

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2020 68

Entscheid vom 14. Januar 2021

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Invalidenrente, Revision Art. 17 Abs. 1 ATSG;
Integritätsentschädigung)

Sachverhalt:

A. A. _____ (Jg. 1959, Gipser) war seit dem 1. Dezember 2015 arbeitslos und dadurch bei der Suva obligatorisch unfallversichert, als er am 28. März 2017 zu Hause von der Leiter stürzte und sich die linke Schulter prellte (Suva-act. 1). Gemäss Hausarzt Dr.med. E. _____ (Facharzt Innere Medizin und Allgemeinmedizin FMH) suchte ihn A. _____ am 4. Mai 2017 erstmals auf. Im Arztzeugnis UVG bezeichnete er als Diagnose eine Schulterkontusion links vom 28.03.2017 mit / bei v.a. myofaszialem Beschwerdebild (Suva-act. 6). Mit Schreiben vom 19. Mai 2017 anerkannte die Suva ihre Leistungspflicht für diesen Nichtberufsunfall und erbrachte die Versicherungsleistungen (Suva-act. 2). Am 11. Juli 2017 erteilte die Suva Kostengutsprache für eine Arthroskopie der linken Schulter, die am 22. Juni 2017 durch Dr.med. F. _____ (Facharzt Orthopädie / Unfallchirurgie) durchgeführt wurde bei Operationsdiagnose Supra- / Infraspina-tussehnenruptur Schulter links (Suva-act. 9, 12 - 14). Am 26. September 2017 erfolgte zur Standortbestimmung durch Kreisarzt C. _____ (Facharzt Chirurgie) eine kreisärztliche Untersuchung (Suva-act. 31). Ab dem 18. Dezember 2017 bestand wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 51, 52), ab dem 26. Januar 2018 nur noch 20% (vgl. Suva-act. 69). Ein Arbeitseinstieg am 31. Januar 2018 musste abgebrochen werden, worauf erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand (Suva-act. 73). Am 19. Februar 2018 erfolgte eine weitere kreisärztliche Untersuchung durch Kreisarzt C. _____, der eine stationäre Rehabilitation empfahl, sollte sich A. _____ nicht für eine vom behandelnden Arzt empfohlene Behandlung entscheiden (Suva-act. 79). Nach Untersuchung vom 16. März 2018 empfahl Dr.med. F. _____ bei frustanem Verlauf eine arthroskopische Kap-sulotomie respektive Arthrolyse, auf welche A. _____ zugunsten der stationären Rehabilitation verzichten wollte (Suva-act. 85 - 87, 89). Am 10. April 2018 erfolgte eine Glenohumeralgelenkinfiltration links (Suva-act. 103, 104) und am 26. April 2018 der Eintritt in die D. _____ (Klinik) mit Hospitalisation bis 24. Mai 2018 (Suva-act. 109, 112). Nach der Verlaufskontrolle vom 14. Juni 2018 wiederholte Dr.med. F. _____ seine Empfehlung für eine Revisionsarthroskopie, nachdem A. _____ vom Rehaaufenthalt bezüglich Schulter nicht habe profitieren können (Suva-act. 118). Am 26. Juni 2018 erfolgte durch Kreisarzt C. _____ die kreisärztliche Abschlussuntersuchung (Suva-act. 127/128). Da A. _____ eine Revisionsarthroskopie ablehnte (Suva-act. 129), ging die Suva von einem stabilen Zustand aus und stellte die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31. August 2018 ein (Suva-act. 133). Am 6. August 2018 verfügte die Suva, A. _____ habe für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 28. März 2017 Anspruch auf eine Invalidenrente von 27% sowie eine Integritätsentschädigung bei einem Integritätsschaden von 12.5% (Suva-act. 138).

Hiergegen liess A._____ am 10. September 2018 (mit Ergänzung vom 15. Oktober 2018) Einsprache erheben (Suva-act. 147, 153), welche mit Entscheid vom 23. Oktober 2018 abgewiesen wurde (Suva-act. 155).

B. Nach ärztlichem Untersuch wegen Schmerzen im Bereich des Nackens und im linken Arm, verbunden mit Missempfindungen und Kraftminderung meldete A._____ der Suva im Herbst 2018 HWS-Beschwerden, die er auf das Unfallereignis vom 28. März 2017 zurückführte (Suva-act. 157 - 160). Die Suva verneinte einen Leistungsanspruch mangels Unfallkausalität der geklagten Beschwerden am 14. Dezember 2018. Da sich A._____ damit nicht einverstanden erklärte, holte die Suva eine ärztliche Beurteilung von Kreisarzt C._____ ein (Suva-act. 169) und verfügte am 31. Januar 2019 die Leistungsablehnung (Suva-act. 170). Am 6. Februar 2019 erhob die Krankenversicherung Einsprache (Suva-act. 175) und am 15. Februar 2019 auch A._____ (Suva-act. 177). Die Krankenversicherung zog ihre Einsprache am 28. Februar 2019 nach Prüfung der Akten zurück (Suva-act. 182). Mit Schreiben vom 25. Oktober 2019 hielt A._____ an der Einsprache nicht weiter fest, womit die Verfügung vom 31. Januar 2019 in Rechtskraft erwuchs (Suva-act. 226).

C. Im Februar 2019 nahm A._____ die Behandlung der Schulter links wieder auf (vgl. Suva-act. 192). Die geltend gemachten Beschwerden beurteilte Dr.med. H._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie) am 13. Mai 2019 als überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 28. März 2017 zurück zu führend (Suva-act. 201). Mit Schreiben vom 21. Mai 2019 liess A._____ einen Rückfall melden und beanspruchte Versicherungsleistungen in Form von Heilkosten- und Taggeldleistungen sowie eine Revision der Invalidenrente und Integritätsentschädigung. Dies aufgrund einer Re-Ruptur der Supraspinatussehne, Angst- und depressiver Störung gemischt, Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen, Tinnitus sowie einer Sehstörung (Suva-act. 202 - 207). Die Suva anerkannte bezüglich Schulterschmerzen links einen Rückfall per 18. Februar 2019 (Suva-act. 212) und erteilte nach Rücksprache mit dem Kreisarzt Kostengutsprache für konservative therapeutische Massnahmen für drei Monate und anschliessender neuerlicher Prüfung (Suva-act. 209, 215). Mit ärztlicher Beurteilung vom 12. November 2019 gelangte Dr.med. I._____ (Facharzt orthopädische Chirurgie und Traumatologie) zum Schluss, es lägen hinsichtlich Schulterproblematik links stabile Verhältnisse vor und diese entsprächen denjenigen vom Sommer 2018, am Zumutbarkeitsprofil ändere sich nichts; ebenso erscheine die Schätzung des Integritätsschadens gemäss Beurteilung Kreisarzt C._____ vom 26./27. Juni 2018 korrekt (Suva-act. 232). Gestützt hierauf verfügte die Suva am 4. Dezember 2019 die Einstellung der Heilkostenleistungen per 31. Dezember

2019. Ab 1. Januar 2020 werde die seinerzeit zugesprochene Rente von 27% ausbezahlt (Suva-act. 236). Hiergegen erhob die Krankenversicherung am 6. Dezember 2019 Einsprache (Suva-act. 246), welche sie am 20. Dezember 2019 zurückzog (Suva-act. 250). Am 9. Januar 2020 erhob A. _____ Einsprache (Suva-act. 258), welche die Suva mit Entscheid vom 29. Juni 2020 abwies (Suva-act. 268).

D. Am 27. August 2020 lässt A. _____ gegen den Einspracheentscheid vom 29. Juni 2020 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht (unter Beachtung des Fristenstillstandes, Art. 38 Abs. 4 lit. b des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000) Beschwerde einreichen mit den Anträgen:

1. Der Einspracheentscheid der Suva vom 29. Juni 2020 sei vollumfänglich aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei mit Wirkung ab 1. Januar 2020 eine Invalidenrente gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 74% auszurichten.
3. Dem Beschwerdeführer sei eine Integritätsentschädigung gestützt auf einen Integritätsschaden von mindestens 25% auszurichten.
4. Unter Entschädigungsfolge.

E. Mit Vernehmlassung vom 23. November 2020 beantragt die Suva, die Beschwerde sei - sofern darauf überhaupt einzutreten sei - abzuweisen und der Einsprache-Entscheid vom 29. Juni 2020 sei zu bestätigen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Für die Restfolgen des Unfalles vom 28. März 2017 sprach die Suva dem Beschwerdeführer mit Verfügung 6. August 2018 eine Invalidenrente von 27% sowie eine Integritätsentschädigung bei einem Integritätsschaden von 12.5% zu. Beides trat mit Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2018 in Rechtskraft (vgl. Ingress Bst. A). Im Mai 2019 meldete der Beschwerdeführer einen Rückfall an und er verlangte eine Revision, da sich sein Gesundheitszustand gesamthaft relevant verschlechtert habe. Für den Rückfall erbrachte die Suva Leistungen, schloss den Fall per Ende 2019 ab und verneinte die Voraussetzungen für eine revisionsweise Anpassung der Invalidenrente oder Integritätsentschädigung (vgl. Ingress Bst. C). Strittig und nachfolgend zu prüfen ist damit, ob die Suva eine Revision zu Recht ausschloss.

2.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für

die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Revision von Invalidenrenten gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens per se genügt, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen. Notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81 [9C_418/2010 Erw. 4.2]; Urteil BGer 8C_170/2020 vom 2.7.2020 Erw. 2.3). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend (allseitig) zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 Erw. 2.3 m.H.). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil BGer 9C_273/2014 vom 16.6.2014 Erw. 3.1.1 mit Hinweis).

2.2 Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss eines Rentenrevisionsverfahrens eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und - bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens - Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dieser Sachverhalt ist zu vergleichen mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Neubeurteilung, wobei die Invaliditätsbemessung ex nunc et pro futuro ohne Bindung an die früheren Beurteilungen erfolgt (BGE 141 V 9 Erw. 2.3; BGE 139 V 28 Erw. 3.3.1; BGE 130 V 343 Erw. 3.5.2). Zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet dabei der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. Juni 2020 (BGE 143 V 409 Erw. 2.1; BGE 134 V 392 Erw. 6).

2.3 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen

vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Kieser, ATSG-Kommentar, 3.Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzustecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 146 V 51 Erw. 5.1). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 218 Erw. 6; BGE 126 V 353 Erw. 5b; BGE 125 V 193 Erw. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 Erw. 3b; Urteil BGer 8C_663/2009 vom 27.4.2010 Erw. 2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweismwürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweismwürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 122 V 157 Erw. 1.d mit Hinweis auf BGE 104 V 209 Erw. a und BGE 119 V 335 Erw. 3c je mit Hinweisen).

2.4 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweismwürdigung (Art. 43 und 61 ATSG). Danach haben die beurteilenden 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.

2.5.1 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 Erw. 5.1). 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 125 V 351 Erw. 3a; BGE 122 V 157 f. Erw. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

2.5.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 311). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 Erw. 5.2; BGE 135 V 465 Erw. 4.4 mit Hinweisen).

2.5.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil des BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 Erw. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 Erw. 4.5; BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_609/2017 vom

27.3.2018 Erw. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 Erw. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des BGer I 701/05 vom 5.1.2007 Erw. 2 mit Hinweisen).

2.5.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (RKUV 1988 Nr. U 56 S. 371 Erw. 5b). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 Erw. 3b/ee; Urteile BGer 8C_523/2018 vom 5.11.2018 Erw. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 Erw. 3.2 mit Hinweisen).

3. Bezüglich Vergleichsbasis für die Beurteilung der Revision (letzte rechtskräftige Verfügung bzw. Einspracheentscheid vom 23.10.2018; vgl. oben Erw. 2.2) ergibt sich aus den Akten:

3.1 Nach dem Leitersturz vom 28. März 2017 meldete der Hausarzt Dr.med. E._____ der Suva nach der Erstbehandlung vom 4. Mai 2017 eine Schulterkontusion links bei v.a. myofaszialem Beschwerdebild (Suva-act. 6). Das Ereignis wurde von der Suva als Unfall anerkannt und entsprechend wurden Versicherungsleistungen erbracht.

3.2 Am 14. Juni 2017 bestätigte Dr.med. F._____ die ultraschallgesicherte Diagnose einer transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne, Schulter links (Suva-act. 12). Am 22. Juni 2017 wurde durch ihn arthroskopisch eine Rekonstruktion der Supra- und Infraspinatussehne (Ruptur der Letzteren erst intraoperativ erkannt), eine Bizepssehnenentodese und eine subakromiale Dekompression Schulter links vorgenommen (Suva-act. 13). In der Verlaufssprechstunde vom 2. August 2017 stellte Dr.med. F._____ eine zeitgerechte Situation fest (Suva-act. 20). Anlässlich der 3-Monatskontrolle vom 22. September 2017 stellte er fest, es gehe dem Beschwerdeführer soweit wirklich sehr gut, wobei sich eine Frozen shoulder etabliert habe (Suva-act. 30).

3.3 Im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 26. September 2017 berichtete der Beschwerdeführer, es gehe ihm gut, namentlich habe er keine Schmerzen mehr, auch nachts nicht. Deutlich eingeschränkt sei er wegen der fehlenden Kraft im Bereich des linken Armes; er könne kein Gewicht über zwei Kilo über die Horizontale heben. Kreisarzt C._____ stellte als objektivierbare Unfallfolge eine deutliche Bewegungseinschränkung im Bereich des linken Schultergelenks und eine deutliche Muskelminderung mit entsprechender Kraftminderung fest (wobei er hier wohl in Seitenverwechslung vom rechten Arm spricht; vgl. angegebene Umfangmasse; Suva-act. 31). Der Kreisarzt schätzte die Arbeitsunfähigkeit als Gipser aber auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als zu 100% ein. In rund drei Monaten solle eine Reevaluation erfolgen.

3.4 Bei weiterhin bestehender Einschränkung der Beweglichkeit wurde dem Beschwerdeführer durch den behandelnden Arzt ab dem 18. Dezember 2017 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Wie bereits in den Verlaufskontrollen zuvor lehnte der Beschwerdeführer die empfohlene intraartikuläre Infiltration ab (Suva-act. 52). Im Januar 2018 berichtete der Beschwerdeführer Dr.med. F._____, die Belastung sei zu hoch, er könne noch nicht in dieser Intensität arbeiten, worauf der Arzt die Arbeitsfähigkeit auf 20% reduzierte, gleichzeitig festhielt, es müsse ein Weg zu finden sein, um die Funktion der Schulter zu optimieren, wozu er eine Revisionsarthroskopie, eine Kapsulotomie vorschlug (Suva-act. 69, vgl. auch 70).

3.5 Der Kreisarzt bestätigte nach dem Untersuch vom 19. Februar 2018 seine Beurteilung vom 26. September 2017 und er hob hervor, auffällig bei der Untersuchung sei neben der physischen auch eine psychische Belastung im Sinn von Angst- und Stresszuständen, die sich am ehesten durch existenzielle Ängste erklären würden. Er bestätigte die vollständige Arbeitsunfähigkeit; der Verlaufsbericht des behandelnden Arztes sei abzuwarten und ebenso der Behandlungsentcheid des Beschwerdeführers (Infiltration oder Revisionsarthroskopie); eine stationäre Rehabilitation sei ins Auge zu fassen (Suva-act. 79).

3.6 Nachdem sich der Beschwerdeführer gegen eine Revisionsarthroskopie (Empfehlung des behandelnden Arztes, Suva-act. 89) entschied, erfolgte am 10. April 2018 eine Glenohumeralgelenkinfiltration links (Suva-act. 103) und am 26. April 2018 der Eintritt in die D._____(Klinik) zwecks Zumutbarkeitsbeurteilung mit Therapieziel (Suva-act. 112). Im Austrittsbericht vom 29. Mai 2018 hielt die D._____(Klinik) fest:

Diagnosen

- A. Unfall vom 28.03.2017. Sturz von Leiter
- A1 Supra-/Infraspinatussehnenruptur Schulter links

[...]

B. Adipositas Grad I

C. Angst und depressive Störung, gemischt (ICD10: F41.2), DD: Angststörung mit komorbider mittelgradiger depressiver Episode

Probleme bei Austritt

1. Belastungsabhängige Schmerzen in der linken Schulter
2. Reduzierter Bewegungsumfang linke Schulter

[...]

Arbeitsfähigkeit / Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht:

Die festgestellte psychische Störung begründet aktuell eine arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen). Die psychische Problematik dauert bereits seit 2005/2006 an. Zur Einschätzung des Grads der Arbeitsfähigkeit bedarf es einer akkuraten Aufarbeitung und einer regelmässigen Re-Evaluation. Im Moment ergeben sich Einschränkungen im Bereich der Stress-/Frustrationstoleranz, durch die herabgesetzte Schwelle der Frustrationstoleranz kommt es schnell zu Angstsymptomen und in der Folge Blockaden.

Die untenstehende Beurteilung der Zumutbarkeit erfolgt aus unfallkausaler Sicht.

Zumutbarkeit für die Berufliche Tätigkeit als Gipser (...):

Tätigkeit nicht zumutbar. Anforderungen zu hoch: schwere Arbeit, z.T. über Kopf

Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten:

Leichte bis mittelschwere Arbeit

Arbeitszeit: Ganztags

Spezielle Einschränkungen (Schulter links): keine Arbeit über Schulterhöhe, kein körperfernes Hantieren

Empfehlungen/Prozedere beruflich:

Arbeitssuche. Meldung beim RAV

Von der Fortsetzung der Behandlung kann keine namhafte Besserung mehr erwartet werden. Vorschlag für Fallabschluss.

3.7 Am 14. Juni 2018 notierte Dr.med. F._____, die Rehabilitation habe nach Angaben des Beschwerdeführers nichts gebracht. Seinerseits bekräftigte er seine Empfehlung für eine Revisionsarthroskopie. Er bestätigte noch einmal eine volle Arbeitsunfähigkeit; sollte jedoch weiter auf mentaler Ebene mit dem Beschwerdeführer gearbeitet werden, dann sei die weitere Arbeitsunfähigkeit von dieser Seite zu dokumentieren (Suva-act. 118).

3.8 Am 26. Juni 2018 erfolgte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Kreisarzt C._____, und gleichzeitig die Schätzung des Integritätsschadens (Suva-act. 127, 128). Er gelangte dabei zu folgender Beurteilung:

Als überwiegend wahrscheinlich objektivierbare Unfallfolgen finden sich eine Bewegungseinschränkung im Bereich des linken Schultergelenkes, insbesondere für die Abduktion, Anteversion und Rotation sowie eine Muskelminderung im Bereich

des linken Oberarmes mit minimaler Kraftminderung, die vom Versicherten geklagten Beschwerden im Hinblick auf die Bewegungseinschränkung sowie die Schmerzempfindungen bei Gewichtsbelastungen. Aus diesem Grund ist mittel- bis langfristig keine wesentliche Verbesserung der überwiegend wahrscheinlich vorliegenden strukturellen Läsionen im Bereich des linken Schultergelenkes zu erwarten. Zum jetzigen Zeitpunkt kann daher von einem stabilen Zustand ausgegangen werden.

Das Zumutbarkeitsprofil umschreibt Kreisarzt C. _____ am 26. Juni 2018 wie folgt:

Zumutbarkeit in der angestammten Tätigkeit als Gipser (unfallkausale Sicht): Tätigkeit nicht mehr zumutbar, Anforderung zu hoch, schwere Arbeit.

Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für andere und berufliche Tätigkeiten (unfallkausale Sicht): Vollschieftige, leichte Arbeit. Keine Arbeit über Schulterhöhe, kein körperfernes Hantieren, keine Gewichtsbelastung über 7 bis 10 kg über Brusthöhe, keine Arbeiten mit schlagenden, hämmernden oder vibrierenden Maschinen. Kein Besteigen von Leitern und Gerüsten (Selbstschutz).

Wie bereits anamnestisch erwähnt, lehnt der Versicherte eine erneute Operation restriktiv ab.

Aufgrund der überwiegend wahrscheinlichen Unfallfolgen schätzte Kreisarzt C. _____ den Integritätsschaden auf 12.5%. Die Beweglichkeit der Schulter bis zur Horizontalen werde gemäss Tabelle 1.1 mit 15% bewertet, die mässige Form der Periarthrosis humeroscapularis gemäss Tabelle 1.2 mit 10%. Da das Bewegungsausmass im Bereich der linken Schulter etwas oberhalb der Horizontalen liege, jedoch nur 120°, werde ein Mittelwert in Anrechnung genommen, sodass eine Integritätsentschädigung von 12.5% gerechtfertigt sei.

3.9 Gestützt auf diese kreisärztliche Abschlussuntersuchung und in Übernahme des beschriebenen Zumutbarkeitsprofils verfügte die Suva am 6. August 2018 eine Invalidenrente von 27% sowie eine Integritätsentschädigung von 12.5% (Suva-act. 138, 141).

Im Einspracheentscheid vom 23. Oktober 2018 stellte die Suva erneut auf die kreisärztliche Beurteilung vom 26. Juni 2018 ab und sie stellte fest, es sei nicht einzusehen, weshalb dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht einzig aufgrund von Unfallfolgen an der linken Schulter in einer leidensangepassten leichten Tätigkeit keine oder eine nur reduzierte Erwerbsfähigkeit zumutbar sei. Bestätigt wurde ebenso die Schätzung des Integritätsschadens (Suva-act. 155).

3.10 Dieser Einspracheentscheid erwuchs in Rechtskraft. Die darin enthaltene Zumutbarkeitsbeurteilung und Integritätsschadenschätzung (entsprechend der kreisärztlichen Beurteilung vom 26.6.2018; oben Erw. 3.8) bildet damit die Grundlage für den Vergleich hinsichtlich einer revisionsweisen Anpassung der

Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung. Zu vergleichen ist dies mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides vom 29. Juni 2020 (vgl. oben Erw. 2.2).

4.1 Im November 2018 suchte der Beschwerdeführer Dr.med. K._____ (FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation) auf wegen Schmerzen im Bereich des Nackens und im linken Arm, verbunden mit Missempfindungen und Kraftminderung. Sie stellte die Diagnose eines Cervicospondylogenen Schmerzsyndroms bei ausgeprägter degenerativer Veränderungen der HWS mit Kompression der C6 und C7 Wurzel links. Dies gestützt auf ein MRI HWS vom 6. November 2018 (Suva-act. 157). Sie hielt fest, durch den Sturz 2017 sowie durch die Veränderung des Bewegungsmusters nach dem Unfall könnte die Exazerbation der vorbestehenden Arthrose der HWS mit nachfolgendem Cervicospondylogenen Syndrom ausgelöst worden sein. Sie empfahl eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50% als täglich 3 bis 4 Std. mit einer Pause von 30 min nach 2 Std.

4.2 Am 11. Dezember 2018 hielt Kreisarzt C._____ fest, ein unfallkausaler Zusammenhang der geltend gemachten Beschwerden an der HWS bestehe nicht (Suva-act. 160).

Da sich der Beschwerdeführer hiermit nicht einverstanden erklärte, führte der Kreisarzt in ausführlicher ärztlicher Beurteilung vom 28. Januar 2019 hierzu aus (Suva-act. 169):

Der Versicherte stürzte beim Unfallereignis vom 28.03.2017 von der Leiter auf die linke Schulter. Anschliessend klagte er über Beschwerden beim Heben des Arms. Im Rahmen mehrerer Untersuchungen nach dem Unfallereignis, [...], wurden keine Beschwerden bezüglich der Halswirbelsäule oder hinsichtlich eines zervikospondylogenen Syndroms geklagt. Bei den kreisärztlichen Untersuchungen wurde regelmässig eine freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule in allen Richtungen ohne Muskelhartspan festgestellt. Auch im Austrittsbericht der D._____ (Klinik) konnten keine Befunde hinsichtlich eines zervikospondylogenen Syndroms festgestellt werden. [...]

Ursache für die nunmehr geklagten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule sind analog zur Diagnose der K._____ die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit Kompression der C 6 und C 7 Wurzel links und das damit verursachte zervikospondylogene Schmerzsyndrom.

Auch wenn K._____ vermutet, dass durch den Sturz 2017 sowie auch durch die Veränderung des Bewegungsmusters nach dem Unfall eine Exazerbation der vorbestehenden Arthrose der Halswirbelsäule mit nachfolgendem zervikospondylogenen Syndrom hätte ausgelöst werden können, wird hierzu folgendes festgehalten:

Selbst unter der Annahme, dass es beim Unfallereignis zu einer nicht richtungsgebenden, vorübergehenden Exazerbation einer vorbestehenden, überwiegend wahrscheinlich durch Verschleiss und Abnutzung verursachten Erkrankung der

Halswirbelsäule (siehe MRT vom 06.11.2018) gekommen wäre, wäre diese spätestens zwölf Monate nach dem Unfallereignis ad Status quo sine vel ante zu terminieren gewesen, zumal während den zwischenzeitlich stattgehabten Untersuchungen durch verschiedene Ärzte keinerlei Beschwerden in Bezug auf ein zervikospondylogenes Syndrom geklagt oder nachgewiesen wurde.

Eine Unfall- respektive Rückfallkausalität liegt aus den vorstehend erwähnten Gründen daher nicht vor. Die geklagten Beschwerden an der Halswirbelsäule sind somit überwiegend wahrscheinlich durch einen degenerativen Vorzustand verursacht und stehen in keinerlei unfallkausalem Zusammenhang zu dem Unfallereignis vom 28.03.2017. Das alleinige Auftreten von Beschwerden, (zervikospondylogenes Schmerzsyndrom) in zeitgleichen oder wie im vorliegenden Fall im verspäteten Zusammenhang mit einem Unfallereignis, begründet ohne Nachweis überwiegend wahrscheinlicher unfallkausaler struktureller Läsionen nicht deren Unfallkausalität.

4.3 Gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung verneinte die Suva mit Verfügung vom 31. Januar 2019 eine Leistungspflicht für die gemeldeten Beschwerden an der HWS, da kein sicherer oder wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 28. März 2017 bestehe (Suva-act. 170). Diese Leistungsablehnung mangels Unfallkausalität der geklagten HWS-Beschwerden erwuchs in Rechtskraft.

5. Am 21. Mai 2019 liess der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers der Suva einen Rückfall melden. Der Gesundheitszustand habe sich erheblich verschlechtert. Diese geltend gemachte Verschlechterung stelle einen Rückfall dar, der Versicherungsleistungen auslöse und habe ebenso eine Revision zur Folge. Er untermauerte die Verschlechterung mit verschiedenen neuen Arztberichten:

5.1 Am 2. Oktober 2018 erfolgte eine ORL-Untersuchung durch Dr.med. L._____ (Facharzt ORL, Hals- und Gesichtschirurgie). Er stellte die Diagnose (Suva-act. 202 / 5 von 24):

Diagnose

Dekompensierter Tinnitus aurium

- Bekannte Depression, aktuell unter psychologischer und medikamentöser Behandlung

Grosses Lipom retroaurikulär rechts

- St.n. Exzision am 28.6.18

Dem Hausarzt berichtete Dr.med. L._____, er kenne den Beschwerdeführer seit der Exzision. Der Eingriff sei problemlos verlaufen und habe mit aktueller Diskussion nichts zu tun, der Fall sei abgeschlossen. Der Beschwerdeführer wünsche eine Verlaufskontrolle bezüglich Tinnitus. Bei der Untersuchung präsentiere sich ein Patient mit deutlichen Dekompensationszeichen, weshalb eine psychologische Betreuung sicher sinnvoll sei. Er scheine sich mit der gegenwärtigen

Situation nur sehr schlecht arrangieren zu können und fordere weitere Abklärungen zur Behandlung des Tinnitus. Aus ORL-ärztlicher Sicht könne ihm indes nicht weitergeholfen werden; die Durchführung von therapeutischen CT und ähnlichen Untersuchungen seien wenig hilfreich.

5.2 Bezüglich MRI der HWS vom 6. November 2018 sowie Bericht von Dr.med. K._____ vom 14. November 2018 vgl. oben Erw. 4.

5.3 Am 21. Januar 2019 berichtet PD Dr.med. habil. G._____ (Facharzt Ophthalmologie, Ophthalmochirurgie) dem Hausarzt, der Beschwerdeführer sei seit dem 16. Dezember 2018 bei ihm in Behandlung. Er stellt die Diagnosen einer Blepharokonjunktivitis, Glaskörpertrübungen, Sicca sowie eines Katarakt. Eine Amotio retinae habe ausgeschlossen werden können, die Blepharokonjunktivitis sei erfolgreich behandelt, Siccapräparate verordnet (Suva-act. 202 / 12 von 24).

5.4 Aus sprachlichen Gründen wurde die Behandlung bei Dr.med. K._____ nicht weitergeführt. Der Hausarzt überwies den Beschwerdeführer zur weiteren Abklärung an Dr.med. O._____ (Facharzt Rheumatologie), der am 18. Februar 2019 eine rheumatologische Beurteilung vornahm (Suva-act. 202 / 13 von 24):

Diagnosen

1. Chronische PHS links mit / bei
 - Sturz von der Leiter mit resultierender Supra-/ Infraspinatussehnenruptur links
 - Status nach arthroskopischer Rekonstruktion der Supra-/Infraspinatussehne, Bizepssehnenentodese, subakromiale Dekompression Schulter links am 22.06.2017
 - aktuell klinisch dominierend am ehesten ein subakromiales Impingement bei abduktionszentrierten Schmerzen
2. Chronisches cervikospondylogenes Syndrom links mit / bei
 - bekannten degenerativen Veränderungen der HWS, aktenanamnestischen Beeinträchtigungen der Nervenwurzeln
 - DD sekundär im Rahmen der Diagnose 1
3. Aktenanamnestisch Angststörung mit mittelgradiger depressiver Episode
4. Adipositas (BMI 33.4 kg/m²)

Beurteilung / Verlauf

Anamnese: Die Vorgeschichte des Patienten mit unfallbedingten groben Sehnenrupturen im Bereich der linken Schulter, anschliessender Operation und persistierenden Schmerzen mit Einschränkungen und daraus folgender 25%iger SUVA Rente ist Dir bestens bekannt. Ebenso die Diagnose eines cervikoradikulären Syndromes durch K._____ und J._____.

[...].

Eine Arbeitsfähigkeit sei so seit März 2017 auf keinen Fall mehr möglich.

[...]

In der klinischen Untersuchung: Schulter links mit Rotation in Neutralstellung Ausserrotation auf 20° mit ausgeprägtem Endphasenschmerz, Innenrotation unauffällig. Aktive Abduktion maximal bis 40°, dann schmerzhaft abgebrochen. Passive Abduktion jedoch bis knapp 100° möglich. Schürzengriff rechts 40 cm links kaum möglich. Nackengriff links nicht möglich nur mit Unterstützung der linken Hand. Auffallend ist insbesondere die ausgeprägte Atrophie der Supraspinatussehne auf der betroffenen linken Seite gegenüber Gegenseite.

Die Mobilität und Beweglichkeit der rechten Schulter ist unauffällig, auch die Untersuchung auf normale Funktionalität sowohl der Ellbogen als auch Hand- und Fingergelenke. Bezüglich Beschwiellung fällt eine deutlich geringere Beschwiellung und auch der Hyperkeratose der betroffenen linken Hand auf im Gegensatz zu rechts.

Meinerseits erfolgte eine sonographische Untersuchung. Bei einigermaßen intakt scheinender Infraspinatus- und Subscapularis-Sehne ist die Bizepssehne kaum diskriminierbar, schwerst veränderte Supraspinatussehne, wobei ich nicht sicher bin, ob eine transmurale Ruptur vorhanden sein könnte. Aufgrund der sehr schlechten Beweglichkeit des Patienten ist eine befriedigende Untersuchung sonografisch jedoch nicht möglich. Es besteht jedoch keine Bursitis.

Untersucht man die HWS ergibt sich eine deutliche Bewegungseinschränkung nach links um mindestens die Hälfte, endphasig stark schmerzhaft sowohl in Rotation bei Flexion als auch Extension. Die Schmerzprojektion ist dabei primär lokal cervical nur leicht Richtung Schulter ausstrahlend. Neurologisch besteht eine diffuse Hyposensibilität der ganzen linken Hand, medialer Unterarm und lateraler Oberarm, was nicht dermatomspezifisch zuzuordnen ist.

Gemäss Dr.med. O. _____ bestand eine chronifizierte schwere Schulterproblematik nach erfolgten Rupturen und Operationen mit relevantem Restbefund. Vielleicht bestehe eine Aggravation, die Untersuchung schein aber schon relativ konsistent zu sein. Er empfahl ein neutrales MRI sowie eine Zweitmeinung eines Orthopäden.

5.5 Am 26. Februar 2019 erfolgte ein Arthro MRI Schulter links bei Fragestellung 'Erneute Ruptur, andere Pathologien?'. Prof. Dr.med. Q. _____ (Facharzt Radiologie) hielt fest, es bestehe eine Reruptur der Supraspinatussehne bei Z.n. Fixation der Supraspinatussehne mit 2 Ankern. Zusätzlich liege, bedingt durch die AC-Gelenksarthrose und die grenzwertige Weite des Subakromialraumes, auch eine Impingement Konstellation vor (Suva-act. 199).

5.6 In einem ärztlichen Bericht vom 15. März 2019 schilderte der Hausarzt Dr.med. E. _____ dem beschwerdeführerischen Rechtsvertreter den bisherigen Verlauf (Suva-act. 202 / 18 von 24). Aus seiner Sicht bestünden vier Problembereiche, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden:

- A. Anhaltende Schulterschmerzen links
- B. Nacken- / Kopfschmerzen
- C. Tinnitus
- D. Psyche

Als dominant stehe die Schulter im Vordergrund, als nächstes relevantes Problem die Psyche. Eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Gipser sei zurzeit sicher nicht gegeben, bezüglich Restarbeitsfähigkeit aus den verschiedenen Themenfeldern seien die entsprechenden Fachärzte zu konsultieren.

5.7 Für eine Zweitmeinung wurde der Beschwerdeführer in die Schulter-Sprechstunde vom 2. April 2019 in die M._____ (Klinik) aufgeboten (Suva-act. 202 / 19 von 24). Im Bericht an den zuweisenden Dr.med. O._____ werden als Diagnosen genannt:

1. Persistierendes chronisches Schmerzsyndrom Schulter links mit postoperativer Capsulitis und periscapulärer Insuffizienz mit /bei
 - St.n. Arthroskopie mit Double Row Rekonstruktion bei Supra- und Infraspinatusehne sowie subacromialer Dekompression Schulter links am 22.06.2017 (fecit Dr. F._____)
2. Chronisches zervikospodylogenes Syndrom linksbetont
3. Angststörung mit mittelgradiger depressiver Episode
4. Adipositas

PD Dr.med. R._____ (Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) erhob einen klinischen Befund und führte zum Arthro MRI Schulter links vom 28. Februar 2019 (recte: 26.2.2019) aus:

Regelrecht inserierende Supra- und Infraspinatusehne nach Rekonstruktion mit minimaler Lücke im Bereich des anterioren Supraspinatus von < 2mm. Keine wesentliche Reruptur und schon gar keine Retraktion. Intakter glenoidaler und humeraler Knorpelüberzug. Leichte AC-Gelenks-Arthrose.

Schliesslich gelangte er zur Beurteilung, im Vordergrund stünden chronische Restschmerzen mit einer capsulitischen Komponente sowie einer deutlichen Insuffizienz der periscapulären Muskulatur und einem generellen Rehabilitationsdefizit trotz einem stationären Aufenthalt in D._____. Eine erneute Arthroskopie erschien ihm bei fehlendem pathoanatomischen Korrelat und überwiegend entzündlicher Komponente nicht indiziert. Er empfahl, ambulante konservative therapeutische Massnahmen wie z.B. Wassertherapie und eine Adaptation der antiinflammatorischen Schmerzbehandlung anzustreben.

Die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Gipser bezeichnete Dr.med. R._____ als unrealistisch. Allenfalls sei eine Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit zur Quantifizierung einer Tätigkeit in einer angepassten schulterchonenden Tätigkeit zu evaluieren.

Da es sich um eine Zweitmeinung handelte, waren an der M._____ (Klinik) keine weiteren Termine erfolgt (Suva-act. 214).

5.8 Bei gleichbleibender Diagnose wie im Februar berichtete Dr.med. O._____ mit Rheumatologischer Beurteilung vom 8. April 2019 (Suva-act. 202 / 22 von 24), die Untersuchungsergebnisse der M._____ (Klinik) seien ziemlich vergleichbar mit seinen; die Interpretation neben den myofascialen Schmerzen, muskulärer Insuffizienz und Schmerzverarbeitungskomponente sei leicht anders interpretiert. Während er eine gewisse Supraspinatussehnen-/Impingement-Komponente stärker gewichte, welche bei schwer veränderter Supraspinatussehne mit (wenn auch kleiner) ReRuptur und leichter Einengung des Subacromialraumes strukturell gut nachvollziehbar sei, stelle der Orthopäde im M._____ mehr Komponenten der frozen shoulder (Capsulitis) in den Vordergrund. Tatsächlich sei die Beweglichkeit allseits eingeschränkt, aber teilweise mit aktivem Gegenspannen, was die Interpretation etwas erschwere. Dies unterstütze die Komponente einer residuellen frozen shoulder. Wahrscheinlich stimme irgendwo beides. Unterstützen könne er den Orthopäden darin, dass es keine Operationsindikation gebe, welche die Situation wesentlich verbessern würde. Im Vordergrund stehe eine rehabilitative Therapie, insofern die Compliance stimme. Eine gute Idee des Orthopäden sei dabei der Beginn mittels Wassertherapie. Einer Rekonditionierung seien aufgrund der chronischen Schmerzproblematik Grenzen gesetzt. Zudem empfahl Dr.med. O._____ den Versuch einer medikamentösen Therapie.

Für den Beschwerdeführer sei ein wichtiges Thema die IV-Rente, wo er eine Rentenerhöhung anstrebe. Er fordere seine diesbezügliche Meinung. Beim Patienten seien sicherlich die Einschränkungen der Schultermobilität, das chronische cervicospondylogene Syndrom, die muskuläre Insuffizienz und die diffusen myofascialen Schmerzen und muskulären Verspannungen zu berücksichtigen.

Das Zumutbarkeitsprofil umschreibt Dr.med. O._____ so, dass qualitativ Überkopf-Arbeiten, respektive Arbeiten in Armvorhalte nicht mehr durchführbar seien. Auch das Tragen von Lasten sollte sich auf leichtes Heben und Tragen von Lasten repetitiv auf 5kg intermittierend auf 10kg beschränken, rechts etwas besser. Es sollten insbesondere monotone Stellungen mit länger andauernden Zwangshaltungen besonders mit HWS-Flexion oder -extension vermieden werden, welche die muskulären Probleme und Probleme der HWS nachvollziehbar akzentuieren würde. Entsprechend bestehe eine Restarbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit. Auf Grund eines erhöhten Erholungsbedarfs bestehe seines Erachtens gesamthaft eine Arbeitsunfähigkeit von 60%, rein rheumatologisch. Die Situation sei aber hochkompliziert und sollte

nicht alleine rheumatologisch beurteilt werden, sondern im Rahmen eines zusätzlich auch psychiatrisch, orthopädisch, neurologischen interdisziplinären Gutachtens.

5.9 Mit Verweis auf diese medizinischen Berichte hielt der Beschwerdeführer dafür, es sei offenkundig, dass sich der Gesundheitszustand seit dem 6. August 2018 erheblich verändert habe. Allein schon die Reruptur der Supraspinatussehne begründe den Eintritt einer wesentlichen Änderung. Es lägen neue Elemente tatsächlicher Natur vor, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten seien und den damals gegebenen Sachverhalt wesentlich verändert hätten (Suva-act. 202).

5.10 Bereits vor der Rückfallmeldung und Forderung nach einer Revision durch den Beschwerdeführer gelangte Kreisarzt Dr.med. H. _____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie) am 13. Mai 2019 gestützt auf den MRI-Befund vom 26. Februar 2019, die Zweitmeinung der M. _____ (Klinik) und die Rheumatologische Beurteilung vom 8. April 2019 (vgl. oben Erw. 5.5, 5.7, 5.8) zur Beurteilung, die geltend gemachten Beschwerden an der linken Schulter seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 28. März 2017 zurückzuführen. Zur Linderung der Kapsulitis sei eine kombinierte konservative Behandlung vor allem mit Wassertherapie durchzuführen (Suva-act. 201).

5.11 Mit Schreiben vom 6. September 2019 teilte die Suva dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit, sie erbringe für die geltend gemachten Schulterschmerzen links rückwirkend Leistungen ab dem 18. Februar 2019 (Rückfall). Die Invalidenrente werde geprüft, sobald stabile Verhältnisse bestünden. Leistungen für die HWS-Beschwerden seien mit Verfügung vom 31. Januar 2019 abgelehnt worden. Die anderen Beschwerden (Kopfschmerzen, Tinnitus, Sehstörung etc.) seien nicht Gegenstand jener Verfügung (Suva-act. 212).

5.12 Mit rheumatologischer Beurteilung vom 2. Oktober 2019 berichtete Dr.med. O. _____ dem Hausarzt (Suva-act. 222). Dies bei Diagnosen:

1. Chronische PHS links mit/bei
[...]
- **aktuell klinisch** dominierend abduktionszentrierte Schmerzen und Bewegungseinschränkung wsh als Ausdruck einer residuellen frozen shoulder kombiniert mit massiverer myofascialer Schmerzsymptomatik und muskulärer Insuffizienz, Schmerzverarbeitungsstörung.
2. Chronisches cervikospodylogenes Syndrom linksbetont mit/bei
[...]
3. Vd.a. Neuropathie nervus cutaneus femoris lateralis links
4. St.n. Sturz auf Gesäss mit vorwiegend myofaszialen Schmerzen Gesäss/Flanke links

5. Angststörung mit mittelgradiger depressiver Episode

Der Beschwerdeführer habe Ferien in N._____ mit täglicher Wassertherapie verbracht, was rein körperlich eine sehr positive Erfahrung gewesen sei. Es seien aber die Angstgefühle massiv gestiegen, es ginge ihm momentan psychisch miserabel. Angesichts der psychiatrischen Verschlechterung schein es ihm wichtig, die Wassertherapie, die tatsächlich zu helfen schein und für welche er nach energischer Intervention des M._____ -Arztes motiviert sei, weiterzuführen. Die Sensibilitätsstörung im Oberschenkel sei neurologisch zu beurteilen. Wichtig sei auch, dass er versuche, seine Schmerzen auf nichtmedikamentösem Wege anzugehen mittels Eigenbehandlungen.

Auf Anfrage der Suva hin berichtete ihr Dr.med. O._____ am 2. Oktober 2019 dieselben Diagnosen (Suva-act. 225). Der M._____ habe insbesondere eine Bewegungstherapie im Wasser empfohlen, welche der Beschwerdeführer bei guter Compliance durchführe. Die versuchten Schmerzmedikamente hätten wenig gebracht. In den Ferien habe sich die psychiatrische Situation deutlich verschlechtert mit Zunahme der Angststörung. Gleichzeitig habe sich eine ausgeprägte Hyperästhesie des Oberschenkels links ausgebildet, die er als Neuropathie des Nervus cutaneus lateralis links interpretiere und abklären lasse. In diesem Sinne sei die psychiatrische Therapie wieder deutlich vordergründig unter Weiterführung der Wassertherapie, allenfalls Erlernen von Eigenbehandlung Triggerpunkte. Dr.med. O._____ bat um Beurteilung von psychologischer Seite her.

5.13 Am 12. November 2019 nahm Kreisarzt Dr.med. I._____ (Facharzt orthopädische Chirurgie und Traumatologie) eine ärztliche Aktenbeurteilung vor und stützte sich hierbei auf den Austrittsbericht der D._____ (Klinik), die verschiedenen kreisärztlichen Untersuchungen und Berichte sowie den aktenmässigen Verlauf seit 2019 (Suva-act. 232). Er hielt fest, am 13. Mai 2019 sei durch den Kreisarzt eine Rückfallkausalität bejaht worden, gemäss letzter kreisärztlicher Beurteilung vom 28. Januar 2019 liege seines Erachtens indes ein unechter Rückfall vor (vgl. oben Erw. 4.2). Die Situation sei andauernd die gleiche mit zusätzlicher Tendenz zur Verschlechterung durch die offensichtliche psychische Komponente. Die wiederaufgenommene Behandlung habe zu keiner Verbesserung geführt; es sei vom Erreichen des Endzustandes auszugehen. Und weiter:

Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht wurde vor einem guten halben Jahr am 02.04.2019 erneut eine operative Behandlungsmöglichkeit im Schadenfall verneint und auf die Chronizität der Beschwerden hingewiesen, wobei eine klare ätiologische Zuordnung bei geringer somatischer Pathologie nicht möglich war. Die aufwendige Behandlung begleitet den Versicherten mittlerweile seit über einem halb-

en Jahr, ohne dass eine namhafte Verbesserung festzustellen wäre, im Gegenteil wird durch Dr. O. _____ eine Verschlechterung der Psyche festgehalten.

Dass eine weitere Behandlung zu einer namhaften Besserung führe, schloss Dr.med. I. _____ vor dem Hintergrund des seit 2019 dokumentierten Verlaufes aus. Zudem erkläre die geringe strukturelle Pathologie der linken Schulter die Beschwerden nicht vollständig. Die aktuell stabilen Verhältnisse würden denjenigen vom Sommer 2018 entsprechen. Das damalige Zumutbarkeitsprofil gründe überdies auf der Beurteilung der spezialisierten Ärzte in der D. _____ (Klinik). Auch die Schätzung des Integritätsschadens durch Kreisarzt C. _____ von 2018 bestätigte Dr.med. I. _____. Weder Ohren noch Augenprobleme hätten einen Bezug zum Unfall vom 28. März 2017. Schliesslich fügte er an, dieses Ereignis (Leitersturz in der eigenen Wohnung) sei offensichtlich bagatellär gewesen. Die erste ärztliche Konsultation sei erst am 4. Mai 2017 erfolgt. Der Sturz aufs Gesäss sei bei dem nicht mehr UV-versicherten Beschwerdeführer schliesslich kein versichertes Ereignis.

6.1 Mit Verfügung vom 4. Dezember 2019 hielt die Suva gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung vom 12. November 2019 durch Dr.med. I. _____ fest (Suva-act. 236), dass:

- die Suva für den gemeldeten Rückfall (Schulterbeschwerden links) die gesetzlichen Versicherungsleistungen erbracht habe;
- die wiederaufgenommene Behandlung keine Verbesserung gebracht habe;
- die Heilkosten per 31. Dezember 2019 eingestellt würden;
- die aktuell stabilen Verhältnisse jenen vom Sommer 2018 entsprechen würden;
- das Zumutbarkeitsprofil unverändert bleibe;
- sich die Leistungen ab 1. Januar 2020 auf die seinerzeit zugesprochene Invalidenrente von 27% beschränken würden;
- die Sehstörung und der Tinnitus nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 28. März 2017 zurückzuführen seien und
- für den Unfall Ende September 2019, Sturz aufs Gesäss, keine Unfalldeckung bei der Suva bestehe.

6.2 Mit Einsprache vom 9. Januar 2020 forderte der Beschwerdeführer eine Invalidenrente von mindestens 74% sowie eine Integritätsentschädigung gestützt auf einen Integritätsschaden von mindestens 25% (Suva-act. 258). Ausgangspunkt sei die Beurteilung von Kreisarzt C. _____ vom 27. Juni 2018. Dr.med. O. _____ halte im Februar 2019 fest, eine Arbeitsfähigkeit sei seit März 2017 auf keinen Fall mehr möglich; er habe wieder relevante Rupturen in der Schulter befürchtet und ein MRI veranlasst. Dieses habe am 26. Februar 2019 eine Re-

Ruptur der Supraspinatussehne ergeben. Gemäss Hausarzt Dr.med. E._____ sei eine Angst- und depressive Störung gemischt mit psychiatrischem Unterstützungsbedarf hinzugekommen sowie Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen, ein Tinnitus, eine Sehstörung sowie depressive Störung. Am 10. April 2019 diagnostiziere Dr.med. O._____ eine Re-Ruptur der Supraspinatussehne und halte fest, in Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit seien die Einschränkungen der Schultermobilität, das chronische cervicospondylogene Syndrom, die muskuläre Insuffizienz und die diffusen myofascialen Schmerzen und muskulären Verspannungen zu berücksichtigen, worauf er das Zumutbarkeitsprofil beschreibe und festhalte, gesamthaft betrachtet sei eine Arbeitsunfähigkeit von 60% gegeben. Dr.med. K._____ habe im November 2018 eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50% festgestellt, Dr.med. R._____ schlage im April 2019 zur Quantifizierung einer Tätigkeit eine EFL vor. Hinzugekommen sei noch eine Hyperästhesie des Oberschenkels links. Aufgrund all der Arztberichte sei offenkundig, dass sich der Gesundheitszustand seit dem 6. August 2018 erheblich verschlechtert habe. Es habe eine schwerst veränderte Supraspinatussehne festgestellt werden können, die Schulterschmerzen würden ihn in den manuellen Tätigkeiten massivst einschränken. Es bestehe eine relevante Schmerzverarbeitungsstörung. Aufgrund der Verschlechterung attestiere Dr.med. O._____ eine Arbeitsunfähigkeit von neu 60%; die Suva verkenne, dass die aktuellen Verhältnisse nicht mit denjenigen im Sommer 2018 identisch seien. Er betont die Re-Ruptur der Supraspinatussehne, die erhebliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit, die in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom März 2017 stehe und die Arbeitsfähigkeit massiv beeinflusse. All die medizinischen Berichte würden erhebliche Zweifel an der versicherungsinternen, rein auf Akten beruhenden Beurteilung von Dr.med. I._____ erwecken, weshalb darauf nicht abgestützt werden könne. Die Suva mache sich kein gesamthafes Bild der gesundheitlichen Beschwerden. Es sei ein interdisziplinäres Gutachten erforderlich. Schliesslich moniert er eine falsche Ermittlung des Invalideneinkommens sowie des Integritätsschadens.

Der Einsprache hat der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr.med. O._____ vom 18. Dezember 2019 beigelegt. Darin wiederholt dieser die Diagnosen seiner früheren Berichte, wobei er die Angststörung mit mittelgradiger depressiver Episode ergänzt um 'mit/bei multiple komplexe funktionelle Störungen wie Tinnitus, Schwindel, Sehstörungen ohne fachärztlich strukturelles Korrelat' (Suva-act. 258 / 27 von 30). Gemäss Diagnoseliste bestehe als primäre Problematik nach wie vor abduktionszentrierte Schulterschmerzen links, die multifaktoriell bedingt seien. Neben einer residuellen leichten Frozen Shoulder bestehe auch eine im Februar 2019 bildgebend neu diagnostizierte Re-Ruptur im Bereich

der Supraspinatussehne, die 2017 so noch nicht beschrieben gewesen sei und als Ausdruck einer relevanten Funktionsstörung die abduktionszentrierte Beweglichkeitseinschränkung der Schulter ergebe. Zudem bestehe eine relevante Schmerzverarbeitungsstörung. Letztlich bestehe die erwähnte komplexe psychiatrische Störung, die einerseits einen negativen Einfluss auf die Schmerzverarbeitung habe, andererseits den generalisierten paravertebralen Muskelhartspann und damit myofasziale Probleme triggere. Damit bestehe eine hochkomplexe biopsychosoziale Ausgangslage mit sich gegenseitig verstärkenden Faktoren. In diesem Sinne bestehe eine komplexe orthopädisch-rheumatologisch-psychiatrische Problematik, durch welche der Patient 60% arbeitsunfähig sei. Eine Begutachtung müsse interdisziplinär die verschiedenen Aspekte berücksichtigen.

6.3 Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 29. Juni 2020 führte die Suva einleitend aus, dass

- für das Unfallereignis vom September 2019 (Sturz auf das Gesäss) keine Unfalldeckung bei der Suva bestehe;
- die Sehstörung und der Tinnitus nicht unfallkausal seien;
- bereits mit rechtskräftiger Verfügung vom 6. August 2018 rechtskräftig entschieden worden sei, dass die psychischen Beschwerden nicht unfallkausal seien und
- eine Leistungspflicht für die geklagten HWS-Beschwerden mit Verfügung vom 31. Januar 2019 - nach Rückzug der Einsprache - rechtskräftig ausgeschlossen worden sei.

Im weiteren führte die Suva aus, Dr.med. I. _____ habe für seine Beurteilung sämtliche ärztlichen Berichte berücksichtigt, mithin auch den MRI-Befund bezüglich Re-Ruptur der Supraspinatussehne. Der Vorwurf, nicht alles berücksichtigt zu haben, entbehre jeglicher Grundlage. Aus dem jüngsten aufgelegten Bericht vom Dezember 2019 von Dr.med. O. _____ gehe sodann unmissverständlich hervor, dass sich die postulierte Verschlechterung insbesondere auf die psychische Problematik beziehe. Diese müsse indes als nicht unfallkausal ausser Acht bleiben.

Weiter betonte die Suva, das Zumutbarkeitsprofil vom August 2018 sei sehr einschränkend formuliert gewesen (vgl. oben Erw. 3.8). Damals sei die Arbeitsunfähigkeit vom behandelnden Arzt mit 100% bescheinigt worden; Dr.med. O. _____ beziffere sie nun nur noch auf 60%, obwohl er dabei ganz offensichtlich auch unfallfremde psychische Beschwerden miteinbeziehe. Aus dessen Bericht vom Dezember 2019 gehe sodann nicht hervor, dass er die Zumutbarkeit enger einschätze als der Kreisarzt. Vielmehr führe er die Verschlechterung auf

unfallfremde Faktoren zurück, was sich unmissverständlich aus dem Verlaufsbericht vom 2. Oktober 2019 ergebe (vgl. oben Erw. 5.12). Aus den Berichten Dr.med. O._____ könne nicht abgeleitet werden, dass sich der unfallkausale Gesundheitszustand seit August 2018 verschlechtert hätte. So erweise sich das von ihm umschriebene Zumutbarkeitsprofil als nahezu identisch mit dem kreisärztlichen vom August 2018, obwohl er unzulässigerweise auch unfallfremde HWS-Beschwerden berücksichtigt habe. Unberücksichtigt bleiben müsse auch der Bericht des Spitals P._____ nach dem Sturz aufs Gesäss, was kein Suva-versichertes Ereignis darstelle. Die Vorbringen seien daher insgesamt unbegründet. Fehle es an einer erheblichen Änderung des Gesundheitszustandes, so bleibe kein Raum für eine Neuberechnung der Rente. Was den leidensbedingten Abzug anbelange, so sei darüber ebenfalls rechtskräftig entschieden worden.

7.1 In der Beschwerde vor Verwaltungsgericht wiederholt der Beschwerdeführer weitestgehend seine Vorbringen der Einsprache (vgl. Erw. 6.2). Ob er damit den Anforderungen an eine begründete Beschwerde, die sich insbesondere mit den Erwägungen des angefochtenen Entscheides auseinander zu setzen hat (vgl. Art. 61 lit. b ATSG; Urteil BGer 8C_599/2008 vom 27.2.2009 Erw. 5), zu genügen vermag oder (wie die Suva geltend macht) nicht, kann offenbleiben, da die vorgetragenen Rügen unbegründet sind.

7.2 Es ist unbestritten, dass als Vergleichsbasis auf das von Kreisarzt C._____ am 26. Juni 2018 definierte Zumutbarkeitsprofil abzustellen ist (vgl. oben Erw. 3.8):

Zumutbarkeit in der angestammten Tätigkeit als Gipser (unfallkausale Sicht): Tätigkeit nicht mehr zumutbar, Anforderung zu hoch, schwere Arbeit.

Zumutbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für andere und berufliche Tätigkeiten (unfallkausale Sicht): Vollschieftige, leichte Arbeit. Keine Arbeit über Schulterhöhe, kein körperfernes Hantieren, keine Gewichtsbelastung über 7 bis 10 kg über Brusthöhe, keine Arbeiten mit schlagenden, hämmernden oder vibrierenden Maschinen. Kein Besteigen von Leitern und Gerüsten (Selbstschutz).

Dieses basiert auf folgender damaliger Befundlage:

Als überwiegend wahrscheinlich objektivierbare Unfallfolgen finden sich eine Bewegungseinschränkung im Bereich des linken Schultergelenkes, insbesondere für die Abduktion, Anteversion und Rotation sowie eine Muskelminderung im Bereich des linken Oberarmes mit minimaler Kraftminderung, die vom Versicherten geklagten Beschwerden im Hinblick auf die Bewegungseinschränkung sowie die Schmerzempfindungen bei Gewichtsbelastungen. Aus diesem Grund ist mittel- bis langfristig keine wesentliche Verbesserung der überwiegend wahrscheinlich vorliegenden strukturellen Läsionen im Bereich des linken Schultergelenkes zu erwarten.

7.3 Wenn der Beschwerdeführer ausführt, Dr.med. O._____ halte dafür, "eine Arbeitsfähigkeit sei seit März 2017 auf keinen Fall mehr möglich" (vgl. Beschwerde Rz. 11), so verkennt er, dass es sich hierbei nicht um eine Einschätzung von Dr.med. O._____ handelt, sondern um die Wiedergabe einer Aussage des Beschwerdeführers in der Anamnese (vgl. Suva-act. 202 / 13 von 24).

7.4 Von Dr.med. O._____ liegt keine Zumutbarkeitsbeurteilung vor, welche einzig die Schulterbeschwerden links berücksichtigt. Vielmehr hält er explizit fest, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers werde durch verschiedene Faktoren resp. Befunde beeinflusst. Er listet neben den Schulterbeschwerden namentlich das chronische cervicospondylogene Syndrom, die muskuläre Insuffizienz und die diffusen myofascialen Schmerzen und muskulären Verspannungen sowie insbesondere die psychiatrische Situation auf.

7.5 Wie die Suva nun aber zu Recht ausführt, sind einzig die Schulterbeschwerden links unfallkausal und für die Frage der Leistungspflicht der Suva zu berücksichtigen.

Die psychischen Leiden sind bereits im Bericht der D._____ (Klinik) dokumentiert. Sie weisen eine lange Krankheitsgeschichte auf und bestehen sicher seit 2005/2006. Bereits durch die D._____ (Klinik) wurden sie als nicht unfallkausal für die Beurteilung des unfallbedingten Zumutbarkeitsprofils ausgeschlossen (vgl. oben Erw. 3.6). Die vom Beschwerdeführer vorgetragene Behauptung, es bestehe eine natürliche Unfallkausalität der psychischen Beschwerden, entbehrt jeglicher Grundlage. Vielmehr handelt es sich um eine seit langem bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung. Die Angst hat sich - gemäss Bericht der D._____ (Klinik) - über die Jahre auf diverse Lebensbereiche ausgeweitet, nimmt agoraphobische und generalisierte Züge an und es zeige sich ebenso eine starke Angst vor der Angst (Suva-act. 113 / 2 von 4). Da es sich um eine lange Krankheitsgeschichte ohne Behandlung handelt, stellte die D._____ (Klinik) bereits damals eine Chronifizierung verbunden mit Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit fest. Bereits damals wurde festgestellt, dass diese psychische Störung eine arbeitsrelevante Leistungsminderung zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen begründet, aber als nicht unfallkausal unberücksichtigt bleiben musste.

Über die HWS-Beschwerden ist bereits rechtskräftig entschieden. Mit Verfügung vom 31. Januar 2019 wurde deren Unfallkausalität verneint (vgl. oben Erw. 4).

Dass die Sehbeschwerden auf den Sturz von der Leiter mit Schulterprellung zurückzuführen wären, macht auch der Beschwerdeführer, zumindest nicht

nachvollziehbar geltend. Entsprechendes ergäbe sich auch nicht aus dem Bericht von PD Dr.med. V. _____ (vgl. oben Erw. 5.3).

Dasselbe gilt für den Tinnitus, welcher von Dr.med. L. _____ mit keinem Wort auf das ihm bekannte Unfallereignis zurückgeführt wird, sondern auf die psychologische Verfassung des Beschwerdeführers (vgl. oben Erw. 5.1). Sodann dokumentierte er 2018, der Tinnitus bestehe anamnestisch seit ca. 3 Jahren, mithin bereits vor dem Unfall (Suva-act. 202 / 5 von 24).

Keiner der behandelnden Ärzte, insbesondere auch nicht Dr.med. O. _____, begründet eine mögliche Unfallkausalität der ausgeprägten Hyperästhesie des linken Oberschenkels. Ein Zusammenhang zum Leitersturz im März 2017 lässt sich nicht herstellen.

Der sich im September 2019 ereignete Sturz aufs Gesäss (und Mitbetroffenheit der LWS) ist des weiteren kein Unfallereignis, für welches bei der Suva eine Versicherungsdeckung bestehen würde. Zu diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer bei der Suva nicht obligatorisch unfallversichert. Mithin hat die Suva für die Folgen nicht einzustehen.

7.6 Soweit der Hausarzt gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verschiedene die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Faktoren auflistet (vgl. oben Erw. 5.6), so gilt diesbezüglich das eben ausgeführte. Einzig die Schulterbeschwerden links sind unfallkausal und für die Leistungsprüfung massgeblich.

7.7 Obwohl Dr.med. O. _____ - auf welchen sich der Beschwerdeführer wesentlich beruft - für die Zumutbarkeitsbeurteilung erklärermassen ausdrücklich auch wesentliche unfallfremde Faktoren berücksichtigt, weicht das von ihm umschriebene Zumutbarkeitsprofil dennoch qualitativ nicht wesentlich von jenem der Suva ab (vgl. oben Erw. 5.7 und 3.8). Den erforderlichen Erholungsbedarf, der dann gemäss Dr.med. O. _____ zu einer Arbeitsunfähigkeit von 60% führen soll, begründet er nicht weiter. Insbesondere erklärt er auch nicht, dieser sei allein den Schulterbeschwerden geschuldet. Was sodann seinen Befund der Schulterbeschwerden links anbelangt, so könnte einzig die von ihm geltend gemachte Re-Ruptur der Supraspinatussehne als Veränderung im Vergleich zu 2018 gelesen werden. Allerdings wird dies durch die Zweitmeinung der M. _____ (Klinik) so nicht bestätigt, worauf Dr.med. O. _____ gegenüber dem Hausarzt selber hinweist.

Demgegenüber begründet Dr.med. I. _____ nachvollziehbar, dass die aktuelle Situation bezogen auf die Schulterbeschwerden links andauernd die gleiche ist indes mit Tendenz zur Verschlechterung aufgrund der offensichtlich psychiatrischen Komponente. Seine Ausführung, es liege eine Chronifizierung der Be-

schwerden vor, wobei eine klare ätiologische Zuordnung bei geringer somatischer Pathologie nicht möglich sei, findet sich bestätigt in der Zweitmeinung der M. _____ (Klinik) (vgl. oben Erw. 5.7). Diese vermag die vom Beschwerdeführer betonte Re-Ruptur der Supraspinatussehne so nicht zu bestätigen, sondern interpretiert das Arthro MRI vom Februar 2019 als regelrecht inserierende Supraspinatussehne nach Rekonstruktion mit minimaler (< 2mm) Lücke im Bereich des anterioren Supraspinatus. Eine wesentliche Re-Ruptur wird verneint, erst recht eine Retraktion. Ein wesentlich veränderter, unfallkausaler Befund, wie er vom Beschwerdeführer geltend gemacht wird, lässt sich mithin nicht bestätigen. Wenn aber keine veränderte Befundlage vorliegt, dann besteht keine Grundlage für eine Revision. Selbst wenn auf die durch Dr.med. O. _____ abweichend attestierte Arbeitsunfähigkeit einzugehen wäre, würde dies für eine Revision nicht ausreichen, fehlt es doch an einer veränderten Befundlage (vgl. Urteil BGer 8C_170/2020 vom 2.7.2020 Erw. 2.3). Und selbst wenn die Re-Ruptur der Supraspinatussehne als Befundänderung anerkannt würde, so würde es sich laut übereinstimmenden ärztlichen Beurteilungen um eine geringe somatische Pathologie handeln. Sie wäre - wie die Vorinstanz schlüssig darlegt - ohne Einfluss auf das bereits einschränkende Zumutbarkeitsprofil von 2018.

7.8 Wenn es an der Grundlage für eine Revision mangelt, dann hat die Suva eine revisionsweise Anpassung sowohl der Invalidenrente als auch der Integritätsentschädigung zu Recht abgelehnt. Auf die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers bezüglich Invalideneinkommen und leidensbedingter Abzug ist nicht einzugehen. Mithin erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

8. Es werden keine Kosten erhoben (Art. 61 lit. a ATSG); Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht nicht (Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 14. Januar 2021

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 20. Januar 2021