beschwerdeführer mit Ausnahme der in seinem Schreiben vom 27. November 2020 erwähnten Anpassungen an seinem Rechtsbegehren festhalten (act. G13). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 25. März 2021 auf die Einreichung einer umfassenden Duplik (act. G15). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf vorübergehende Leistungen über den 31. Mai 2019 hinaus, sowie gegebenenfalls der Anspruch auf eine höhere Rente und eine höhere Integritätsentschädigung, als ihm von der Beschwerdegegnerin bereits zugesprochen wurde. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes

über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018, [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019, [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung 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 regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 und 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, BGE 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133, E. 6c/aa vorzunehmen. 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. Um den Gesundheitszustand und insbesondere das Ausmass der Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.). Die Beschwerdeführerin stellte die vorübergehenden Leistungen per 31. Mai 2019 ein (Suva-act. 225, 268). Sie stützte sich dabei auf die Beurteilungen von Kreisarzt Dr. G. \_\_\_ vom 22. Mai und 24. Juli 2019 (Suva-act. 223, 254). Der Beschwerdeführer spricht diesen die Beweiskraft ab und bringt insbesondere vor, er habe damals noch unter behandlungsbedürftigen unfallkausalen Beschwerden gelitten (act. G1, G13). Der Beschwerdeführer hatte im Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 31. Mai 2019 unbestrittenermassen noch gewisse unfallkausale Beschwerden an der linken Schulter. Diese stellen jedoch den Fallabschluss nicht per se in Frage. Für den Anspruch auf weitere vorübergehende Leistungen wird rechtsprechungsgemäss vorausgesetzt, dass noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Das Kriterium beurteilt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Es bedarf dabei einer ins Gewicht fallenden Besserung durch die ärztliche Behandlung. Eine allfällige blosser Verbesserung allein des Leidens an sich, eine nur kurzfristige Linderung, eine blosser Verbesserung der Befindlichkeit oder dass die versicherte Person etwa von Physiotherapie profitieren kann, genügen nicht. Für den Abschluss der medizinischen Behandlung ist ein Dahinfallen jeglichen Bedarfs an Heilbehandlung somit nicht vorausgesetzt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. September 2016, 8C\_306/2016, E. 5.3, mit weiteren Hinweisen; KOSS UVG-Geertsens, N 7 ff. zu Art. 19). Kreisarzt Dr. G. \_\_\_ befand am 24. Juli 2019, der Versicherte habe sich beim Unfall vom 1. September 2015 eine Schädigung des linken Schultergelenks zugezogen. Diesbezüglich seien, nach mehreren, fachgerecht durchgeführten Operationen und gesamthaft fachgerechter Therapie, eine regelrechte physiologische Beweglichkeit sowie die Muskel- und Kraftverhältnisse für das linke Schultergelenk und den linken Arm wiederhergestellt. Im Quervergleich liege somit ein sehr gutes, überdurchschnittliches Behandlungsergebnis der unfallkausalen Schädigung des linken Schultergelenks vor. Bei der kreisärztlichen Untersuchung habe keine objektivierbare oder messbare, funktionelle Beeinträchtigung des linken Schultergelenks gefunden werden können. Dies bei quasi seitengleichen Muskelumfangswerten im Bereich des betroffenen linken Armes, mit sogar leichter Muskelumfangsvermehrung im Vergleich zur dominanten rechten Seite. Einzig für die willkürlichen Untersuchungen habe der Beschwerdeführer eine leichte Bewegungseinschränkung im linken Schultergelenk demonstriert. Dies im Gegensatz zu den mehrfach fachärztlich vorerhobenen Untersuchungsbefunden von Dr. F. \_\_\_ mit uneingeschränkter aktiver Beweglichkeit im linken Schultergelenk. Dazu habe sich eine seitengleiche Handflächenbeschielung und Handbinnenmuskulatur gezeigt. Bei der kreisärztlichen Untersuchung hätten sich somit kein objektiver klinischer Befund einer Funktionsbeeinträchtigung oder schmerzbedingten

Schonung im Bereich der linken oberen Extremität, somit keine klinisch objektivierbaren Symptome für die subjektiv beklagten Beschwerden und Schmerzen finden lassen. Die medizinische Erfahrung zeige, dass auch im Bereich der oberen Extremität eine schmerzbedingte Schonung unweigerlich zu einer sekundären Befundsymptomatik mit Herabsetzung der Muskulatur und der Handflächenbeschwellung führe. Dies sei beim Beschwerdeführer nicht nachweisbar, im Gegenteil zeigten die Muskelumfangswerte bei der betroffenen linken Seite trotz Rechtsdominanz sogar eine leichte Muskelumfangsvermehrung. Daher ergebe sich eine erhebliche Diskrepanz und Inkonsistenz zwischen den objektiven Befunden und der subjektiv beklagten Beschwerdesymptomatik. Angesichts der klinisch objektivierbaren und bildgebenden Befunde mit Wiederherstellung einer regelrechten Funktion und dauerhaften Rotatorenmanschettenrekonstruktion liege aus medizinischer Sicht auch bezüglich der Unfallfolgen ein stabiler medizinischer Dauerzustand mit überdurchschnittlich gutem Ausheilungsergebnis vor, der durch weitere Behandlungsmassnahmen nicht gebessert werden könne (Suva-act. 254). Der Beschwerdeführer bringt dagegen insbesondere vor, seine Schulterbeschwerden seien (teilweise) auf eine unfallkausale Schädigung der HWS zurückzuführen (act. G1, G12). Anlässlich eines Gesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 11. Dezember 2015, mithin rund drei Monate nach dem Unfall vom 1. September 2015, gab der Beschwerdeführer an, die Ärzte hätten auch schon vermutet, dass seine Beschwerden eventuell von der HWS kommen könnten. Eine genauere Abklärung diesbezüglich habe bisher aber nicht stattgefunden (Suva-act. 31). Die behandelnden Ärzte des KSSG hatten am 30. Oktober 2015 berichtet, es zeige sich eine gelenkseitige Partialruptur der Subscapularissehne, jedoch ohne Kraftverlust. Zudem zeige sich ein deutlicher Hartspann der Nackenmuskulatur, der ebenfalls für die Schmerzsituation verantwortlich sein könnte. Zur weiteren Diagnostik werde eine diagnostisch-therapeutische Infiltration glenohumeral links durchgeführt. Bei negativem Infiltrationsergebnis könne eine weitere Abklärung der HWS erfolgen (Suva-act. 24). Am 22. Dezember 2015 hielten die behandelnden Ärzte des KSSG sodann fest, die linksseitigen Schulterschmerzen beruhten einerseits auf der Partialruptur der Subscapularissehne, mit Linderung der Schmerzen um ca. 2/3 durch eine glenohumerale Infiltration. Die noch persistierende Schmerzsymptomatik interpretierten sie im Rahmen eines subacromialen Impingements, so dass nun die Indikation zu einer subacromialen Infiltration linksseitig bestehe (Suva-act. 37). Daraus ist zu schliessen, dass sich die erwogene Möglichkeit einer Verursachung der Schulterbeschwerden durch eine Problematik der HWS bzw. der Nackenmuskulatur nicht bestätigt hatte. Beschwerden an der HWS waren darauf in den medizinischen Akten bis zur Untersuchung durch Dr. I.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2019 (vgl. Suva-act. 276) kein Thema mehr. Entsprechende Klagen des Beschwerdeführers sind ebenfalls nicht aktenkundig. Auch med. pract. J.\_\_\_\_ stellte in seiner Beurteilung vom 28. September 2020 (act. G6.1) in Frage, ob die Schulterschmerzen links auf eine Schädigung der HWS, insbesondere die festgestellte Diskushernie, zurückzuführen sind. Er führte diesbezüglich aus, der am 2. März 2016 erfolgte operative Eingriff an der Schulter links (Schulterarthroskopie, Bicepstenotomie, subacromiales Débridement und Acromionplastik; vgl. Suva-act. 51) sei erfolgreich gewesen. Der behandelnde Arzt des KSSG habe am 18. April 2016 berichtet, der Beschwerdeführer sei sehr zufrieden und praktisch beschwerdefrei (vgl. Suva-act. 57). Wären die Schulterschmerzen links Folge eines Bandscheibenvorfalles im Segment HWK 3/4, so könnte nicht erwartet werden, dass die Beschwerden durch eine Operation an der linken Schulter erfolgreich behandelt werden könnten (act. G6.1). Gegen

die Verursachung der geklagten Beschwerden im Bereich der linken Schulter durch eine Veränderung an der HWS spreche auch, dass eine im Juli 2018 durchgeführte Steroid-Infiltration der linken Schulter gemäss Angaben von Dr. F.\_\_\_\_ über rund eine Woche eine fast vollständige Beschwerdefreiheit gebracht habe (vgl. Suva-act. 174). Es sei nicht zu erwarten, dass die Infiltration in die Schulter Beschwerden von Seiten der HWS erfolgreich beseitigen könne (act. G6.1). Ein weiteres Argument gegen die Verursachung der Schulterschmerzen durch eine Problematik im Segment HWK 3/4 sei, dass Dr. F.\_\_\_\_ am 21. Januar 2019 berichtet habe, dank des "gut sitzenden" Scalenus-Blockes hätten von Seiten der linken Schulter postoperativ (Operation vom 15. Januar 2019) kaum Beschwerden bestanden (vgl. Suva-act. 201). Eine Blockade peripherer Nerven könne eine Schmerzursache im Bereich einer Nervenwurzel hingegen nicht blockieren, die Schmerzen wären diesfalls weiterhin vorhanden gewesen (act. G6.1). Zudem erläuterte med. pract. J.\_\_\_\_ ausführlich, weshalb die von Dr. I.\_\_\_\_ dokumentierten Befunde (Parästhesien in den Segmenten C7 und C8, Deltoideusschwäche links, Schwäche der Musculi biceps und triceps, Schwäche der Fingerspreizung links; Suva-act. 276) nicht einer Schädigung der Nervenwurzel im Segment C3/4 links entsprächen und die Schulterschmerzen nicht nachvollziehbar erklärten (act. G6.1). Insgesamt ist damit eine Verursachung der Schulterbeschwerden links durch eine Problematik der HWS nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Im Folgenden ist jedoch zu prüfen, ob die mittels MRI-Untersuchung vom 23. Oktober 2019 (vgl. Suva-act. 313) nachgewiesene mediolaterale linksbetonte Diskushernie HWK 3/4 mit Myelonkompression sowie die aktivierten Osteochondrosen HWK 3, 4 und 5 bzw. die Impressionsfrakturen der Grundplatte HWK 3, 4 und 5 (vgl. Suva-act. 277) als unfallkausal zu betrachten sind. Dr. I.\_\_\_\_ beurteilte am 25. Oktober 2019, die multisegmentalen Einsinterungen der Grundplatte von HWK 3, 4 und 5 könnten auf Impressionsfrakturen als Traumafolge des Arbeitsunfalls von 2015 zurückzuführen sein (Suva-act. 277, vgl. auch Suva-act. 279). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhielt (vgl. Suva-act. 298), handelt es sich bei dieser Aussage lediglich um eine in Betracht gezogene Möglichkeit, welche eine überwiegend unfallkausale Verletzung der HWS nicht rechtsgenügend nachweist. Am 9. Januar und 11. Juni 2020 hielt Dr. I.\_\_\_\_ fest, die Ursache für die chronischen Zervikobrachialgien links sei eine grosse Diskushernie. Er äusserte sich jedoch nicht zu einer allfälligen Unfallkausalität derselben (act. G1.12 f.). Dr. I.\_\_\_\_ nahm am 9. Juli 2020 sodann auf Wunsch des Beschwerdeführers Stellung zur Unfallkausalität. Er führte aus, nach einer klinischen Untersuchung durch ihn sowie nach bildgebender Diagnostik mittels MRI der HWS im Oktober 2019 hätten mehrere Wirbelkörper einsinterungen im Sinne einer verheilten Fraktur auf Höhe HWK3 bis HWK5 nachgewiesen werden können. Er habe am 12. Juni 2020 eine zervikale Fusion HWK 3/4 mit Cageanlage durchgeführt. Aus neurochirurgischer Sicht und aufgrund des radiologischen Befunds vom 23. Oktober 2019 seien die Veränderungen der Endplatten im Sinne von Einsinterungen bzw. Impressionsfrakturen mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Arbeitsunfall von 2015 zurückzuführen (act. G1.17). Dr. I.\_\_\_\_ begründete jedoch nicht, wie er zu diesem Schluss kam. Auch dem genannten radiologischen Untersuchungsbericht ist keine überzeugende Begründung für eine Unfallkausalität der festgestellten Veränderungen an der HWS zu entnehmen. Der untersuchende Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, Klinik L.\_\_\_\_, hatte lediglich entsprechend dem Auftrag von Dr. I.\_\_\_\_ einen "Status nach Sturz am 1. September 2015" festgehalten (Suva-act. 313). Aufgrund der Beurteilungen der behandelnden Ärzte ist somit eine Unfallkausalität der Problematik an der HWS nicht mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Dies insbesondere auch vor dem Hintergrund der nachfolgend thematisierten Stellungnahme von Kreisarzt med. pract. J.\_\_\_\_ (vgl. act. G6.1). Dieser beurteilte am 29. September 2020 nachvollziehbar, im Austrittsbericht des KSSG über die stationäre Erstbehandlung vom 1. bis 4. September 2015 seien keine Schmerzen oder eine Funktionsbeeinträchtigung der HWS dokumentiert (vgl. Suva-act. 12). Solche wären im Rahmen eines mehrtägigen Aufenthalts sicherlich aufgefallen. Die am Unfalltag durchgeführte Röntgendiagnostik habe bezüglich der HWS mehrsegmentale Osteochondrosen mit Punctum maximum auf Höhe HWK 3/4 und HWK 5-7, jedoch keinen Nachweis einer frischen Fraktur ergeben (vgl. Suva-act. 9). Wären beim Unfall vom 1. September 2015 Frakturen der drei benachbarten Wirbelkörper HWK 3-5 oder ein Bandscheibenvorfall zwischen dem dritten und vierten HWK entstanden, so wäre nach allgemeiner traumatologischer Erfahrung zu erwarten, dass akut Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung der HWS eingetreten wären. Ein solcher Befund sei jedoch zeitnah zum Unfall von keinem der behandelnden und traumatologisch erfahrenen Ärzte dokumentiert worden. Zum Unfallzeitpunkt hätten bereits erhebliche degenerative Veränderungen der HWS vorgelegen, die auch mit dem radiologischen Befund vom 1. September 2015 beschrieben worden seien. So hätten nebst einer deutlichen Verschmälerung des Bandscheibenfachs HWK 3/4 (Osteochondrose) Knochenanbauten (Spondylophyten) vorgelegen, welche zusätzlich auf einen bereits seit langer Zeit bestehenden Bandscheibenschaden in diesem Segment hinwiesen. Da die Form der HWK 3, 4 und 5 unverändert sei im Vergleich der Bilder von 2015 und 2019 und Zeichen einer frischen knöchernen Verletzung dieser Wirbelkörper am 1. September 2015 fehlten, sei die von Dr. I.\_\_\_\_ postulierte Sinterung dieser Wirbelkörper nicht zufolge des Ereignisses vom 1. September 2015 eingetreten. Ob vorgängig zum Unfall vom 1. September 2015 jemals eine Verletzung der HWS eingetreten sei, sei nicht bekannt. Abweichungen von der allgemeinen Form der HWK könnten viele Ursachen haben. Mit den radiologischen Befunden vom 1. September 2015 und 6. Juli 2020 (vgl. Suva-act. 314) würden entgegen dem Befund vom 23. Oktober 2019 (vgl. Suva-act. 313) keine Zeichen einer Sinterung, sondern lediglich bereits am Unfalltag bestehende degenerative Veränderungen, beschrieben. Med. pract. J.\_\_\_\_ schlussfolgerte überzeugend, es sei zusammenfassend nicht überwiegend wahrscheinlich, dass beim Unfall vom 1. September 2015 Frakturen des dritten bis fünften HWK eingetreten seien (act. G6.1). Insgesamt ist entsprechend der einleuchtenden Beurteilung von med. pract. J.\_\_\_\_ (act. G6.1) eine strukturelle Unfallfolge im Bereich der HWS nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Auch ist eine richtunggebende bzw. vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustandes an der HWS durch den Unfall vom 1. September 2015 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt. Überhaupt ist nicht bewiesen, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden an der Schulter links auf die Schädigungen an der HWS zurückzuführen sind. Der Beschwerdeführer liess in seiner Replik vorbringen, Dr. I.\_\_\_\_ habe sich auf Anfrage telefonisch sehr kritisch zur Beurteilung von med. pract. J.\_\_\_\_ geäußert. Er habe unter anderem ausgeführt, eine Fraktur sei unter Umständen erst mit der Zeit radiologisch erkennbar. Statt der am Unfalltag durchgeführten Röntgendiagnostik wäre zum Nachweis einer Fraktur eine Kernspintomographie mit STIR-Sequenz nötig gewesen. Impressionsfrakturen gebe es zudem nach aller praktischen Erfahrung nur im Zusammenhang mit einem Trauma, nicht allein degenerativ (act. G13). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die erstbehandelnden Ärzte des KSSG offenbar mangels entsprechender Beschwerden keine Indikation für die von Dr. I.\_\_\_\_ erwähnte Untersuchung der HWS

sahen. Beschwerden an der HWS beklagte der Beschwerdeführer - wie gesagt - gegenüber Ärzten aktenkundig erst am 17. Oktober 2019 (Suva-act. 276) und damit knapp vier Jahre nach dem Unfall. Selbst wenn die Impressionsfrakturen traumatisch bedingt wären, wäre damit nicht bewiesen, dass sie auf den Unfall vom 1. September 2015 zurückzuführen wären. Folglich ist in somatischer Hinsicht lediglich die (gemäss Dr. G. \_\_\_ rein subjektive) Schmerzsymptomatik an der Schulter links sowie die leicht eingeschränkte Beweglichkeit derselben als unfallkausale Schädigung zu berücksichtigen. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Weiter ist die Adäquanz allfälliger psychischer Beschwerden zu prüfen. Der Beschwerdeführer machte anlässlich eines Gesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 18. Juli 2019 sowie in seiner Einsprache und seiner Beschwerdeschrift psychische Probleme geltend (Suva-act. 252, 282, act. G1). Soweit aktenkundig, befand er sich diesbezüglich jedoch nie in ärztlicher Behandlung (vgl. Suva-act. 267). Bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer anschliessend einsetzenden psychischen Fehlentwicklung mit Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist nach der Rechtsprechung (BGE 115 V 133) vom Unfallereignis auszugehen. Bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs ist im Hinblick auf die Gebote der Rechtssicherheit und der rechtsgleichen Behandlung der Versicherten eine objektivierte Betrachtungsweise angezeigt (BGE 115 V 139 E. 6 mit Hinweisen). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall besteht, wenn dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Beschwerden zukommt. In objektivierter Betrachtungsweise werden die Unfälle nach ihrer erfahrungsgemässen Eignung, psychische Beschwerden zu bewirken, eingeteilt in banale und leichte Unfälle einerseits, schwere Unfälle andererseits und in einen dazwischenliegenden Bereich der mittelschweren Unfälle. Bei banalen Unfällen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil auf Grund der allgemeinen Lebenserfahrung davon ausgegangen werden kann, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu verursachen. Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel zu bejahen, denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken. Bei Unfällen im mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen dem Unfall und der psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalls allein schlüssig beantworten. Vielmehr sind weitere, objektiv fassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folge davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Die wichtigsten Kriterien sind dabei besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzung, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen; eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung; körperliche Dauerschmerzen; eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 139 ff. E. 6a-c). Um die adäquate Kausalität bejahen zu können, müssen nicht alle Umstände gegeben sein. Vielmehr genügt ein Kriterium, wenn es sich um einen schweren Unfall im mittleren Bereich handelt. Kommt keinem Einzelkriterium ein besonders bzw. ausschlaggebendes Gewicht zu, so müssen

mehrere unfallbezogene Kriterien herangezogen werden. Dies gilt umso mehr, je leichter der Unfall ist. Diese Würdigung führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs, ohne dass nach weiteren Ursachen geforscht werden muss, die eine psychisch bedingte Erwerbsunfähigkeit begünstigt haben könnten (SVR 1999 UV Nr. 10 S. 32). Vorliegend erhielt ein Mitarbeiter der B.\_\_\_\_ AG am 1. September 2015 den Auftrag, eine Treppe zu reinigen. Zu diesem Zweck entfernte dieser die Gitterroste der beiden Absätze der Treppe, um sie im Abdampfraum zu reinigen. Er vergass jedoch, die Treppe abzusperren und ein Gefahrensignal aufzustellen. Der Beschwerdeführer beging die Treppe, bemerkte beim obersten Absatz das Fehlen des Gitterrostes nicht und trat auf das darunterliegende, nicht trittsichere Bodenabdeckungsblech. Dieses gab nach, der Beschwerdeführer brach durch die Treppe durch und stürzte gemäss Protokoll der Kantonspolizei St. Gallen 3.4 Meter in die Tiefe auf den darunterliegenden Betonboden (Suva-act. 15). Damit ist vorliegend höchstens von einem mittelschweren Ereignis im engeren Sinn auszugehen. Bei einem solchen müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens drei der relevanten Kriterien oder ein einzelnes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein. Bei der Prüfung dieser Kriterien sind psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (BGE 115 V 140 E. 6c/aa; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2010, 8C\_897/2009, E. 4.5). Bei der Beurteilung des Kriteriums der dramatischen Begleitumstände oder der besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls sind objektive Massstäbe anzuwenden. Nicht was in der einzelnen betroffenen Person beim Unfall psychisch vorgeht, soll entscheidend sein, sondern die objektive Eignung solcher Begleitumstände, bei ihr psychische Vorgänge auszulösen (RKUV 1999 Nr. U 335 S. 209 E. 3b/cc). Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, die noch nicht für die Bejahung dieses Adäquanzkriteriums ausreichen kann (vgl. SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142). Vorliegend bestehen keine Hinweise auf eine besondere Eindrücklichkeit im Sinne der Rechtsprechung. Insbesondere ist entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (act. G1) die Fallhöhe allein nicht als "eindrücklich und dramatisch" zu bezeichnen und auch die Tatsache, dass der Sturz unerwartet und unvorbereitet war, führt nicht zur Bejahung des Kriteriums. Soweit der Beschwerdeführer geltend machen lässt (act. G1), die besondere Eindrücklichkeit sei aufgrund der erlittenen Wirbelkörperfrakturen zu bejahen, erübrigen sich Ausführungen dazu insoweit, als die Schädigung der HWS nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal ist (vgl. E. 2.3.6). Der Beschwerdeführer erlitt eine Thoraxkontusion beidseits mit Diaphragmaelevation sowie eine gelenksseitige Partialruptur der Subscapularis-Sehne links (Suva-act. 12, 24). Diese Verletzungen können weder als besonders schwer, noch als Verletzungen besonderer Art eingestuft werden. Auch sind derartige Verletzungen in der Regel nicht geeignet, psychische Fehlentwicklungen auszulösen. Zur Beantwortung der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein der zeitliche Massstab entscheidend. Ebenfalls in die Prüfung einzubeziehen sind die Art und Intensität der Behandlung sowie die Frage, inwieweit davon noch eine Besserung des Gesundheitszustands zu erwarten war (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 20. Oktober 2006, U 488/05, E. 3.2.3; BGE 134 V 128, E. 10.2.3). Eine Behandlung, die lediglich noch der Erhaltung des Gesundheitszustands und nicht der Heilung dient, ist im Rahmen der Adäquanzprüfung grundsätzlich nicht relevant. Abklärungsmassnahmen und blossen ärztlichen Kontrollen kommt nicht die Qualität einer regelmässigen, zielgerichteten Behandlung zu (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Februar 2008, U 11/07, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer unterzog sich am 2. März

2016 einer Schulterarthroskopie, einer Bicepstenotomie, einem subacromialen Débridement und einer Acromionplastik links (Suva-act. 51). Am 18. Mai 2017 erfolgte eine Schulterarthroskopie links mit Rekonstruktion der Supraspinatussehne sowie einer subacromialen Dekompression mit Bursectomie und Acromio-Plastik (Suva-act. 115) und am 14. Dezember 2017 erneut eine Schulterarthroskopie links mit subacromialer Bursectomie und Rekonstruktion der Supraspinatussehne (Suva-act. 139, 153). Am 15. Januar 2019 unterzog sich der Beschwerdeführer sodann einer Schulterarthroskopie links, einem subacromialen und intraartikulären Débridement sowie einer offenen AC-Gelenksresektion (Suva-act. 200). Zwischen den operativen Eingriffen fanden diverse Abklärungen und Kontrolluntersuchungen statt (vgl. u.a. Suva-act. 95, 110, 154, 156, 169, 174, 243). Der Beschwerdeführer wurde zudem physiotherapeutisch behandelt und erhielt mehrere Infiltrationen in die linke Schulter (vgl. u.a. Suva-act. 37, 42, 46, 153, 156, 174). Er hatte sich also in rund drei Jahren vier operativen Eingriffen zu unterziehen, ansonsten war die Behandlung wenig intensiv. Insgesamt ist das Kriterium der langen Dauer der ärztlichen Behandlung damit zwar zu bejahen, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Der Beschwerdeführer äusserte aktenkundig wiederholt Schmerzen an der Schulter links. Allerdings ergab sich nach den Operationen jeweils eine Besserung der Beschwerden (Suva-act. 57, 95, 169) und nach den Infiltrationen kurzzeitig eine fast vollständige Beschwerdefreiheit (Suva-act. 174, vgl. Suva-act. 37, 42, 46). Zudem stellte Dr. F.\_\_\_\_ bereits am 2. Juli 2018 eine deutliche Diskrepanz zwischen dem klinischen Befund und der subjektiven Schmerzwahrnehmung fest (Suva-act. 169, vgl. auch die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_; Suva-act. 254). Das Kriterium der Dauerschmerzen ist damit zumindest nicht in ausgeprägter Weise zu bejahen. Es bestehen entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G1) keine Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte. Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, trotz seiner Hinweise seien keine Abklärungen bezüglich der Beschwerden an der HWS gemacht worden, ist erneut darauf hinzuweisen, dass diese überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal sind (vgl. E. 2.3.6) und deshalb vorliegend nicht berücksichtigt werden können. Die Dauer der ärztlichen Behandlung und die geklagten Beschwerden deuten alleine nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf hin. Das entsprechende Kriterium erfordert besondere Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt und verzögert haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Februar 2008, U 590/06, E. 4.3.2, und vom 10. Juli 2008, 8C\_61/2008, E. 7.6). Vorliegend liegen keine solchen besonderen Gründe vor. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G1) lassen die "Ergebnisse" der Operation an der HWS vom Juni 2020 keinen anderen Schluss zu, zumal die Beschwerden im Bereich der HWS nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal sind (vgl. E. 2.3.6). Die behandelnden Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer ab 1. September 2015 mit Ausnahme vom 25. Januar bis 2. März 2016 (vgl. Suva-act. 41) eine Arbeitsunfähigkeit. Vom 11. bis 25. Januar 2016 und vom 6. Juni 2016 bis 16. Mai 2017 gingen sie von einer solchen von 50 %, ansonsten von 100 % aus (vgl. u.a. Suva-act. 15-12, 20 f., 26, 32, 34, 41, 61 ff., 71, 84, 86, 89, 110, 133, 151, 156, 174). Dr. C.\_\_\_\_ beurteilte am 11. Februar 2016, der Beschwerdeführer sei ab 25. Januar 2016 voll arbeitsfähig, wobei schweres Heben so gut wie möglich zu vermeiden sei (Suva-act. 41). Diese Beurteilung galt bis zur Operation am 2. März 2016 (vgl. Suva-act. 51). Dementsprechend ist davon auszugehen, dass auch im weiteren Verlauf - abgesehen von den jeweiligen Erholungsphasen nach den operativen Eingriffen - zumindest eine adaptierte Tätigkeit (allenfalls in einem Teilzeitpensum) zumutbar gewesen wäre. Dafür spricht auch der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2018,

wonach eine deutliche Diskrepanz zwischen dem klinischen Befund sowie der subjektiven Schmerzwahrnehmung bestehe und - unter Vorbehalt eines normalen sonographischen Befunds (vgl. dazu Suva-act. 174) - ein Belastungsaufbau im Sinne einer Wiederaufnahme der Arbeit erzwungen werden müsste (vgl. Suva-act. 169). Ab 1. Juni 2019 ging die Beschwerdegegerin gestützt auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit aus (Suva-act. 223, 225). Dr. F.\_\_\_\_ widersprach dieser Einschätzung zwar und ging von einer Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % in einer adaptierten Tätigkeit aus (vgl. 244), seine Beurteilung überzeugt - wie nachfolgend ausgeführt (E. 5.2) - jedoch nicht. Es ist damit davon auszugehen, dass bereits vor der Beurteilung durch Kreisarzt Dr. G.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2019 (vgl. Suva-act. 223) in einer adaptierten Tätigkeit zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit bestand. Dies insbesondere, zumal einzig die unfallkausalen Einschränkungen der Schulter links zu berücksichtigen sind. Das Kriterium der langdauernden Arbeitsunfähigkeit ist damit nicht erfüllt. Die nach der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ erfolgten Abklärungen und Behandlungen bezüglich der Beschwerden an der HWS sowie eine damit zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit sind entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G1) mangels Unfallkausalität nicht von Relevanz. Da somit höchstens zwei der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt sind, keines jedoch in besonders ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 1. September 2015 und den allfälligen psychischen Beschwerden zu verneinen. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist der Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. Mai 2019 damit nicht zu beanstanden. Bezüglich der unfallkausalen Beschwerden an der Schulter links war damals gemäss der überzeugenden Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ von einer weiteren Behandlung keine massgebliche Besserung mehr zu erwarten (Suva-act. 223, 254). Der weitere Verlauf bezüglich der Operation und der Beschwerden der HWS ist insofern unerheblich, als diese - wie erwähnt (E. 2.3.6) - als nicht unfallkausal zu werten sind. Im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 30. Mai 2019 waren auch die Eingliederungsmassnahmen der IV-Stelle abgeschlossen (vgl. Suva-act. 206). Unter Berücksichtigung der unfallkausalen Beschwerden ist nachfolgend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu prüfen. Dr. G.\_\_\_\_ beurteilt am 24. Juli 2019, rein unfallkausal zum Ereignis vom 1. September 2015 sei unter Bezug auf die objektivierbaren klinischen und bildgebenden Befunde der dauerhaft erfolgreich rekonstruierten Rotatorenmanschette links und der regelrechten, unverminderten Muskulatur der Rotatorenmanschette links für eine adaptierte Tätigkeit eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit ganztätig mit einem Pensum von 100 % ausgewiesen. Es müsse sich um eine "leichte Tätigkeit links" ohne Zugbelastungen auf das linke Schultergelenk, ohne Schläge oder Vibrationen und ohne repetitive Drehbewegungen handeln (Suva-act. 254). Diese Beurteilung überzeugt angesichts der einzig unfallkausalen Beschwerden an der Schulter links. Dr. F.\_\_\_\_ befand am 22. Juni 2019, die Arbeitsfähigkeit betrage für eine leichte Tätigkeit per 1. Juni 2019 maximal 50 %. Aufgrund der vorliegenden Beschwerden sei dem Beschwerdeführer eine höhere Arbeitsfähigkeit derzeit sicher nicht zumutbar. Er bitte um eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch den Kreisarzt (Suva-act. 244). Dr. F.\_\_\_\_ begründete seine Einschätzung jedoch nicht weiter und äusserte sich - abgesehen von der Vorgabe einer leichten Tätigkeit - nicht zu allfälligen Adaptionskriterien. Es erscheint nicht nachvollziehbar, wieso dem Beschwerdeführer eine ideal adaptierte Tätigkeit nicht (entsprechend der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_) zu 100 % zumutbar sein sollte. Die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ ist auch insofern nicht überzeugend, als er selbst am 27. August 2018 berichtet hatte, es finde sich

eine etwas widersprüchliche Situation. Klinisch bestehe eine frei bewegliche linke Schulter und die Kraftverhältnisse seien ausgeglichen, der Beschwerdeführer berichte jedoch über permanente Schmerzen. Er nehme regelmässig NSAR, was die Situation nur leicht beeinflussen würde (Suva-act. 175). Am 29. April 2019 hatte Dr. F. \_\_\_ erneut eine aktiv und passiv praktisch frei bewegliche linke Schulter mit zunehmend guten Kraftverhältnissen festgehalten. Lediglich die Bewegung des Armes von über Kopfhöhe nach unten würde noch relativ starke Schmerzen verursachen (vgl. Suva-act. 221). Aus den beiden Berichten ist zu schliessen, dass sich Dr. F. \_\_\_ bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf die subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers stützte. Dr. G. \_\_\_ war das Schreiben von Dr. F. \_\_\_ vom 22. Juni 2019 bekannt (vgl. Suva-act. 254-6), er wich jedoch bei seiner Beurteilung bewusst davon ab. Eine konkrete Auseinandersetzung damit wäre zwar wünschenswert gewesen, war angesichts der knappen und nicht überzeugenden Einschätzung von Dr. F. \_\_\_ aber nicht zwingend notwendig. Insgesamt bestehen damit keine begründeten Zweifel an der Beurteilung von Dr. G. \_\_\_. Basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer ideal adaptierten Tätigkeit ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und ihrer persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Dabei ist in der Regel vom zuletzt - d.h. grundsätzlich vor dem Beginn der unfallbedingten ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit - erzielten Verdienst auszugehen (BGE 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2015, 8C\_590/2014, E. 5.1). Der Beschwerdeführer war zuletzt bei der B. \_\_\_ AG tätig (Suva-act. 2). Gemäss Angaben derselben hätte er dort im Jahr 2019 einen monatlichen Bruttolohn von Fr. 5'200.--, monatliche Zulagen (Schichtzulage plus Wegentschädigung) von Fr. 456.50, einen 13. Monatslohn von Fr. 5'620.-- und einen "Ebit Bonus / Anwesenheitsbonus" von Fr. 4'200.-- erhalten (Suva-act. 260). Das Valideneinkommen ist folglich auf Fr. 77'698.-- (Fr. 5'200.-- x 12 + Fr. 456.50 x 12 + Fr. 5'620.-- + Fr. 4'200.--) festzulegen. Art. 16 ATSG umschreibt das Invalideneinkommen als hypothetisches Einkommen. Nach der ständigen Verwaltungspraxis und Rechtsprechung steht für dessen Ermittlung der Bezug von Tabellen und vergleichbaren Übersichten im Vordergrund (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 66 f. zu Art. 16).). Da dem ungelernten Beschwerdeführer Hilfsarbeitertätigkeiten zumutbar sind, rechtfertigt es sich, das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Männer, zu bestimmen. Der entsprechende Lohn belief sich im Jahr 2016 auf Fr. 5'340.-- monatlich bzw. Fr. 64'080.-- jährlich (die im Zeitpunkt des Einspracheentscheids noch nicht publizierte LSE 2018 darf rechtsprechungsgemäss nicht angewendet werden [vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2019, 8C\_64/2019, E. 6.2.1 mit weiteren Hinweisen]). Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (2016, total) und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2019 (Index 2016: 2'239, 2019: 2'279) ergibt sich ein massgebliches Jahreseinkommen von Fr. 67'997.--. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche

Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Der Beschwerdeführer hat gewisse qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (nur "leichte Tätigkeit links" ohne Zugbelastungen auf das linke Schultergelenk, ohne Schläge oder Vibrationen und ohne repetitive Drehbewegungen; Suva-act. 254). Er ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmern damit lohnmässig benachteiligt und muss mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen (vgl. zum Ganzen Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.). Es rechtfertigt sich, mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Suva-act. 271, 298) den Tabellenlohnabzug auf 5 % festzusetzen. Damit resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 64'597.-- (Fr. 67'997.-- x 0.95). Ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit, einem Valideneinkommen von Fr. 77'698.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 64'597.-- resultiert entsprechend der Berechnung der Beschwerdegegnerin (vgl. Suva-act. 298) ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 17 %. Weiter ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Integritätsentschädigung zu beurteilen. Die Beschwerdegegnerin sprach ihm eine solche basierend auf einer Integritätseinbusse von 10 % zu (Suva-act. 298). Die Integritätsentschädigung wird gemäss Art. 25 Abs. 1 UVG entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft. Bei gleichem medizinischem Befund ist der Integritätsschaden für alle Versicherten gleich; er wird abstrakt und egalitär bemessen. Spezielle Behinderungen der betroffenen Person bleiben dabei unberücksichtigt (BGE 124 V 35 E. 3c, 113 V 221 E: 4b). Die Bemessung des Integritätsschadens hängt somit nicht von den besonderen Umständen des Einzelfalls ab; es geht vielmehr um die medizinisch-theoretische Ermittlung der Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Integrität, wobei subjektive Faktoren ausser Acht zu lassen sind (BGE 115 V 147 E. 1). Nach Art. 36 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) wird die Integritätsentschädigung gemäss den Richtlinien des Anhangs 3 zur UVV bemessen. Dieser Anhang enthält eine als gesetzmässig und nicht abschliessend anerkannte Skala. Die medizinische Abteilung der Suva hat in Weiterentwicklung der bundesrätlichen Skala zusätzliche Bemessungsgrundlagen in tabellarischer Form (sogenannte Feinraster) erarbeitet. Diese Tabellen enthalten Richtwerte, mit denen die Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleistet werden soll; sie sind mit dem Anhang 3 zur UVV vereinbar (BGE 124 V 32 E. 1c mit Hinweis). Dr. G.\_\_\_\_ schätzte den Integritätsschaden am 24. Juli 2019 auf 10 %. Er führte aus, gemäss Tabelle 5 "Integritätsschäden bei Arthrosen" bemesse sich eine mässige glenohumerale Omarthrose mit 5 bis 10 %. Dies sei vergleichbar mit Tabelle 1 "Integritätsschäden bei Funktionsstörungen an den oberen Extremitäten", welche für eine mässige Form der Periarthrosis humeroscapularis einen Integritätsschaden von 10 % vorsehe. Im Quervergleich entspreche der Röntgenbefund des Beschwerdeführers derzeit einem unfallkausalen Integritätsschaden von 5 %, wobei im Langzeitverlauf eine geringe Arthroseprogredienz nicht auszuschliessen sei, sodass der Integritätsschaden im oberen Bereich mit 10 % einzuschätzen sei. Darüber hinaus sei eine weitergehende Verschlimmerung oder Ausbildung einer schweren unfallkausalen Arthrose aus medizinischer Sicht unwahrscheinlich (Suva-act. 253). Diese überzeugende Beurteilung wurde von keiner medizinischen Fachperson in Frage gestellt. Auch der Beschwerdeführer liess keine konkreten Einwände dagegen vorbringen, ausser dass die Integritätsentschädigung erst nach weiteren Abklärungen bezüglich der (unfallfremden; vgl.

E. 2.3.6) Problematik der HWS-Beschwerden festzulegen sei. Solche erübrigen sich jedoch wie vorstehend ausgeführt (vgl. E. 2.4). Im Sinne der Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 82a ATSG noch anwendbaren Fassung). Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. 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; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte am 30. April 2021 eine Kostennote ein und machte bei einem Aufwand von 14.32 Stunden inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer eine Parteientschädigung von insgesamt Fr. 3'207.90 geltend (act. G17). Dieser Betrag erscheint mit Blick auf die bei einem durchschnittlichen Fall im Bereich der Unfallversicherung vom Versicherungsgericht praxisgemäss zugesprochenen Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- bzw. unter Berücksichtigung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung um einen Fünftel gekürzt (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70) von Fr. 3'200.-- als angemessen. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 3'207.90.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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