



**Fall-Nr.:** UV 2019/69  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** UV - Unfallversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.07.2021  
**Entscheiddatum:** 24.11.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.11.2020**

**Art. 6 UVG: Verneinung einer neuen, durch den Unfall verursachten Rotatorenmanschettenläsion unter Einbezug verschiedener Beurteilungskriterien (kompletter Schaden der Rotatorenmanschette mit Muskelverfettung, Retraktion bis zum Glenoid, deutlicher Humeruskopfhochstand; zeitlicher Verlauf und Art und Weise, wie die Beschwerdeproblematik [Pseudoparalyse?] aufgetreten ist; Unfallhergang). Vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes. Erreichen des Status quo sine vor Durchführung der Operation (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. November 2020, UV 2019/69).**

#### **Entscheid vom 24. November 2020**

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

UV 2019/69

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG,  
Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

## Versicherungsleistungen

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter) war arbeitslos und dadurch über die Kantonale Arbeitslosenkasse St. Gallen bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 2. Dezember 2018 eine Treppe hinunterstürzte. Die Kantonale Arbeitslosenkasse St. Gallen meldete der Suva den Unfall am 11. Dezember 2018 (Suva-act. 1).

**A.b.** Eine Erstbehandlung hatte am Unfalltag in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) stattgefunden. Der behandelnde Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ und die behandelnde Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ hatten nach Röntgenuntersuchungen der linken Schulter, des linken Knies und des linken Fusses frische Frakturen ausgeschlossen, eine Kontusion der linken Schulter, des linken Knies und des linken Fusses bei Treppensturz vom 2. Dezember 2018 sowie eine Gonarthrose links bei Status nach VKB Plastik Spital D.\_\_\_\_ vor 28 Jahren diagnostiziert und dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 9. Dezember 2018 bescheinigt. Im Untersuchungsbericht vom 3. Dezember 2018 hatten sie ausserdem festgehalten, dass sie den Versicherten zur



## St.Galler Gerichte

erneuten Beurteilung der Rotatorenmanschette in ihrer Sprechstunde sehen würden (Suva-act. 3).

**A.c.** Anlässlich der Verlaufsuntersuchung vom 11. Dezember 2018 im KSSG berichtete der Versicherte über eine Besserung der Schmerzen und der Beweglichkeit in der Schulter. Allerdings bestehe noch keine volle Schulterkraft. Der behandelnde Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_ sah laut Untersuchungsbericht vom 20. Dezember 2018 klinisch keinen Hinweis auf eine relevante Rotatorenmanschettenruptur im Sinne einer Pseudoparalyse, empfahl vorerst ein konservatives Vorgehen mit Physiotherapie und Analgetika und befand den Versicherten für körperlich schwere Arbeiten bis 31. Dezember 2018 zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. 6.).

**A.d.** Mit Schreiben vom 14. Dezember 2018 sprach die Suva dem Versicherten für die Folgen des Unfalls vom 2. Dezember 2018 die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung und Taggeld) zu (Suva-act. 5).

**A.e.** Am 7. Januar 2019 ging bei der Suva ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, ein, wonach der Versicherte voraussichtlich vom 1. bis 13. Januar 2019 zu 100% arbeitsunfähig sei (Suva-act. 7). Am 10. Januar 2019 reichte Dr. F.\_\_\_\_ der Suva einen ärztlichen Zwischenbericht ein (Suva-act. 9). Er wies den Versicherten ausserdem einer MRT-Untersuchung zu, welche am 18. Januar 2019 durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Radiologie H.\_\_\_\_, durchgeführt wurde. Die MRT-Bildgebung zeigte links eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne über die gesamte Breite und der kranialen Anteile der Subscapularis- und Infraspinatussehne ohne Muskelatrophie sowie eine Pulleyruptur mit anteromedialer Verlagerung der tendinotisch verdickten Bizepssehne (Suva-act. 15). Am 22. Januar 2019 bescheinigte Dr. F.\_\_\_\_ dem Versicherten für den Zeitraum vom 14. bis 27. Januar 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 10). Am 24. Januar 2019 folgte eine Untersuchung im KSSG durch Dr. med. I.\_\_\_\_ und Dr. med. B.\_\_\_\_, welche eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur links (SSP [Supraspinatus] transmural, ISP [Infraspinatus], SSC [Subscapularis] Oberrand) nach Treppensturz vom 2. Dezember 2018 diagnostizierten und eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion (SSP, ISP, SSC) sowie eine Bizepsstenotomie planten (Suva-act. 13).



## St.Galler Gerichte

Dem Versicherten wurde sodann ein Arztzeugnis für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 28. Januar bis 1. Februar 2019 ausgestellt (Suva-act. 16).

**A.f.** Am 25. Januar 2019 reichte das KSSG der Suva ein Kostengutsprachegesuch für einen Spitalaufenthalt mit Eintritt am 1. Februar 2019 zur Behandlung einer Rotatorenmanschettenruptur ein (Suva-act. 11), worauf die Suva dem KSSG mit Schreiben vom 28. Januar 2019 mitteilte, dass sie zu den Versicherungsleistungen noch nicht endgültig Stellung nehmen könne, jedoch nach Durchführung der Abklärungen über ihre Leistungspflicht informieren werde (Suva-act. 12).

**A.g.** Am 4. Februar 2019 wurde der Versicherte durch Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädie K.\_\_\_\_, untersucht, der eine ausgedehnte Rotatorenmanschettenläsion Schulter rechts (richtig: links) nach Sturz vom 2. Dezember 2018 diagnostizierte und mit dem Versicherten die Operationsindikation der Schultersituation besprach (Suva-act. 19). Mit Schreiben vom 4. Februar 2019 reichte die Klinik L.\_\_\_\_ der Suva ein Kostengutsprachegesuch für einen vom 6. bis 10. Februar 2019 dauernden stationären Aufenthalt zur Durchführung einer Arthroskopie und Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, evtl. Verstärkungsplastik links durch Dr. J.\_\_\_\_ ein (Suva-act. 18). Am 6. Februar 2019 führte Dr. J.\_\_\_\_ beim Versicherten eine Schulterarthroskopie mit Débridement/Bizepstenotomie links durch (Suva-act. 21; siehe auch Suva-act. 22). Noch gleichentags stellte er ihm eine Physiotherapieverordnung aus (Suva-act. 52). Am 11. Februar 2019 bescheinigte er ihm für die Zeit vom 1. Februar bis 22. März 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Suva-act. 32).

**A.h.** Nachdem der Schadenfall am 31. Januar 2019 durch Suva-Kreisarzt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und am 12. Februar 2019 durch Suva-Kreisarzt Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, spez. Unfallchirurgie, beurteilt worden war (Suva-act. 14), teilte die Suva dem Versicherten mit Schreiben vom 12. Februar 2019 mit, dass die noch bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallbedingt seien. Der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 2. Dezember 2018 eingestellt hätte, sei gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am 6. Februar 2019 erreicht gewesen. Deshalb werde der Fall per 6. Februar 2019 abgeschlossen und ein Anspruch auf



weitere Versicherungsleistungen abgelehnt. Die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt (Suva-act. 25).

**A.i.** Nachdem Rechtsanwalt Dr. iur. K. Glavas, als Rechtsvertreter des Versicherten, die Suva mit Schreiben vom 19. Februar 2019 um eine anfechtbare Verfügung ersucht hatte (Suva-act. 33), hielt diese mit Verfügung vom 20. Februar 2019 an ihrer Leistungsablehnung per 6. Februar 2019 fest (Suva-act. 34). Mit Verfügung vom 21. März 2019 teilte die Suva dem Rechtsvertreter des Versicherten mit, ihr Schreiben vom 20. Februar 2019 (gemeint wohl: ihre Verfügung vom 20. Februar 2019) (Suva-act. 34) zurückzuziehen, und stellte fest, dass der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom 2. Dezember 2018 eingestellt hätte, gemäss medizinischer Beurteilung spätestens am 16. Dezember 2018 erreicht sei. Der Fall werde deshalb, was die Unfallfolgen anbelange, per 6. Februar 2019 abgeschlossen und ein Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen werde abgelehnt. Die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) würden auf diesen Zeitpunkt eingestellt (Suva-act. 44). Der Versicherte war von Dr. J.\_\_\_\_ weiterhin, d.h. bis 18. April 2019, zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden (Suva-act. 50).

### **B.**

**B.a.** Der Versicherte liess am 6. Mai 2019 durch seinen Rechtsvertreter Einsprache gegen die Verfügung vom 21. März 2019 erheben (Suva-act. 54). Er verwies in seiner Einsprache auf ein weiteres Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. J.\_\_\_\_, in welchem dieser ihm bis zum 13. Juni 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatte (Suva-act. 54; bzgl. einer weiteren Physiotherapieverordnung vgl. Suva-act. 59).

**B.b.** Nachdem die Suva den Rechtsvertreter des Versicherten mit Schreiben vom 7. Mai 2019 dazu aufgefordert hatte, eine Einsprachebegründung nachzureichen (Suva-act. 55), reichte Rechtsanwalt Glavas am 27. Mai 2019 eine weitere Eingabe ein und erklärte, an der Einsprache festzuhalten (Suva-act. 61).

**B.c.** Am 31. Mai 2019 legte die Suva den Schadenfall Dr. N.\_\_\_\_ vor. Dieser erklärte, die verfügungsweise Terminierung des Status quo sine per 16. Dezember 2018 medizinisch nicht begründen zu können. Medizinisch sei einzig die Terminierung auf den 6. Februar 2019 erwiesen (Suva-act. 62). In der Folge ergänzte die Suva die



## St.Galler Gerichte

medizinischen Abklärungen mit einem fachradiologischen Gutachten von Prof. Dr. med. O.\_\_\_, Chefarzt des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin des Spitals P.\_\_\_ (Suva-act. 64), und liess den Schadenfall nochmals durch Dr. N.\_\_\_ beurteilen (Suva-act. 67).

**B.d.** Am 4. Juli 2019 wurde der Versicherte durch Dr. med. I.\_\_\_ und Dr. med. Q.\_\_\_, Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG, untersucht, die im Untersuchungsbericht vom 11. Juli 2019 eine traumatische irreparable Rotatorenmanschettenruptur links (SSP transmural, ISP und SSC Oberrand) nach Treppensturz vom 2. Dezember 2018 mit/bei Status nach Schulterarthroskopie mit Débridement und Bizepstenotomie links am 6. Februar 2019 diagnostizierten und anamnestisch festhielten, dass der Versicherte über eine eingeschränkte und schmerzhafte Abduktion des linken Arms seit einem Treppensturz von Dezember 2018 berichte (Suva-act. 65).

**B.e.** Mit Einspracheentscheid vom 19. August 2019 wies die Suva die Einsprache des Versicherten ab. Sie habe mit Verfügung vom 21. März 2019 zu Recht einen Anspruch auf Versicherungsleistungen ab "05.02.2019" verneint (Suva-act. 69).

### **C.**

**C.a.** Gegen den Einspracheentscheid liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) durch seinen Rechtsvertreter mit Eingabe vom 20. September 2019 Beschwerde erheben. Darin beantragte er dessen Aufhebung und die fortdauernde Erbringung von UVG-Leistungen. Eventualiter sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und vom Gericht aus eine Abklärung der Beschwerdeursachen durchführen zu lassen. Für das vorliegende Verfahren sei die unentgeltliche Verbeiständung zu gewähren, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1).

**C.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 29. November 2019 beantragte die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde (act. G 7).

**C.c.** Mit Schreiben vom 3. Dezember 2019 entsprach die verfahrensleitende Richterin dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung durch Dr. Glavas für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 8).



## St.Galler Gerichte

**C.d.** In seiner Replik vom 19. Februar 2020 hielt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an den Beschwerdeanträgen fest (act. G 12).

**C.e.** Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 14).

**C.f.** Nachdem sich anlässlich der Bearbeitung des Falles für das Versicherungsgericht die Fragen ergeben hatten, bis wann die Beschwerdegegnerin für das Schadensereignis vom 2. Dezember 2018 effektiv Versicherungsleistungen erbracht und ob sie die Kosten für die Operation vom 6. Februar 2019 übernommen hatte, forderte die verfahrensleitende Richterin die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 4. November 2020 auf, unter Beilage entsprechender Belege mitzuteilen, wann die letzte von der Beschwerdegegnerin übernommene Behandlung (unter Angabe der Behandlungsart) stattgefunden habe und wann das letzte Taggeld geleistet worden sei. Allfällig getätigte Zahlungen, die später wieder zurückgefordert oder zurückerstattet worden seien, seien ebenfalls anzugeben (act. G 15). Mit Schreiben vom 10. November 2020 teilte die Beschwerdegegnerin dem Versicherungsgericht unter Einreichung eines Borderaus für Regresszwecke vom 9. November 2020 (act. G 16.1) insbesondere mit, dass sie lediglich bis 5. Februar 2019 Taggelder bezahlt und die Kosten der bis zu diesem Datum durchgeführten Heilbehandlungen (der linken Schulter) übernommen habe. Die nach dem 5. Februar 2019 für die linke Schulter erbrachten Heilbehandlungen seien nicht von ihr übernommen worden. Dies treffe insbesondere auch für die Operation vom 6. Februar 2019 zu (act. G 16).

## Erwägungen

### 1.

Vorliegend anerkannte die Beschwerdegegnerin eine Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 2. Dezember 2018 und erstattete entsprechend Heilkosten und richtete Taggelder aus. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellung per 6. Februar 2019. Mit Verfügung vom 21. März 2019 stellte die Beschwerdegegnerin die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) per 6. Februar 2019 ein, hielt gleichzeitig aber fest, "bis jetzt" die gesetzlichen Versicherungsleistungen erbracht zu haben (Suva-act. 44). Ob die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des Verfügungserlasses davon ausgegangen ist, über den 5. Februar 2019



Versicherungsleistungen zu erbringen, ist unklar (vgl. dazu act. G 15 f.). Aus der Begründung des Einspracheentscheids vom 19. August 2019 (Suva-act. 69) in Zusammenschau mit der kreisärztlichen Beurteilung vom 23. Juli 2019 von Dr. N.\_\_\_\_ (Suva-act. 67) ist aber offensichtlich abzuleiten, dass die Beschwerdegegnerin von einer Verneinung ihrer Leistungspflicht einen Tag vor der Operation vom 6. Februar 2019 ausgeht, was denn auch mit der Rückforderung sämtlicher nach dem 5. Februar 2019 angefallenen Heilkostenleistungen übereinstimmt (vgl. act. G 16 und G 16.1). Bei der im angefochtenen Einsprachentscheid vom 19. August 2019 (Suva-act. 69) bezüglich des Leistungseinstellungszeitpunkts verwendeten Formulierung "ab dem 05.02.2019" handelt es sich damit offenbar um ein Versehen.

## 2.

**2.1.** Der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung setzt zunächst einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus. Als solcher gilt eine plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Der Unfallversicherer hat bei Vorliegen eines Unfalls gemäss Art. 4 ATSG für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 E. 3.1 f. mit Hinweisen; siehe dazu 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/Barbara Klett/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 (BGE 129 V 181 E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2008, 8C\_522/2007, E. 4.3.2; 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). Bei physischen Unfallfolgen hat indessen die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich



aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 118 V 291 f. E. 3a). Ob ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen; Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N 58 f.).

**2.2.** Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche (und adäquate) Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) 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 Vorzustands 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; KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht medizinisch fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, spricht die Rechtsprechung von einer richtungsgebenden Verschlimmerung (BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; 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 Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein (Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C\_101/2008, E. 2.2).

**2.3.** Sollte die operative Behandlung vom 6. Februar 2019 einem (teil-)unfallkausalen Gesundheitsschaden gegolten haben, wäre die Beschwerdegegnerin dafür bis zur Heilung der Operationsfolgen leistungspflichtig. Während eine entsprechende Unfallkausalität von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilungen von Dr. M.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2019 (Suva-act. 14) sowie von Dr. N.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2019 (Suva-act. 14) und 23. Juli 2019 (Suva-act. 67) und auch gestützt auf das fachradiologische Gutachten von Prof. O.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2019 (Suva-act. 64) verneint



wird, vertritt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers insbesondere unter Hinweis auf Art. 36 UVG den gegenteiligen Standpunkt.

### 3.

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. 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 (zum Ganzen BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., 2020, N 130 zu Art. 61). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die medizinischen Beurteilungen der Kreisärzte Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ vom 30. Januar, 12. Februar und 23. Juli 2019 (Suva-act. 14, 67) gehören - kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 229 E. 5.2, 135 V 469 f. E. 4.4 und 471 E. 4.7; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C\_385/2014, E. 4.2.2). Die Rechtsprechung erachtet sodann Aktengutachten als zulässig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Voraussetzung ist ein lückenloser Untersuchungsbefund, damit der Experte bzw. die Expertin imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild zu verschaffen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C\_780/2016, E. 6.1 mit Hinweis). Angesichts der obigen Darlegungen sprechen keine formellrechtlichen Gründe gegen den Einbezug der kreisärztlichen Aktenbeurteilungen. Ob letztlich auf diese abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiellrechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen.



### 4.

**4.1.** Im Zeitpunkt der Leistungseinstellung (6. Februar 2019) wies die linke Rotatorenmanschette des Beschwerdeführers unbestrittenermassen eine kernspintomographisch objektivierte transmurale Ruptur der Supraspinatussehne über die gesamte Breite und Rupturen der kranialen Anteile der Subscapularis- und Infrapinatussehne auf. Zudem hatte sich eine Pulleyruptur mit anteromedialer Verlagerung der tendinotisch verdickten Bizepssehne gezeigt (Suva-act. 15). Am 6. Februar 2019 hatten sich die strukturellen Sehnenschädigungen sowie die anteromediale Luxierung der Bizepssehne intraoperativ bzw. arthroskopisch bestätigt und die Bizepssehne hatte sich aufgefasert dargestellt (Suva-act. 21).

**4.2.** Die Rotatorenmanschette, wie auch die lange Bizepssehne, neigen zur Degeneration. Allerdings können sie auch als Folge eines Traumas ein- oder abreißen (vgl. dazu Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2005, S. 628, 724 f., 728 ff., 732; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 225, 1681; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 250). Nachfolgend ist also zunächst zu prüfen, ob es sich bei der ausgedehnten Rotatorenmanschettenläsion mit Beteiligung dreier Sehnen um eine direkte Unfallverletzung oder einen degenerativen Vorzustand handelt. Allgemein ist vorweg zu nehmen, dass die Ausdrücke "Ruptur" und "Läsion" nicht automatisch auf ein erlittenes Trauma hindeuten (Debrunner, a.a.O., S. 412, 628, 724 f., 728 ff; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1681; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576, 1646).

**4.3.** Der Vergleich bildgebender Untersuchungsergebnisse aus der Zeit vor und nach dem Unfall würde für die Abgrenzung Vorzustand bzw. neue unfallbedingte strukturelle Schädigung eine bedeutsame Beweisgrundlage darstellen (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C\_216/2009, E. 2). Im konkreten Fall liegen indes keine vor dem Unfall erstellten radiologischen Bilder vor, weshalb diesbezügliche Erkenntnisse fehlen. Die Schädigungen der Rotatorenmanschette links wurden bereits im Rahmen der MRT-Untersuchung vom 18. Januar 2019 erhoben (Suva-act. 15), was noch als unfallnaher bildgebender Befund angesehen werden kann. Damit ist an sich nicht ausgeschlossen, dass sich der Beschwerdeführer die am 6. Februar 2019 operierte Rotatorenmanschettenläsion beim Unfall vom 2. Dezember 2018 zugezogen hat bzw. dass diese eine traumatische Verletzung darstellt. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, legen jedoch Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ in ihren Beurteilungen vom 30. Januar 2019, 12. Februar 2019 (Suva-act. 14) und 23. Juli 2019 (Suva-act. 67) anhand massgebender Kriterien und bedeutsamer Umstände im Rahmen der Kausalitätsbeurteilung dar, weshalb die



Rotatorenmanschettenläsion beim Beschwerdeführer an der linken Schulter mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht erst beim Unfall vom 2. Dezember 2018 entstanden ist.

### 4.4.

**4.4.1.** Dr. N.\_\_\_\_ stellt in seiner Beurteilung vom 12. Februar 2019 zunächst zutreffend fest, dass Dr. G.\_\_\_\_ im MRT-Untersuchungsbericht vom 18. Januar 2019 (Suva-act. 15) keine Ursachenbeurteilung der Sehnenschädigung im gesamten Rotatorenmanschettensehnenbereich abgegeben habe (Suva-act. 14). Dr. N.\_\_\_\_ hat die radiologischen Bilder gesichtet (vgl. dazu Suva-act. 14). Er bezeichnet die radiologische Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ als nicht korrekt. Offensichtlich meint er damit nicht, dass der Radiologe falsche Befunde erhoben hat, sondern dass in dessen Bericht gewisse Befunde unerwähnt geblieben sind. Erstens sei die Muskulatur bereits fortgeschritten verfettet mit Goutallier Grad 3 für die Supraspinatussehne und Grad 2 für die Infraspinatussehne, auch wenn die axiale Ebene unzureichend für eine Beurteilung nach Zanetti sei. Zweitens sei die stärkste Retraktion der Supraspinatus- und Infraspinatussehne bis zum Glenoid der Beweis für eine langdauernde vorbestehende komplette degenerative Surpaspinatus- und Infraspinatussehnenläsion. Drittens bestehe ein kompletter Humeruskopfhochstand, am Acromion anstehend mit kompletter Aufhebung des subacromialen Raums und beginnender Arrosion und Bildung eines "NEO-Schulterdaches" aufgrund langdauernd vorbestehendem komplettem Rotatorenmanschetten-Defekt, chronisch schleichend degenerativ verursacht. Alle diese Befunde hätten sich intraoperativ vollständig bestätigt ohne Nachweis einer Folge des Unfallereignisses vom 2. Dezember 2018.

**4.4.2.** Der Arthroskopiebefund einer Verfettung von Supraspinatus- und Infraspinatussehne kann dem Operationsbericht vom 7. Februar 2019 (Suva-act. 21) nicht explizit entnommen werden. Zudem hält Prof. O.\_\_\_\_ im fachradiologischen Gutachten vom 12. Juni 2019 fest, dass eine anhand der vorliegenden Bildgebung vom 18. Januar 2019 abschliessende Beurteilung der Muskelqualität des Musculus supraspinatus und Musculus infraspinatus mangels unzureichender sagittaler Schnitte nicht möglich sei (Suva-act. 64). Laut medizinischer Literatur weist jedoch die Irreparabilität, die sich in der Operation vom 6. Februar 2019 gezeigt hat, bzw. dass mit der Operation keine zufriedenstellende Rekonstruktion der Rotatorenmanschette erzielt wurde (Suva-act. 21, 65), auf eine Muskelverfettung hin. Auch die laut Operationsbericht vom 6. Februar 2019 vorliegende Retraktion der Supraspinatussehne und der Infraspinatussehne bis zum Glenoid ist ein bedeutsames



Indiz dafür, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem Trauma eine Schädigung der Rotatorenmanschette vorgelegen haben muss (zum Ganzen vgl. Swiss Medical Forum, Ausgabe 2019/1516, Übersichtsartikel, Revidierte Unterscheidungskriterien, Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, zu finden unter <https://doi.org/10.4414/smf.2019.03247>, abgerufen am 30. Oktober 2020, S. 265 f.; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2016, 8C\_594/2016, E. 3.1, 3.2.3.2). Wie von Dr. N.\_\_\_\_ überzeugend und schlüssig festgestellt (Suva-act. 14), wird die Annahme degenerativer und damit vorbestehender Läsionen der Rotatorenmanschette schliesslich durch den - im Übrigen auch von Dr. G.\_\_\_\_ erhobenen (Suva-act. 15) - deutlichen Humeruskopfhochstand mit den erosiven Veränderungen am Tuberculum majus mit kleinen Zysten gestützt (vgl. [https://edoc.ub.uni-muenchen.de/20462/1/Plass\\_Andre\\_R.pdf](https://edoc.ub.uni-muenchen.de/20462/1/Plass_Andre_R.pdf), abgerufen am 30. Oktober 2020; Swiss Medical Forum, a.a.O., 264). Dr. M.\_\_\_\_ hat den massiven Humeruskopfhochstand gleichfalls als Hinweis auf eine ältere Genese der Rotatorenmanschettenruptur gesehen (Suva-act. 14). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die drei obgenannten Befunde ein einheitliches Bild von Folgen eines vorbestehenden kompletten Rotatorenmanschettendefekts ergeben, welche sich über eine längere Dauer entwickelt haben. Die Beurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ wird auch von Prof. O.\_\_\_\_ gestützt, der in seinem fachradiologischen Gutachten vom 12. Juni 2019 (Suva-act. 64) hinsichtlich der Ursächlichkeit des massiven Schadens der Rotatorenmanschette der linken Schulter festhält, dass in der sechs Wochen nach dem Trauma durchgeführten MR-Arthrographie vom 18. Januar 2019 eine Retraktion der Supraspinatussehne Patte Grad III sowie ein Humeruskopfhochstand beständen und diese beiden Befunde darauf hindeuten würden, dass die Läsion chronisch sei und nicht auf das inkriminierte Trauma zurückgeführt werden könne.

#### 4.5.

**4.5.1.** Wie von Dr. N.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 23. Juli 2019 (Suva-act. 67) erörtert, sind insbesondere auch dem zeitlichen Verlauf und der Art und Weise, wie die Beschwerdeproblematik beim Beschwerdeführer nach dem Treppensturz mit Schulterprellung links aufgetreten ist, überzeugende Erkenntnisse für die Kausalitätsbeurteilung zu entnehmen. Dr. N.\_\_\_\_ schliesst aus den vorliegenden Akten, dass bereits neun Tage nach der Schulterprellung links kein Hinweis im Sinne einer Pseudoparalyse für eine akute, unfallkausale und massive Rotatorenmanschettenläsion bestanden habe, wie dies aus medizinischer Erfahrung und umfassend belegt nach einer unfallkausalen massiven und vollständigen Rotatorenmanschetten-Sehnedurchtrennung unweigerlich der Fall wäre (Suva-act. 67-4). Die Pseudoparalyse



ist laut medizinischer Literatur und bundesgerichtlicher Rechtsprechung ein typisches Symptom einer traumatisch bedingten Läsion der Supraspinatussehne, bei welcher der Arm nicht mehr aktiv über die Horizontale gehoben werden kann (Debrunner, a.a.O., S. 728; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576; Swiss Medical Forum, a.a.O., S. 263; Urteile des Bundesgerichts vom 13. Dezember 2016, 8C\_606/2016, und vom 22. Oktober 2019, 8C\_446/2019).

**4.5.2.** Dass beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 2. Dezember 2018 nicht sofort eine Pseudoparalyse aufgetreten ist, lässt sich zwar anhand der von den Ärzten beim Beschwerdeführer erhobenen Befunde nicht uneingeschränkt bestätigen. So ergab die klinische Untersuchung am Unfalltag durch Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ eine schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit mit aktiver Elevation 20° und einer aktiven Abduktion 30°, wobei der Normwert jeweils 180° beträgt. Zudem waren der Jobe-Test sowie die Aussenrotation gegen Widerstand schmerzhaft (Suva-act. 3). Allerdings berichtete der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2018 über eine Besserung der Schulterbeschwerden, sowohl der Schmerzen wie auch der Beweglichkeit. Entsprechend erhob Dr. E.\_\_\_\_, wie von Dr. N.\_\_\_\_ zutreffend festgestellt, klinisch bereits eine aktive globale Schulterbeweglichkeit und Elevation bis knapp 90°, assistiert bis 140°. In dieser Position konnte der Arm gehalten werden und Dr. E.\_\_\_\_ hielt angesichts dieses Befundstatus fest, dass kein Hinweis auf eine relevante Rotatorenmanschettenruptur im Sinne einer Pseudoparalyse bestehe (Suva-act. 6). Auch die Aussage von Dr. M.\_\_\_\_ - es habe nur eine leicht eingeschränkte Elevation des Armes bestanden (Suva-act. 14) - erscheint in Bezug auf dieses Untersuchungsergebnis überzeugend. Erst im ärztlichen Zwischenbericht vom 10. Januar 2019 hielt Dr. F.\_\_\_\_ sodann wieder fest, dass die Schulter bei allen Bewegungen schmerze (Suva-act. 9), worauf sich in der MRT-Untersuchung durch Dr. G.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2019 die drei Sehnenrupturen, insbesondere die transmurale Ruptur der Supraspinatussehne, zeigten (Suva-act. 15). Der dargelegte zeitliche Verlauf der Beschwerdesymptomatik vermag jedenfalls insgesamt keine eindeutige, persistierende Pseudoparalyse zu sichern (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2019, 8C\_446/2019, E. 3). Beim Beschwerdeführer wies gerade die Supraspinatussehne des Supraspinatusmuskels, welcher die Elevation und Abduktion des Arms ermöglicht, eine transmurale Ruptur auf, womit bei einer traumatischen Läsion eine eindeutige Pseudoparalyse zu erwarten wäre. Wie Dr. M.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 30. Januar 2019 mithin nachvollziehbar und überzeugend festhält, weist der vorliegende Sachverhalt vielmehr auf eine ältere und damit vorbestehende Schädigung hin (Suva-act. 14).



### 4.6.

**4.6.1.** Ein massgebendes Beurteilungskriterium für die Ursächlichkeit einer Gesundheitsschädigung bildet im Weiteren der Unfallhergang. Insbesondere für Rotatorenmanschettenläsionen werden in den medizinischen Fachartikeln konkrete Verletzungsmechanismen beschrieben, welche zu einer traumatischen Sehnenruptur führen können. Als potenziell geeignete Verletzungsmechanismen werden genannt: das Abscheren des Sehnenansatzes von innen, sobald der maximal zulässige Rotationswinkel überschritten ist und der Sehnenansatz mit dem Pfannenrand in Konflikt gerät (sogenanntes inneres Impingement), z.B. bei einer Schulter(sub)luxation; die passive Traktion, z.B. nach unten (beim Versuch einen schweren fallenden Gegenstand aufzufangen), ventral oder medial; die exzentrische Belastung angespannter Anteile der Rotatorenmanschette, z.B. bei passiv 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. Die traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette erfolgt gemäss Literatur also in der Regel nicht durch ein direktes Anpralltrauma, sondern durch indirekte Gewalteinwirkung bzw. durch eine plötzliche körpereigene Kraftanstrengung, mit der die mechanische Belastbarkeit des Sehngewebes überschritten wird. Die direkte Krafteinwirkung auf die Schulter (Sturz, Prellung, Schlag) ist unter anderem deshalb ein eher ungeeigneter Hergang, weil die Rotatorenmanschette durch den knöchernen Schutz der Schulterhöhe (Akromion) und durch den Delta-Muskel gut abgeschirmt ist (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 22. Oktober 2019, 8C\_446/2019, E. 5.2.2; Swiss Medical Forum, a.a.O., S. 263; [http:// www.gaertner-servatius.de/krankheiten/-rotatorenmanschettenruptur\\_leitlinien.pdf](http://www.gaertner-servatius.de/krankheiten/-rotatorenmanschettenruptur_leitlinien.pdf), abgerufen am 30. Oktober 2020).

**4.6.2.** Dafür, dass sich der Beschwerdeführer beim Sturz mit der rechten Hand hätte schützen bzw. stützen wollen, gibt es weder in den Akten Hinweise noch enthalten die Eingaben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers entsprechende Ausführungen zum Unfallhergang (vgl. Suva-act. 54, act. G 1, G 12). Im Zusammenhang mit dem vorliegend untypischen Unfallmechanismus ist schliesslich zu ergänzen, dass Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ bezüglich der konkreten Rotatorenmanschettenproblematik von einer massiven Schädigung bzw. einem massiven Schaden, einem schweren Vorschaden und einer weit fortgeschrittenen Schädigung sämtlicher Sehnen der Rotatorenmanschette ausgehen (Suva-act. 14, 67-4). Diese Einstufungen erscheinen angesichts der operativ irreparablen Rotatorenmanschette (vgl. Suva-act. 21, 65; Erwägung 5.4.2) überzeugend und es ist im Weiteren nur schwer vorstellbar, dass



durch ein einzelnes und zudem untypisches Unfallereignis mehrere Sehnen der Rotatorenmanschette verletzt worden sind. Dies gilt umso mehr, als selbst hinsichtlich des direkten Anpralltraumas nicht von einer massiven Gewalteinwirkung auf die linke Schulter mit einer schwerwiegenden Kontusionsverletzung auszugehen ist. So zeigte die Schulter am Unfalltag klinisch in der Untersuchung durch Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ keine typischen Kontusionsfolgen, d.h. keine Rötung, keine Schwellung oder Überwärmung und auch kein Hämatom (Suva-act. 3). Solche Befunde hätten zumindest ein Hinweis auf eine namhafte Kräfteinwirkung auf die Schulter sein können (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412). Laut schlüssiger und überzeugender Beurteilung von Prof. O.\_\_\_\_ wären sodann im Falle einer traumatischen Ätiologie in der rund sechs Wochen nach dem Unfall durchgeführten MRI-Untersuchung vom 18. Januar 2019 (Suva-act. 15) auch Veränderungen des Knochens (im Sinne von traumatischen Knochenmarksödemen) oder des Knochenmarks zu erwarten gewesen (Suva-act. 64; vgl. dazu Pschyrembel, a.a.O., S. 277 "Bone bruise"). Die Beschwerdegegnerin weist schliesslich in der Beschwerdeantwort vom 29. November 2019 (act. G 7) überzeugend darauf hin, dass auch der aktenkundige Sturzvorgang mit einer primären Landung auf dem linken Knie und linken Fuss und danach noch auf der linken Schulter (Suva-act. 3) auf eine eher leichte Prellung hinweise.

**4.7.** Eine Gesamtbetrachtung im Sinne der vorangegangenen Erwägungen lässt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit den Schluss zu, dass - wie von Dr. N.\_\_\_\_, Dr. M.\_\_\_\_ und Prof. O.\_\_\_\_ übereinstimmend beurteilt - zwischen der alle drei Sehnen betreffenden Rotatorenmanschettenläsionen und dem Unfallereignis vom 2. Dezember 2018 kein natürlicher Kausalzusammenhang vorliegt. Weder die radiologisch objektivierten Befunde noch der Beschwerdeverlauf oder der Unfallmechanismus deuten auf eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion hin. Zur Supraspinatussehne ist zudem festzuhalten, dass diese durch ihren topographischen Verlauf einer besonderen mechanischen Beanspruchung ausgesetzt ist und bereits früh degenerative Veränderungen aufweisen kann. Die Reissfestigkeit nimmt abhängig vom Lebensalter ab. So kommt einem Trauma in der Regel nur geringe Bedeutung zu (Gelegenheitsursache [Medizinische Begutachtung, Grundlagen und Praxis, hrsg. von Hans Hermann Marx, 6. Aufl. 1992, S. 393; Debrunner, a.a.O., S. 725]). Abgesehen von der blossen zeitlichen Abfolge ist kein konkreter Faktor ersichtlich, der für eine Unfallkausalität spricht. Der zeitliche Aspekt allein reicht jedoch nicht aus, um von einer natürlich unfallkausalen organisch strukturellen Schädigung auszugehen. Andernfalls würde man sich mit dem blossen Anschein eines Beweises bzw. mit der blossen Möglichkeit begnügen und davon ausgehen, dass eine gesundheitliche Schädigung schon dann durch den Unfall verursacht sei, wenn sie nach diesem auftrat (vgl. dazu



die beweisrechtlich untaugliche Formel "post hoc ergo propter hoc" z.B. in Kieser, a.a.O., N 96 zu Art. 4; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. Bern 1989, S. 460 N 1205; SVR 2009 UV Nr. 113 8C\_590/2007, S. 52 E. 7.2.4 mit weiteren Hinweisen; BGE 119 V 341 f. E. 2b/bb). Die alleinige anamnestiche Erklärung von Dr. J.\_\_\_\_ im Untersuchungsbericht vom 5. Februar 2019, der Beschwerdeführer habe sich bei einem Sturz am 2. Dezember 2018 eine Rotatorenmanschettenläsion der linken Schulter zugezogen, vermag an obiger Beurteilung nichts zu ändern (Suva-act. 19). Anamneseangaben gelten nicht als ärztliche Würdigung bzw. Beurteilung der medizinischen Situation bzw. als medizinische Kausalitätsbeurteilung. Die Anamnese beinhaltet insbesondere Berichte des Patienten über seine Vorgeschichte (Psyhyrembel, a.a.O., S. 82; Roche Lexikon, a.a.O., S. 74 f.), welche dem untersuchenden Arzt neben den von ihm erhobenen Befunden und Diagnosen erst dazu dienen, eine eigene medizinische Beurteilung vorzunehmen. Eine anamnestiche Angabe allein vermag jedenfalls keine Zweifel an einer umfassend begründeten medizinischen Beurteilung zu begründen. Eine richtungsgebende, mithin dauernde, unfallbedingte Verschlimmerung der degenerativ rupturierten Rotatorenmanschette ist offensichtlich ebenfalls auszuschliessen. Abgesehen davon, dass eine richtungsgebende Verschlimmerung in den medizinischen Akten nirgends diskutiert wurde, erscheint eine solche aufgrund derselben Kriterien bzw. Umstände, wie sie für die Verneinung einer unfallbedingten Rotatorenmanschettenläsion (vgl. Erwägungen 4.4 ff.) soeben angeführt worden sind, nicht überwiegend wahrscheinlich.

## 5.

**5.1.** Wird davon ausgegangen, dass die nach dem Sturz aufgetretenen linksseitigen Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers Folge einer blossen Kontusionsverletzung ohne strukturelle Läsion oder eines lediglich aktivierten (zuvor stummen) degenerativen Vorzustands sind, hat die Beschwerdegegnerin nur Leistungen bis zur Heilung der spezifischen Kontusionsfolgen bzw. für das unmittelbar im Zusammenhang mit den Unfällen stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu übernehmen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3; KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; RKUV 1994 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C\_816/2009 E. 4.3; vgl. Erwägung 2.1). Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch die Kosten für Pflegeleistungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art.



10 UVG fallen. Unter Umständen hat der Beschwerdeführer damit Anspruch auf eine, operative Eingriffe miteinschliessende, zweckmässige Behandlung, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der vom Unfall zumindest mitverursachten Schmerzen dient und nicht gesagt werden kann, die Operation wäre auch ohne den durch die Unfälle bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3, und 24. Juni 2008, 8C\_326/2008, E. 6). Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 27, 8C\_380/2011, E. 4.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3 mit Hinweisen).

**5.2.** Wie bereits erwähnt, entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass Weichteilverletzungen wie Kontusionen und Distorsionen normalerweise innert kurzer Zeit abheilen und sich die damit verbundenen Beschwerden gänzlich zurückbilden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 412). Diese medizinische Erfahrungstatsache darf im Rahmen des im Sozialversicherungsrecht zur Anwendung gelangenden Wahrscheinlichkeitsbeweises berücksichtigt werden (Locher/Gächter, a.a.O., § 70 N 58 f.). Dies hat insbesondere für den Nachweis des Zeitpunkts des Dahinfallens natürlich kausaler Unfallfolgen zu gelten, welcher sich häufig nur mit Erfahrungswerten bestimmen lässt (Urteil des EVG vom 18. September 2002, U 60/02, E. 2.2). Medizinische Erfahrungssätze beziehen sich auf den Regelfall. Eine Ausnahme von der Regel ist grundsätzlich nicht ausgeschlossen, doch muss sie sich eben als solche präsentieren. Im vorliegenden Fall geht Dr. N.\_\_\_\_ in seinen Beurteilungen vom 12. Februar und 23. Juli 2019 (Suva-act. 14, 67) von einer zeitlich limitierten vorübergehenden Verschlimmerung des degenerativen Vorzustandes und einem spätestens per 5. Februar 2019, d.h. einen Tag vor der Operation vom 6. Februar 2019, erreichten Status quo sine aus. Die Frage nach dem Erreichen des Status quo ante kann sich wegen der Schulteroperation vom 6. Februar 2019 nicht mehr stellen (vgl. dazu Dr. N.\_\_\_\_ in Suva-act. 67-4). Dr. N.\_\_\_\_ führt aus, dass die Operation des linken Schultergelenks einzig auf den erkrankungsbedingten, massiven und irreparablen Schaden der Sehnen der Rotatorenmanschette des linken Schultergelenks aufgrund chronisch degenerativer Abnützung abgezielt und nicht der operativen Behandlung von Unfallfolgen aus dem Ereignis vom 2. Dezember 2018 gedient habe (Suva-act. 14, 67). Dass am 6. Februar 2019 die kernspintomographisch und arthroskopisch objektivierten strukturellen Gesundheitsschädigungen im Bereich der Rotatorenmanschette operativ



therapiert wurden (Suva-act. 21), ist unbestritten. In den Erwägungen 4.4 ff. wurde umfassend dargelegt, dass es sich bei diesen nicht um neue unfallkausale Gesundheitsschäden gehandelt hat. Wie in Erwägung 4.6.2 ausgeführt, kann sodann das Anpralltrauma, welches der Beschwerdeführer am 2. Dezember 2018 erlitten hat, nicht als schwerwiegend eingestuft werden. Im Regelfall ist davon auszugehen, dass der Schweregrad der Prellung wiederum Einfluss auf die Heilungsdauer hat, womit im konkreten Fall auch nicht von bedeutsamen Kontusionsfolgen auszugehen ist. Dagegen zeigte sich beim Beschwerdeführer eine umfassende vorbestehende Läsionsproblematik im Bereich der linken Rotatorenmanschette. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Folgen der Kontusion im Operationszeitpunkt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verheilt gewesen waren und der Unfall für die fortdauernde Beschwerdesymptomatik nur eine Zufalls- bzw. Gelegenheitsursache gebildet hat. In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort vom 29. November 2019 [act. G 7]) ist zu ergänzen, dass bereits neun Tage nach dem Unfall eine schnelle Besserung der Beschwerdesymptomatik dokumentiert ist (Suva-act. 6). Auch dieser Umstand weist auf eine Heilung der Kontusionsfolgen in dem von Dr. N.\_\_\_\_ angenommenen Zeitraum von rund zwei Monaten hin.

**5.3.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Unfall vom 2. Dezember 2018 seine kausale Bedeutung für die Schulterproblematik links des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit spätestens am 5. Februar 2019 verloren hatte bzw. das Fehlen eines natürlichen Kausalzusammenhangs dargetan ist. Eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin, insbesondere für die Kosten der Operation vom 6. Februar 2019, besteht demzufolge nicht.

## **6.**

**6.1.** Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 19. August 2019 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

**6.2.** Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

**6.3.** Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Mit Blick auf den zu beurteilenden Sachverhalt,



## St.Galler Gerichte

die nicht umfangreichen Akten und den vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mutmasslich getätigten Aufwand erscheint eine Parteientschädigung von pauschal 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'400.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

**6.4.** 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

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

**3.**

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'400.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).