# Publikationsplattform

**St.Galler Gerichte**

| | |
|---|---|
| **Fall-Nr.:** | UV 2018/72 |
| **Stelle:** | Versicherungsgericht |
| **Rubrik:** | UV - Unfallversicherung |
| **Publikationsdatum:** | 13.11.2020 |
| **Entscheiddatum:** | 30.06.2020 |

## Entscheid Versicherungsgericht, 30.06.2020

**Art. 18 UVG. Art. 19 Abs. 1 UVG. Festlegung des Zeitpunktes des Fallabschlusses. Damals lagen noch gewisse unfallkausale organische Beschwerden vor, die Unfalladäquanz der psychischen Beschwerden war jedoch zu verneinen (Psycho-Praxis; BGE 115 V 133). Die Beschwerdeführerin war gemäss der beweiskräftigen kreisärztlichen Beurteilung adaptiert voll arbeitsfähig und der errechnete Invaliditätsgrad nicht zu beanstanden. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. Juni 2020, UV 2018/72). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 8C_542/2020.**

**Entscheid vom 30. Juni 2020**

Besetzung

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

Geschäftsnr.

UV 2018/72

Parteien

**A.___,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Emil Nisple, Grand & Nisple Rechtsanwälte, Oberer Graben 26, 9000 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Versicherungsleistungen**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.___ war als Wäschereileiterin bei der B.___ tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert, als sie am 1. Dezember 2008 auf das linke Knie stürzte (Suva-act. I/1). Eine am 5. Dezember 2008 im Diagnostic Center C.___ durchgeführte MR-Untersuchung ergab eine intramurale Läsion im medialen Meniskushinterhorn, einen kleinen radiären Einriss im Meniskuscorpus, eine fokal deutliche Chondropathie im medialen Kompartiment und eine Bakerzyste (Suva-act. I/2). Dr. med. D.___, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 30. März und 1. Mai 2009, die Behandlung bei ihm sei am 9. Dezember 2008 abgeschlossen gewesen, eine Arbeitsunfähigkeit habe nicht vorgelegen (Suva-act. I/3 f.; Datum der Erstbehandlung gemäss Angabe ebenfalls am 9. Dezember 2008).

**A.b.** Am 26. März 2009 war die Versicherte auf ihrem Mofa mit einem Lieferwagen kollidiert und auf den rechten Arm gestürzt (Suva-act. II/1 f.). Der gleichentags erstbehandelnde Dr. med. E.___ hatte eine Prellung an der Schulter und am Arm rechts diagnostiziert. Er hatte Schmerzmittel sowie eine Schiene zur Ruhigstellung verordnet und der Versicherten vom 26. März bis 13. April 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%

und ab 14. April 2009 eine solche von 50% attestiert (Suva-act. II/3, II/11). Eine am 30. April 2009 durchgeführte MR-Untersuchung des Ellbogengelenkes rechts hatte keinen Nachweis posttraumatischer ossärer Läsionen erbracht. Es hatten sich diffuse Signalstörungen im Musculus trizeps im Sinne von Kontusionsherden sowie ein Hämatom über dem Musculus trizeps gezeigt (Suva-act. II/4-3). Dr. D.___ verordnete der Versicherten am 1. Juli 2009 Physiotherapie (Suva-act. II/9). Die Suva kam für die Folgen der Unfälle vom 1. Dezember 2008 und 26. März 2009 auf.

**A.c.** Eine MR-Untersuchung der Schulter rechts vom 29. Juni 2010 erbrachte unter anderem den Nachweis einer Ruptur im ansatznahmen Bereich der Supraspinatussehne (Suva-act. II/16). Dr. med. F.___ und Dr. med. G.___, beide FMH Orthopädische Chirurgie/Traumatologie, attestierten der Versicherten ab 8. Juli 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (Suva-act. I/26). Am 22. September 2010 führte Dr. G.___ eine Arthroskopie der Schulter rechts, eine offene Rekonstruktion der Supraspinatussehne, eine Acromioplastik der Schulter rechts, eine Arthroskopie des Knies links, eine medialen Meniscusteilresektion sowie eine Resektion der Plica medio- und infrapatellaris durch (Suva-act. I/30, I/53). Er attestierte der Versicherten ab 21. September 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, ab 28. Februar 2011 eine solche von 50% betreffend die Schulter bzw. 25% betreffend das Knie (Suva-act. I/33, I/37, I/42, II/33, II/40).

**A.d.** Am 1. März 2011 unternahm die Versicherte einen Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50%, welcher jedoch scheiterte (Suva-act. II/32, II/35, II/44). Dr. D.___ attestierte der Versicherten ab 2. März 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. II/37, vgl. Suva-act. II/39, II/82). Aufgrund einer symptomatischen Reruptur der Supraspinatussehne (vgl. Suva-act. II/49, II/55, II/64) unterzog sich die Versicherte am 15. Juli 2011 in der Klinik H.___ einer Schulterarthroskopie, einer AC-Gelenksresektion, einem subacromialen Débridement, einer Bicepstenotomie und einem PASTA-Repair rechts (Suva-act. II/84 f.). Prof. Dr. med. I.___, Klinik H.___, attestierte ihr vom 14. Juli bis 23. Oktober 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, vom 24. bis 31. Oktober 2011 eine solche von 50% (Suva-act. I/59). Ab 7. November 2011 war die Versicherte stundenweise in einem angepassten Arbeitsbereich wieder für ihre Arbeitgeberin tätig (Suva-act. II/88 f., II/97). Prof. I.___ attestierte ihr ab dann eine Arbeitsunfähigkeit von 70% (Suva-act. II/96, II/98). Ab Mitte November 2011 wurde die Präsenzzeit reduziert

(Suva-act. II/103) und am 16. Januar 2012 der Eingliederungsversuch als vorerst gescheitert erachtet (Suva-act. II/106).

**A.e.** Die behandelnden Ärzte der Klinik H.___ berichteten am 17. Februar 2012, die Versicherte zeige das Beschwerdebild einer Capsulitis der Schulter rechts. Es liege eine kleine bursaseitige Reruptur an der Supraspinatussehne vor. Die Versicherte könne in absehbarer Zeit nicht mehr in ihrem angestammten Beruf arbeiten (Suva-act. II/109,
vgl. MRT vom 6. Januar 2012; Suva-act. II/105).

**A.f.** Am 19. Juni 2012 berichtete Dr. D.___, eine Abklärung in der Klinik J.___ habe die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung wegen Verdachts auf eine posttraumatische Belastungsstörung ergeben. Die Versicherte möchte jedoch keine ambulante Behandlung bei einem Psychiater beginnen, sondern sich stationär in einer Rehabilitationsstätte behandeln lassen (Suva-act. II/121). Die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis per 30. Juni 2012 (Suva-act. II/115).

**A.g.** Vom 10. Juli bis 7. August 2012 befand sich die Versicherte stationär in der Klinik K.___. Die dort behandelnden Ärzte listeten im Austrittsbericht vom 10. August 2012 als Diagnosen unter anderem chronische Schmerzen der rechten Schulter, eine leichte depressive Episode und eine Gonarthrose links auf (Suva-act. II/134). Auf Nachfrage der Suva (vgl. Suva-act. II/136) befanden die behandelnden Ärzte der Klinik K.___ am 11. September 2012, der Versicherten sei die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Die Zumutbarkeit für eine adaptierte Tätigkeit sei grundsätzlich gegeben (Suva-act. II/146). Prof. I.___ hatte am 6. September 2012 ausgeführt, die moderate Re-Ruptur der Supraspinatussehne rechts erkläre die bestehenden Beschwerden nicht. Er erachte es bei sehr moderaten Erfolgsaussichten als knapp gerechtfertigt, eine Rearthroskopie durchzuführen. Sollte auch diese Massnahme ohne Erfolg sein, wäre längerfristig ausser einer inversen Totalprothese keine andere Behandlungsmöglichkeit mehr vorhanden. Es sei zu befürchten, dass der Endzustand erreicht sei. Die Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig (Suva-act. II/142 f.).

**A.h.** Am 27. September 2012 unterzog sich die Versicherte in der Klinik H.___ einer Schulterarthroskopie, einem Débridement, einer AC-Gelenksnachresektion, einer Acro-

mioplastik und Biopsieentnahmen der Schulter rechts. Die behandelnden Ärzte attestierten ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. II/155, II/161 vgl. Suva-act. II/157). Der behandelnde Arzt der Klinik K.___ hielt am 7. Dezember 2012 als Diagnosen fortdauernde Schmerzen der rechten Schulter, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21), einen Status nach idiopathischer Faszialisparese rechts am 18. April 2004 sowie eine Migräne mit Aura fest (Suva-act. II/166).

**A.i.** Mit Schreiben vom 14. Dezember 2012 teilte die Suva dem Rechtsvertreter der Versicherten mit, sie entrichte entgegenkommenderweise bis vorerst Ende 2012 die Taggeldleistungen im bisherigen Rahmen. Gemäss Suva-Kreisarzt wäre aber allenfalls eine Teilarbeitsfähigkeit zumutbar (Suva-act. II/168). Die behandelnden Ärzte der Klinik H.___ berichteten am 15. Januar 2013, bei ihnen sei vorerst keine weitere Kontrolle mehr geplant. Eine körperliche Arbeitsfähigkeit betreffend die rechte Schulter sei kaum zu erwarten. Sie attestierten der Versicherten bis zum 28. Februar 2013 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. II/169 f.). Dr. D.___ hielt am 5. März 2013 fest, betreffend die Schulter sei keine weitere Behandlung mehr vorgesehen. Betreffend das linke Knie sei eine Behandlung mit Condrosulf 800 über einen Zeitraum von zwei Jahren geplant (Suva-act. II/180). Er attestierte der Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Suva-act. II/179, II/185).

**A.j.** Am 18. Juni 2013 befanden Prof. I.___ und die behandelnde Assistenzärztin, die starken persistierenden Schmerzen in der Schulter rechts liessen sich nicht nachvollziehen. Die von der Versicherten gewünschte Implantation einer Schulterprothese befürworte er nicht (Suva-act. II/189). Am 20. Juni 2013 hielt Prof. I.___ fest, eine Infektion habe nie nachgewiesen werden können. Die ausgedehnten Knorpelläsionen, welche sich bereits bei der ersten Arthroskopie vom 14. Juli 2011 gezeigt hätten, könnten für die Schmerzen zumindest mitverantwortlich sein. Mittelfristig sei eine Schultertotalprothesenimplantation wohl doch indiziert (Suva-act. II/191).

**A.k.** Nach einer Untersuchung vom 30. Juli 2013 beurteilte Kreisarzt Dr. med. L.___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, die früher ausgeübte Tätigkeit in der Wäscherei sei der Versicherten nicht mehr

zumutbar. Bezüglich des allgemeinen Zumutbarkeitsprofils sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit indiziert (Suva-act. I/73). Den Integritätsschaden schätzte er am 2. August 2013 auf insgesamt 20% (Suva-act. I/74). Im Auftrag der Suva (vgl. Suva-act. II/197) führte die ergonomicsystems AG am 15. und 16. August 2013 eine teilgutachterliche Beurteilung im Rahmen der funktionellen arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit (EFL) durch (Suva-act. II/198). In ihrer Beurteilung vom 7. September 2013 äusserten die zuständigen medizinischen Fachpersonen den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Sie befanden, die von der Versicherten beklagten Beschwerden bzw. die demonstrierten Funktionseinschränkungen seien weitgehend inkonsistent gewesen, es bestünden hochgradige Hinweise auf eine Selbstlimitierung. Es könne keine aussagekräftige Beurteilung der funktionellen Ressourcen erfolgen. Für eine umfassende Zumutbarkeitsbeurteilung werde daher eine polydisziplinäre Begutachtung empfohlen (Suva-act. II/205).

**A.l.** Kreisarzt Dr. L.___ beurteilte am 4. Februar 2014, die frühere Tätigkeit in der Wäscherei sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Eine adaptierte Tätigkeit sei ganztags möglich (Suva-act. II/211, vgl. auch die Präzisierung der Angaben zur Arbeitsfähigkeit in Suva-act. II/222). Mit Verfügung vom 10. April 2014 sprach die Suva der Versicherten für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 26. März 2009 mit Wirkung ab 1. April 2014 eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 23% sowie für die Folgen der Unfälle vom 1. Dezember 2008 und 26. März 2009 eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 20% zu (Suva-act. I/77). Dagegen erhob die Helsana, Krankenversicherung der Versicherten, am 25. April 2014 Einsprache (Suva-act. I/81). Am 12. Mai 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. E. Nisple, St. Gallen, ebenfalls Einsprache (Suva-act. II/237).

**A.m.** Am 22. Juli 2014 unterzog sich die Versicherte im Universitätsspital Zürich (nachfolgend: USZ) aufgrund eines nicht-rupturierten Aneurysmas der Mediabifurkation rechts einer pterionalen Kraniotomie rechts für Clipping eines unrupturierten subgiant MCA Aneurysmas. Während der Hospitalisation kam es zu einem fokalen, sekundär generalisierten epileptischen Anfall (Suva-act. II/245-5 ff., vgl. Suva-act. II/249-5 f.). Kreisarzt Dr. L.___ beurteilte am 27. November 2014, das Aneurysma der rechten Bifurkation und die Epilepsie seien nicht überwiegend wahrscheinlich im Rahmen der

Unfälle entstanden. Bezüglich der unfallbedingten Beschwerden sei der Endzustand Ende Juli 2013 erreicht worden (Suva-act. II/254).

**A.n.** Mit Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2014 hiess die Suva die Einsprache der Helsana insofern teilweise gut, als sie feststellte, die Versicherte habe Anspruch auf Heilbehandlungen. Im Übrigen wies sie die Einsprachen ab (Suva-act. I/87).

**A.o.** Am 5. und 8. Dezember 2014 berichtete Dr. med. M.___, Oberarzt m.b.F. Orthopädie, Spital N.___, unter anderem über eine primär symptomatische horizontale AC-Gelenksinstabilität der Schulter rechts, einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzproblematik und eine leichtgradige laterale Epicondylopathie des Ellenbogens rechts. Er führte eine Infiltration durch und empfahl darauf einen stabilisierenden operativen Eingriff (Suva-act. II/256 f.). Prof. I.___ sowie ein Assistenzarzt untersuchten die Versicherte am 18. März 2015 im Sinne einer Zweitmeinung und befand am 27. März 2015, das Beschwerdebild sei komplex, das AC-Gelenk scheine aber klinisch tatsächlich sehr schmerzhaft zu sein. Die Beurteilung von Dr. M.___ könne nachvollzogen werden (Suva-act. II/285). Nach Durchführung einer Infiltration und Beizug von MRI-Bildern beurteilte er am 4. Mai 2015, die Schmerzproblematik könne zuverlässig nicht alleinig auf das AC-Gelenk reduziert werden. Dieses scheine jedoch für einen grossen Teil der Schmerzen verantwortlich zu sein. Er befürwortete einen Eingriff im Bereich des AC-Gelenks (Suva-act. II/289). Kreisarzt Dr. L.___ befand am 28. Mai 2015, es könne davon ausgegangen werden, dass mit der vorgesehenen Operation im Bereich des AC-Gelenks eine Verbesserung des Gesundheitszustandes an der rechten Schulter erwartet werden könne. Es könne nicht mehr von einem Endzustand ausgegangen werden (Suva-act. II/292).

**A.p.** Die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Nisple, hatte am 21. Januar 2015 gegen den Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2014 Beschwerde erhoben (Suva-act. II/266, vgl. Suva-act. II/269, zur Sistierung des Verfahrens vgl. Suva-act. II/280 ff.). Mit Schreiben vom 1. Juni 2015 teilte die Suva der Verfahrensleitung mit, sie hebe ihren Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2014 auf und nehme die Sache ins Verwaltungsverfahren zurück (Suva-act. II/294). Am 16. Juni 2015 schrieb das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen das Verfahren ab (Suva-act. II/296). Mit Schreiben vom 15. Juli 2015 teilte die Suva dem Rechtsvertreter der Versicherten mit,

die seit der Verfügung vom 10. April 2014 eingegangenen Akten hätten gezeigt, dass der Fallabschluss zu früh erfolgt sei. Sie nehme deshalb ihren Entscheid vom 10. April 2014 sowie den Einspracheentscheid vom 5. Dezember 2014 vollumfänglich zurück. Die vom 1. April 2014 bis 31. Juli 2015 bezahlten Rentenleistungen würden mit der Taggeldnachzahlung verrechnet. Die bereits ausbezahlte Integritätsentschädigung werde mit allfälligen späteren Integritätsentschädigungsleistungen verrechnet. Die Einsprache vom 28. April 2014 erachte sie als formlos erledigt (Suva-act. I/88).

**A.q.** Am 21. August 2015 unterzog sich die Versicherte in der Klinik H.___ einer Schulterarthroskopie, einer Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion, einer AC-Resektion und einer Biopsieentnahme rechts (Suva-act. II/305 f.). Auf Nachfrage der Suva hielten Prof. I.___ und Dr. med. O.___, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik H.___, am 3. März 2016 fest, mit einem medizinischen Endzustand sei in ca. drei bis sechs Monaten zu rechnen. Es sei davon auszugehen, dass sich das Zumutbarkeitsprofil betreffend die Schulter im Vergleich zum 4. Februar 2014 nicht mehr ändern werde (Suva-act. II/325, vgl. sinngemäss gleiche Einschätzung in Suva-act. II/335). Am 25. Mai 2016 befanden Prof. I.___ sowie eine Assistenzärztin der Klinik H.___, die Versicherte leide weiterhin unter einer schmerzhaften Capsulitis der rechten Schulter. Die nächste chirurgische Lösung wäre die Implantation einer inversen Schulterprothese, was in dieser hochkomplexen Schmerzsituation jedoch von zu unsicherem Resultat sei, um diesen irreversiblen Eingriff zu rechtfertigen (Suva-act. II/328).

**A.r.** PD Dr. med. P.___ und med. pract. Q.___, USZ, stellten am 5. April 2017 ein Kostengutsprachegesuch für eine stationäre multimodale rheumatologische Komplexbehandlung (Suva-act. II/344, vgl. Suva-act. II/345). Eine am 6. April 2017 durchgeführte MR-Untersuchung des rechten Schultergelenks erbrachte den Nachweis einer kompletten Reruptur der Supraspinatussehne, auf die Infraspinatussehne übergreifend (Suva-act. II/343).

**A.s.** Kreisarzt Dr. med. R.___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, untersuchte die Versicherte am 9. Mai 2017. Gleichentags beurteilte er, aktuell liege eine mittelgradige Funktionsbeeinträchtigung mit Einschränkung der Bewegungsausmasse der Schulter rechts vor. Das linke Knie sei funktionstüchtig (fälschlicherweise als "funktionsfrei" bezeichnet) und voll belastbar.

© Kanton St.Gallen 2024

Eine erneute Rekonstruktion der rechten Schulter oder eine plastische Deckung erscheine nicht erfolgsversprechend. Auch eine weiterführende Versorgung mit einer inversen Schulterprothese werde von den Schulterspezialisten derzeit als nicht zielführend angesehen. Er empfehle den Abschluss des Schadenfalls und erachte den Vorschlag einer stationären rheumatologischen Schmerzbehandlung als nicht zielführend. Eine adaptierte Tätigkeit sei der Versicherten ganztags zumutbar. Die eventuelle weiterführende operative Versorgung des rechten Schultergelenkes mit einer Endoprothese führe bei normalem Verlauf zu keiner Änderung des formulierten Zumutbarkeitsprofils und werde von der Versicherten derzeit auch nicht gewünscht (Suva-act. II/350). Mit Schreiben vom 15. Mai 2017 wies die Suva das Kostengutsprachegesuch vom 5. April 2017 ab (Suva-act. II/353). Mit Schreiben vom 21. August 2017 teilte die Suva dem Rechtsvertreter der Versicherten mit, sie stelle die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. August 2017 ein. Für die Kosten der weiterhin notwendigen ärztlichen Kontrollen werde sie jedoch aufkommen (Suva-act. II/363).

**A.t.** Mit Verfügung vom 7. September 2017 sprach die Suva der Versicherten für die Folgen der Unfälle vom 1. Dezember 2008 und 26. März 2009 mit Wirkung ab 1. September 2017 eine Invalidenrente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 24% sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 20% zu (Suva-act. I/91).

**B.**

**B.a.** Rechtsanwalt Nisple erhob dagegen am 4. Oktober 2017 in Vertretung der Versicherten Einsprache (Suva-act. I/101). Er reichte unter anderem einen Bericht des behandelnden Arztes Dr. P.___ vom 24. September ein, in welchem dieser befunden hatte, bezüglich der rechten Schulter sei der medizinische Endzustand noch nicht erreicht (Suva-act. I/100).

**B.b.** Am 20. September 2017 hatten Prof. I.___ und eine Assistenzärztin der Klinik H.___ über eine Re-Ruptur der Rotatorenmanschette und eine veränderte Schmerzverarbeitung berichtet. Die Versicherte wünsche die Implantation einer inversen Schulterprothese (Suva-act. II/373). Am 30. Oktober 2017 befanden Prof. I.___ sowie ein an der Klinik H.___ tätiger Assistenzarzt, durch einen endoprothetischen

Ersatz könne die aktuelle Beschwerdesituation der rechten Schulter verbessert werden (Suva-act. II/392). Am 13. November 2017 wurde der Versicherten in der Klinik H.___ trotz fehlender Kostengutsprache der Suva eine Schulter-Totalprothese rechts eingesetzt (Suva-act. II/394 f., vgl. Suva-act. II/382 f., II/386). Kreisarzt Dr. R.___ nahm am 20. Februar 2018 erneut Stellung zum Fall (Suva-act. II/406). Am 22. März 2018 berichteten die behandelnden Ärzte der Klinik H.___, Mitte Februar seien ohne erinnerliches Trauma plötzlich erneut Schmerzen in der rechten Schulter aufgetreten, welche zu einer starken Bewegungseinschränkung und Kraftminderung geführt hätten (Suva-act. II/408, vgl. Suva-act. II/411). Am 7. Juni 2018 führten sie aus, bei der weiterhin stark schmerzgeplagten Versicherten habe ein periprothetischer Infekt nicht voll ausgeschlossen werden können. Sie empfahlen eine diagnostische Schultergelenksarthroskopie mit mikrobiologischer Probenentnahme (Suva-act. II/416). Die Suva erteilte am 1. September 2018 Kostengutsprache für den geplanten Eingriff (Suva-act. II/422 f.)

**B.c.** Am 4. Oktober 2018 unterzog sich die Versicherte in der Klinik H.___ einer diagnostischen Schulterarthroskopie mit Biopsieentnahme (Suva-act. II/428 f., vgl. Suva-act. II/425). Am 29. Oktober 2018 berichtete die behandelnde Ärztin, die Beschwerden seien gleich wie vor der Operation. Ein Low grade-Infekt könne mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Eine Lockerung der Prothese habe bereits mittels CT im Mai 2018 ausgeschlossen werden können. Die Beschwerden könnten nicht chirurgisch-orthopädisch verbessert werden (Suva-act. II/430).

**B.d.** Mit Entscheid vom 17. September 2018 hatte die Suva die Einsprache vom 4. Oktober 2017 abgewiesen (Suva-act. I/107).

**C.**

**C.a.** Gegen den Einspracheentscheid vom 17. September 2018 hatte die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Nisple, die vorliegende Beschwerde vom 17. Oktober 2018 erhoben. Sie hatte darin dessen vollumfängliche Aufhebung beantragen lassen. Es sei festzustellen, dass der medizinische Endzustand der rechten Schulter noch nicht erreicht sei. Es seien ihr während der unfallbedingten Heilungsphase weiterhin Unfalltaggelder auszubezahlen.

© Kanton St.Gallen 2024

Eventualiter sei eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung durchzuführen und die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit neu festzusetzen. Es sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung zu gewähren; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1).

**C.b.** Die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 27. November 2018 die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheids (act. G7).

**C.c.** Am 5. Dezember 2018 entsprach die Verfahrensleitung dem Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung (act. G8).

**C.d.** Mit Replik vom 10. Mai 2019 liess die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten (act. G16).

**C.e.** Die Beschwerdegegnerin liess die Frist zur Einreichung einer Duplik unbenützt ablaufen (act. G18).

**Erwägungen**

**1.**

Am 1. Januar 2017 sind die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Gemäss Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor deren Inkrafttreten ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Vorliegend finden daher, nachdem Ereignisse aus den Jahren 2008 und 2009 zur Diskussion stehen, die bis 31. Dezember 2016 gültigen Bestimmungen Anwendung.

**2.**

**2.1.** Dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. September 2018 (Suva-act. I/107) liegt die Verfügung vom 7. September 2017 zugrunde. In dieser befasste sich die Beschwerdegegnerin primär mit dem Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung. Sie verwies jedoch einleitend auf ihr Schreiben vom 21.

August 2017, mit welchem sie die bisher erbrachten Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. August 2017 eingestellt hatte (Suva-act. I/91, II/363). In ihrer Einsprache vom 4. Oktober 2017 liess die Beschwerdeführerin primär beantragen, es sei festzustellen, dass der medizinische Endzustand der rechten Schulter noch nicht erreicht sei und ihr weiterhin Unfalltaggelder auszubezahlen seien (Suva-act. I/101). Die Beschwerdegegnerin äusserte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. September 2018 sodann ausführlich zum Zeitpunkt des Fallabschlusses (Suva-act. I/107). Die vorliegenden Anträge der Beschwerdeführerin auf Feststellung, dass der medizinische Endzustand bezüglich der Schulter rechts noch nicht erreicht sei und auf weitere Ausrichtung von Unfalltaggeldern (act. G1), sind damit vom Anfechtungsgegenstand erfasst. Bezüglich der Beschwerden am Knie links war der medizinische Endzustand unbestritten und aktenmässig ausgewiesen spätestens im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 31. August 2017 erreicht (vgl. Suva-act. II/350). In Bezug auf die Integritätsentschädigung blieb die Verfügung vom 7. September 2017 (Suva-act. I/91) unangefochten und erwuchs in Teilrechtskraft.

**2.2.** Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), so hat sie Anspruch auf ein Taggeld (Art. 16 Abs. 1 UVG). Sie hat zudem Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind, entsteht der Rentenanspruch. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Fallabschluss; Art. 19 Abs. 1 UVG). Eine noch zu erwartende Verbesserung des Gesundheitszustandes reicht nicht aus, um auf den Fallabschluss zu verzichten. Taggeld und Heilbehandlung sind nur so lange zu gewähren, wie die prognostizierte Verbesserung noch namhaft ist, unbedeutende Verbesserungen genügen nicht. Die namhafte Verbesserung bezieht sich hierbei in erster Linie auf die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Die Möglichkeit einer namhaften Besserung ist prognostisch und nicht auf Grund retrospektiver Feststellungen zu beurteilen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 144 f., vgl. Philipp Geertsen, in: Kommentar zum schweizerischen Unfallversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Bern 2018, N 3 ff. zu Art. 19 UVG).

© Kanton St.Gallen 2024

**2.3.** 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, in: UVG Kommentar, a.a.O., N 48 ff. zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Irene Hofer, Basel 2019, N 66 zu Art. 6 UVG, Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., 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 (UVG Kommentar-Nabold, a.a.O., N 53, 59 zu Art. 6 UVG; BSK UVG-Hofer, a.a.O., N 66 zu Art. 6 UVG; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 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.

**2.4.** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die beklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

© Kanton St.Gallen 2024

Insofern kann rechtsprechungsgemäss auch Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen Ärzten und Ärztinnen einholen, Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). Art. 8 der Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf eine versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen - insbesondere ohne Anordnung eines Gerichtsgutachtens - abschliessen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.).

**3.**

**3.1.** Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Leistungseinstellung in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. R.___ vom 9. Mai 2017. Dieser befand, es liege eine mittelgradige Funktionsbeeinträchtigung mit Einschränkung der Bewegungsausmasse ab der Horizontalen und eine Kraftminderung des rechten Armes bei messtechnisch objektivierbarer Muskeldominanz der rechten Oberarm-, Unterarm- und Handbinnenmuskulatur vor. Das behauptete Schonverhalten könne ausgeschlossen werden. Trotz verschiedener operativer Rekonstruktionsversuche sei es letztendlich zur Entwicklung einer schmerzhaften, inoperablen Rotatorenmanschettenmassenruptur gekommen, die eine erneute Rekonstruktion oder eine plastische Deckung nicht erfolgreich erscheinen lasse. Auch eine weiterführende Versorgung des rechten Schultergelenks mit einer inversen Schulterprothese sei von den Schulterspezialisten zumindest derzeit als nicht zielführend angesehen worden. Es sei nach nunmehr achtjähriger Behandlung des rechten Schultergelenks mit verschiedenen operativen Eingriffen und Rekonstruktionsversuchen und jahrelanger konservativer Therapie einschliesslich erfolgloser Vorstellung der Beschwerdeführerin in der Schmerztherapie nicht mehr davon auszugehen, dass es durch eine konservative oder auch eine weiterführende operative Versorgung zu einer namhaften Verbesserung der anerkannten Schädigung des rechten Schultergelenks kommen werde. Er empfehle den Abschluss des Schadenfalls (Suva-act. II/350).

**3.2.** Am 21. August 2015 hatte sich die Beschwerdeführerin einem operativen Eingriff an der Schulter rechts unterzogen (Suva-act. II/305 f.). Prof. I.___ und Dr. O.___ befanden am 3. März 2016, bei einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion sei zirka

neun bis zwölf Monate postoperativ mit einem Endzustand zu rechnen. Demnach wäre in drei bis sechs Monaten ein solcher erreicht. Bezüglich des Zumutbarkeitsprofils der rechten Schulter deckten sich die am 4. Februar 2014 geäusserten Einschränkungen mit der aktuellen Situation. Es sei zwar noch kein definitiver Endzustand erreicht, sie gingen aber davon aus, dass die aktuelle Situation in etwa den Endpunkt darstellen werde und sich somit das Zumutbarkeitsprofil nicht mehr ändern werde (Suva-act. II/325). Dr. med. S.___, Oberarzt Orthopädie, Klinik H.___, führte am 10. März 2016 auf Nachfrage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin aus, das Endresultat sei sicherlich noch nicht erreicht. Erwartungsgemäss liege ein eher zögerlicher Verlauf mit jedoch nun indolentem AC-Gelenk und deutlicher Verbesserung der Beweglichkeit vor. Der Heilungsprozess sei noch nicht abgeschlossen. In der Regel gingen sie von einer Verbesserung bis zu einem Jahr postoperativ aus (Suva-act. II/335). Die zuständigen Ärzte der Klinik H.___ prognostizierten damit übereinstimmend, dass spätestens ein Jahr nach dem Eingriff vom 21. August 2015, mithin also Ende August 2016, der Endzustand erreicht sein sollte. Indem die Beschwerdegegnerin erst ein Jahr später, Ende August 2017, die Leistungen einstellte, trug sie einer allfällig überdurchschnittlich langen Heilungsdauer der Beschwerdeführerin grundsätzlich genügend Rechnung.

**3.3.** Dr. P.___, USZ, hatte am 5. April 2017 ein Kostengutsprachegesuch für eine stationäre multimodale rheumatologische Komplexbehandlung gestellt. Er hatte ausgeführt, die ambulanten Ressourcen seien ausgeschöpft. Die bisherige Schmerzbehandlung und -kontrolle habe sich trotz regelmässiger physiotherapeutischer Behandlung in den letzten Jahren schwierig und mit wenig positiver Dynamik gestaltet. Es bestehe ein Chronifizierungsprozess der Schmerzen. Die interdisziplinäre Betreuung erscheine ihm zentral. Die Komplexbehandlung sei indiziert bei ambulantem Therapieversagen und zur Durchbrechung der aktuellen Lebensgewohnheiten. Die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit seien gegeben (Suva-act. II/344, vgl. Suva-act. II/345). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht festhält (act. G7), hatte sich Dr. P.___ jedoch nicht dazu geäussert, inwiefern eine namhafte Verbesserung des Zustandes, insbesondere der Arbeitsfähigkeit, zu erwarten sei. Eine solche ist insbesondere angesichts der erwähnten Chronifizierung der Schmerzsituation fraglich. Dr. R.___ erachtete den Vorschlag dieser stationären Behandlung nach der langjährigen erfolglosen Behandlung als nicht zielführend (Suva-act. II/350), worauf die Suva mit Schreiben vom 15. Mai 2017 das Kostengutsprachegesuch vom 5. April 2017 abwies (Suva-act. II/353). Nachdem der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin dagegen interveniert hatte, fragte die Beschwerdegegnerin erneut bei Dr. R.___ nach (vgl. Suva-act. II/358 f.). Dieser führte am 19. Juli 2017 aus, umfangreiche Studien und jahrzehntelange persönliche

Erfahrungen stützten die nach acht Jahren erfolgte Entscheidung zum Abschluss des Schadenfalls. Es müsse betont werden, dass es sicherlich kurzfristig zu einer vorübergehenden Verbesserung der Schmerzsituation durch eine zusätzliche stationäre Behandlung kommen könne. Es sei aber nicht davon auszugehen, dass eine namhafte bzw. dauerhafte Verbesserung der Gesamtsituation zu erzielen sei. Für die Erhaltung der Restarbeitsfähigkeit reiche eine ambulante Behandlung als weiterführende schmerzlindernde und rehabilitative Massnahme aus. Sinngemäss hielt er weiter fest, die stationäre Behandlung wäre wohl schon früher vorgeschlagen worden, wenn sie tatsächlich durchschlagenden Erfolg versprechen würde (Suva-act. II/359). Am 24. September 2017 befand Dr. P.___, bezüglich der rechten Schulter sei der medizinische Endzustand noch nicht erreicht. Er habe der Beschwerdeführerin die stationäre Rehabilitation empfohlen, da bisher keine solche stattgefunden habe und zumindest eine gewisse Chance bestehen würde, den Zustand günstig zu beeinflussen (Suva-act. I/100). Daraus lässt sich jedoch ebenfalls nicht schliessen, dass von der vorgeschlagenen stationären Komplexbehandlung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin, insbesondere mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zu erwarten wäre. Eine lediglich mögliche (vorübergehende bzw. geringfügige) Verbesserung des Gesundheitszustandes durch die stationäre Behandlung steht dem Fallabschluss nicht entgegen.

**3.4.** Die Beschwerdeführerin lässt weiter vorbringen, der Endzustand habe per 1. September 2017 nicht erreicht sein können, da ihr im November 2017 eine Schulterprothese eingesetzt worden sei. Die behandelnden Ärzte hätten diese Operation nicht vorgenommen, wenn keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes hätte erwartet werden können. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin den operativen Eingriff, welcher nur sechs Monate nach dem angeblichen Erreichen des medizinischen Endzustandes erfolgt sei, als Rückfall anerkannt habe (act. G1).

**3.4.1.** Wie Dr. R.___ festgestellt hatte, wünschte die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. Mai 2017 keine Implantation einer Schulterprothese (Suva-act. II/350). Zudem hatten die behandelnden Ärzte zuletzt von einem solchen Eingriff abgeraten. Am 25. Mai 2016 hatten Prof. I.___ sowie die zuständige Assistenzärztin ausgeführt, die nächste chirurgische Lösung wäre die Implantation einer inversen Schulterprothese. In dieser hochkomplexen Schmerzsituation sei das Resultat jedoch zu unsicher, um diesen irreversiblen Eingriff zu rechtfertigen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sähen sie beim chronischen Verlauf

und bei Status nach mehrfacher Voroperation keine Aussicht auf die Wiederherstellung einer Belastbarkeit (Suva-act. II/328; bezüglich früheren Empfehlungen für bzw. gegen eine Prothese vgl. Suva-act. II/189, II/191). Dr. R.___ beurteilte zudem nachvollziehbar, eine operative Versorgung mit einer Endoprothese zur palliativen Schmerzbehandlung führe bei normalem Verlauf zu keiner Änderung des Zumutbarkeitsprofils (Suva-act. II/350). Im Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung im Mai 2017 bzw. der Leistungseinstellung per 31. August 2017 war folglich nicht damit zu rechnen, dass eine Schulterprothese zu einer namhaften Verbesserung des Gesundheitszustandes führen würde.

**3.4.2.** Am 19. September 2017, mithin nach der Leistungseinstellung, liess Prof. I.___ eine MR-Untersuchung durchführen. Tags darauf berichteten er und die behandelnde Assistenzärztin der Klinik H.___ über eine erneute Re-Ruptur der Rotatorenmanschette, welche für einen Teil der Beschwerden verantwortlich gemacht werden könne. Es liege eine veränderte Schmerzverarbeitung vor. Die Situation sei für die Beschwerdeführerin so schlimm, dass sie eine aktive Vorgehensweise wünsche. Unter diesen Umständen könne eine Implantation einer inversen Schulterprothese durchgeführt werden. Jedoch könne er nicht garantieren, dass danach sämtliche Schmerzen verschwänden. Bei der nachgewiesenen Läsion sei das Vorgehen durchaus erfolgsversprechend (Suva-act. II/373). Vor dem Hintergrund der neu aufgetretenen Re-Ruptur sowie der verschlimmerten Schmerzsituation und der dadurch veränderten Indikation für die Implantierung einer Schulterprothese ist nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin den Schaden im weiteren Verlauf (trotz fehlender Kostengutsprache für die Prothesenoperation; vgl. Suva-act. II/382 f., II/386) als Rückfall anerkannte und wieder vorübergehende Leistungen erbrachte (Suva-act. I/107-17, II/423, vgl. Suva-act. II/422). Die Ausführungen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, wonach davon auszugehen sei, dass die behandlungsbedürftige Ruptur bereits vor dem 31. August 2017 vorgelegen habe (act. G16), sind spekulativ und medizinisch nicht ausgewiesen. Selbst wenn es sich dabei jedoch um dieselbe Ruptur gehandelt haben sollte, ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden. Wie gesagt, bestand im Zeitpunkt der Leistungseinstellung keine Aussicht auf eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes, auch nicht durch eine Prothesenimplantation (vgl. voranstehende E. 3.4.1). Bis zur Untersuchung in der Klinik H.___ vom 19. September 2017 hat sich die Schmerzsituation derart verschlimmert, dass die Beschwerdeführerin ein aktives Vorgehen wünschte und die behandelnden Ärzte eine Prothesenversorgung als valable Option erachteten (vgl. Suva-act. II/373). Die nach der Leistungseinstellung erfolgte Operation ist damit nicht

geeignet, den Fallabschluss per 31. August 2017 in Frage zu stellen. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass die Schulterprothese schlussendlich zu keiner wesentlichen Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin geführt hat (Suva-act. II/430). Die im Zusammenhang mit dem Rückfall erbrachten Leistungen sind sodann nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

**3.5.** Die Beschwerdeführerin leidet zudem unter weiteren somatischen Beschwerden, welche jedoch unfallfremd sind. So musste sie sich unter anderem am 22. Juli 2014 im USZ aufgrund eines nicht-rupturierten Aneurysmas der Mediabifurkation rechts einer pterionalen Kraniotomie rechts unterziehen. Während der Hospitalisation war es zu einem fokalen, sekundär generalisierten epileptischen Anfall gekommen (Suva-act. II/245-5 ff., vgl. Suva-act. II/249-5 f.). Kreisarzt Dr. L.___ befand am 27. November 2014 überzeugend, das behandelte Aneurysma der rechten Bifurkation und die Epilepsie seien überwiegend wahrscheinlich nicht auf die Unfälle zurückzuführen (Suva-act. II/254). Auch der Status nach CVI mit rechtsseitiger Fascialisparese im Jahr 2002, die Migräne-Attacken, die Hyperthyreose, die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) Stadium II links, die Reflux-Erkrankung, die Osteoporose und die Psoriasis vulgaris sind offensichtlich nicht unfallkausal. Soweit die Beschwerdeführerin dies in ihrer Beschwerde in Frage stellt (vgl. act. G1, G16), ist dies nicht nachvollziehbar. Diesbezügliche weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich.

**3.6.** Die Beschwerdeführerin macht geltend, es müsse in einem polydisziplinären Gutachten abgeklärt werden, ob die persistierenden Schmerzen im Bereich ihrer rechten Schulter auf eine organische Erkrankung oder auf eine somatoforme Schmerzstörung zurückzuführen sei (act. G1). Inwiefern ihre Schmerzen somatisch und/oder psychisch verursacht sind, kann jedoch vorliegend offenbleiben. Dies, zumal Dr. R.___ die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der Schmerzen in einer adaptierten Tätigkeit als zu 100% arbeitsfähig erachtete (vgl. Suva-act. II/350) und allfällige psychische Beschwerden - wie sich nachfolgend ergibt (Erwägung 4) - als nicht unfallkausal zu betrachten sind. Ist der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen, erübrigt sich grundsätzlich die Prüfung des natürlichen Kausalzusammenhangs (vgl. BGE 135 V 465 E. 5.1). Die Tatsache, dass Dr. R.___ bei seiner Beurteilung die nicht unfallkausalen psychischen Beschwerden nicht berücksichtigte, ist entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (act. G1) nicht dazu geeignet, seine Einschätzung in Zweifel zu ziehen.

**3.7.** Die bezüglich der somatischen Beschwerden gestützt auf die überzeugende Beurteilung von Dr. R.___ erfolgte Leistungseinstellung per 31. August 2017 ist damit nicht zu beanstanden. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Per 31.

August 2017 waren die Eingliederungsmassnahmen der IV-Stelle zudem abgeschlossen (vgl. Suva-act. I/66).

**4.**

Weiter ist die Adäquanz der psychischen Beschwerden zu prüfen. Die Beschwerdeführerin befand sich mindestens vorübergehend in psychotherapeutischer Behandlung (Suva-act. II/172) und aus den Akten ergeben sich weitere Hinweise auf eine psychiatrische Problematik. So wurde von den behandelnden Ärzten mehrfach über eine (mögliche) posttraumatische Belastungsstörung (Suva-act. I/121, II/162), eine leichte depressive Episode (Suva-act. II/134), eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (Suva-act. II/166) bzw. einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (Suva-act. II/205, II/256 f.) berichtet.

**4.1.** 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 hat im Hinblick auf die Gebote der Rechtssicherheit und der rechtsgleichen Behandlung der Versicherten eine objektivierte Betrachtungsweise Platz zu greifen (BGE 115 V 135 E. 4b). 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 dazwischen liegenden 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. Dabei gelten als schwer nur solche Unfälle, bei denen sämtliche Umstände, insbesondere die Dramatik des Unfallereignisses und die Dauer desselben wie auch die somatischen Unfallfolgen eine für die versicherte Person aussergewöhnliche Eindrücklichkeit aufweisen.

© Kanton St.Gallen 2024

**4.2.** 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 erhebliche verschlimmert; ein schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie der Grad und die Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit (BGE 115 V 133 E. 6). 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). Mit Urteil vom 29. Januar 2010 (8C_897/2009, E. 4.5) hat das Bundesgericht die Rechtsprechung zur Anzahl der zu erfüllenden Adäquanzkriterien bei mittelschweren Unfällen insofern präzisiert, als bei mittelschweren Unfällen im engeren Sinn drei Adäquanzkriterien genügen, auch wenn sie nicht in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vorliegen. Bei Unfällen im mittleren Bereich an der Grenze zu den leichten Unfällen sind hingegen vier Adäquanzkriterien zu erfüllen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 7. Dezember 2009, 8C_487/2009 E. 5 mit Hinweis).

**4.3.** Bezüglich des Unfalls vom 1. Dezember 2008 ist lediglich bekannt, dass die Beschwerdeführerin auf das linke Knie stürzte (Suva-act. I/1). Es ist demnach von einem banalen oder höchstens von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen auszugehen. Am 26. März 2009 befand sich die Beschwerdeführerin gemäss Polizeirapport auf ihrem Mofa in einem Verkehrskreisel. Ein Lieferwagenfahrer, welcher zuvor bei der Einmündung angehalten hatte, übersah die Beschwerdeführerin und fuhr mit Schritttempo in den Verkehrskreisel. Die Beschwerdeführerin sah den einfahrenden Lieferwagen, prallte aber trotz Ausweichen und Bremsen mit der Lenkstange des Mofas mittig gegen die linke Fahrzeugseite des Lieferwagens. Durch

© Kanton St.Gallen 2024

den Aufprall stürzte die Beschwerdeführerin mit dem Mofa auf die rechte Seite (Suva-act. II/6). Angesichts der geringen Geschwindigkeit der beiden Fahrzeuge und der vergleichsweise geringen auf den Körper der Beschwerdeführerin einwirkenden Kräfte ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. act. G7, davon abweichend noch Suva-act. I/107) von einem mittelschweren Unfall an der Grenze zu den leichten Unfällen auszugehen.

**4.4.** Bei mittelschweren Ereignissen im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs mindestens vier 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 133 E. 6c/aa).

**4.4.1.** 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). Es bestehen keine Hinweise auf besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit der beiden Unfälle.

**4.4.2.** Beim Unfall vom 1. Dezember 2008 erlitt die Versicherte primär eine intramurale Läsion im medialen Meniskushinterhorn und einen kleinen radiären Einriss im Meniskuscorpus (Suva-act. I/2). Anlässlich des Unfalls vom 26. März 2009 zog sich die Beschwerdeführerin eine Prellung an der Schulter und am Arm rechts zu (Suva-act. II/3, II/11). Am 29. Juni 2010 wurde als Folge des Unfalls eine Ruptur der Supraspinatussehne rechts festgestellt (Suva-act. II/16). 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.

**4.4.3.** Zur Beantwortung der Frage der Dauer der ärztlichen Behandlung ist nicht allein der zeitliche Massstab massgeblich. 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, U11/07, E. 5.3.1 mit Hinweisen). Zwischen den Unfällen vom 1. Dezember 2008 bzw. 26. März 2009 und der Leistungseinstellung per 31. August 2017 vergingen mehr als acht Jahre. Die Beschwerdeführerin unterzog sich am 22. September 2010, am 15. Juli 2011, am 27. September 2012 und am 21. August 2015 operativen Eingriffen (Suva-act. I/30, II/84 f., II/155, II/305 f.). Dabei betraf der erste Eingriff sowohl das Knie links als auch die Schulter rechts, alle anderen nur die Schulter rechts. Dazwischen wurde die Beschwerdeführerin ambulant medikamentös sowie physiotherapeutisch behandelt und begab sich regelmässig in ärztliche Kontrolle (vgl. Suva-act. I/13, II/9). Zudem befand sie sich vom 10. Juli bis 7. August 2012 stationär in der Klinik K.___ (Suva-act. II/134). Sämtliche Behandlungen erwiesen sich als wenig erfolgreich (vgl. Suva-act. II/344, II/350). Das Kriterium der langen ärztlichen Behandlung ist damit zwar als erfüllt zu erachten, aufgrund ihrer zwischen den operativen Eingriffen geringen Intensität sowie der dadurch nur beschränkt erzielten Besserung des Gesundheitszustandes jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Seit der erstmaligen, später widerrufenen Leistungseinstellung per 1. April 2014 (vgl. Suva-act. I/77) ist es zu keiner nennenswerten Verbesserung der Beschwerden an der Schulter rechts mehr gekommen.

**4.4.4.** Die Beschwerdeführerin äusserte in nahezu sämtlichen aktenkundigen Arztberichten Schmerzen (vgl. u.a. Suva-act. II/134, II/166, II/189, II/289). Das Kriterium der Dauerschmerzen ist zwar als erfüllt zu betrachten, wegen der psychosomatischen Komponente (die geäusserten Schmerzen waren für die Ärzte nur teilweise somatisch nachvollziehbar; Suva-act. II/189, II/205, II/289, II/430) jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise.

**4.4.5.** Hinweise auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ergeben sich weder aus den Akten noch werden solche von den Parteien geltend gemacht.

**4.4.6.** 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). Solche besonderen Gründe sind vorliegend nicht zu erkennen.

**4.4.7.** Die behandelnden Ärzte attestierten der Beschwerdeführerin ab dem 26. März 2009 bis zum 7. November 2011 phasenweise Arbeitsunfähigkeiten von 50 bzw. 100% (vgl. Suva-act. I/33, I/37, I/42, I/59, I/83 f., II/3, II/11, II/26, II/33, II/40). Ein

Arbeitsversuch im März 2011 war nach einem Tag gescheitert (Suva-act. II/32, II/35, II/44). Ab 7. November 2011 war die Beschwerdeführerin stundenweise in einem angepassten Arbeitsbereich wieder für ihre damalige Arbeitgeberin tätig und Prof. I.___ attestierte ihr eine Arbeitsfähigkeit von 30% (Suva-act. II/88 f., II/96 ff.). Ab Mitte November 2011 wurde die Präsenzzeit jedoch reduziert und der Eingliederungsversuch am 16. Januar 2012 als gescheitert betrachtet (Suva-act. II/106). Die behandelnden Ärzte erachteten die angestammte Tätigkeit darauf als nicht mehr zumutbar und die Arbeitgeberin kündigte das Arbeitsverhältnis per 30. Juni 2012 (Suva-act. II/109, II/115). Die zuständigen Ärzte der Klinik K.___ befanden am 11. September 2012, für eine adaptierte Tätigkeit sei die Zumutbarkeit grundsätzlich gegeben (Suva-act. II/146). Nach dem operativen Eingriff vom 27. September 2012 wurde der Beschwerdeführerin erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert (Suva-act. II/155, II/161). Die behandelnden Ärzte der Klinik H.___ hielten am 15. Januar 2013 fest, eine körperliche Arbeitsfähigkeit betreffend der rechten Schulter sei kaum zu erwarten. Sie attestierten der Beschwerdeführerin bis zum 28. Februar 2013 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, äusserten sich jedoch nicht zu Adaptionskriterien und einer allfälligen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (Suva-act. II/169 f.). Die abklärenden Fachpersonen der ergonomicsystems AG äusserten in ihrer Beurteilung vom 7. September 2013 den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Aufgrund der beobachteten Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin konnten sie keine aussagekräftige Beurteilung der funktionellen Ressourcen vornehmen (Suva-act. II/205). Kreisarzt Dr. L.___ hielt am 4. Februar 2014 die angestammte Tätigkeit für nicht mehr, eine adaptierte Tätigkeit hingegen für ganztags zumutbar (Suva-act. II/211, vgl. Suva-act. II/222). Dr. D.___ führte am 8. September 2014 zwar aus, er halte die Beschwerdeführerin seit 17. Januar 2012 für anhaltend arbeitsunfähig. Er bezog bei seiner Einschätzung jedoch auch unfallfremde Beschwerden mit ein (Suva-act. II/243-3 f.). Infolge der Operation vom 21. August 2015 (Suva-act. II/305 f.) war die Beschwerdeführerin erneut arbeitsunfähig (vgl. Suva-act. II/316). Nach der Untersuchung vom 9. Mai 2017 ging Dr. R.___ sodann von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit aus. Das Kriterium der langdauernden Arbeitsunfähigkeit ist damit zu bejahen, jedoch nicht in besonders ausgeprägter Weise. Dies, da - abgesehen von den Zeiten der Rekonvaleszenz nach den jeweiligen operativen Eingriffen - davon auszugehen ist, dass bereits seit mehreren Jahren (aktenkundig erstmals am 11. September 2012; Suva-act. II/146) in einer adaptierten Tätigkeit mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit bestand.

© Kanton St.Gallen 2024

**4.4.8.** Da somit drei der zu berücksichtigenden Kriterien erfüllt sind, keines jedoch in besonders ausgeprägter Weise, ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den Unfällen vom 1. Dezember 2008 bzw. 26. März 2009 und den psychischen Beschwerden zu verneinen.

**5.**

Zusammengefasst ist die Leistungseinstellung per 31. August 2017 damit nicht zu beanstanden und der Antrag der Beschwerdeführerin auf weitere vorübergehende Leistungen der Beschwerdegegnerin abzuweisen.

**6.**

Basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit hat die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 24% ermittelt (vgl. Suva-act. I/91). Diese Berechnung ist nachvollziehbar und aufgrund der Akten ausgewiesen (vgl. Suva-act. I/89 f., II/362). Die Beschwerdeführerin beanstandet den Invaliditätsgrad nur insofern, als sie vorbringt, Dr. R.___ habe bei seiner Zumutbarkeitsbeurteilung vom 9. Mai 2017 (vgl. Suva-act. II/350) nicht sämtliche unfallkausalen Beschwerden berücksichtigt und die Beurteilung sei vor dem Erreichen des medizinischen Endzustandes erfolgt (act. G16). Wie sich aus den vorstehenden Erwägungen ergibt, trifft dies jedoch nicht zu. Der Endzustand war erreicht und Dr. R.___ berücksichtigte in seiner überzeugenden Beurteilung sämtliche unfallkausalen Beschwerden des Knies links und der Schulter rechts (Suva-act. II/350). Der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad und der Rentenbeginn sind damit nicht zu beanstanden.

**7.**

**7.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

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

**7.3.** Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung 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. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (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.--. In der vorliegend zu

beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

**7.4.** 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 der Beschwerdeführerin mit Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

© Kanton St.Gallen 2024