



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. April 2022 (715 21 365 / 84)

Unfallversicherung

Formlose Mitteilung betreffend Leistungseinstellung nicht in Rechtskraft erwachsen; Berufskrankheit: Wenn auf Grund medizinischer Forschungsergebnisse ein Erfahrungswert dafür besteht, dass eine berufsbedingte Entstehung eines bestimmten Leidens von seiner Natur her nicht nachgewiesen werden kann, dann schliesst dies den (positiven) Beweis auf qualifizierte Ursächlichkeit im Einzelfall aus.

_____ Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Martina Somogyi

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Julia Blattner, Rechtsanwältin, ThomannFischer, Elisabethenstrasse 30, Postfach, 4010 Basel

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdefgegnerin

_____ Betreff Leistungen

A.1 A._____, geboren 1962, arbeitete von 2. Februar 1990 bis 31. Januar 2021 bei der B.____ AG und war dort zuletzt als Leiter der Schlosserei tätig. Über seine Arbeitgeberin war er bei der

Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen Unfälle und Berufskrankheiten versichert. Gemäss Schadensmeldung vom 3. Dezember 2020 habe sich A.____ am 14. April 2020 beim Schwingen eines schweren Vorschlaghammers an der rechten Schulter verletzt. Infolge dieses Ereignisses stellte sich A.____ erstmals am 22. Juni 2020 bei Dr. med. C.____ vor, welche eher ein subacromiales Impingement als einen Riss der Rotatorenmanschette diagnostizierte. Nach dem Erstellen von Röntgen- und Ultraschallbildern am 10. Juli 2020 und der Durchführung einer Arthrographie sowie einer Arthroskopie am 9. Dezember 2020 wurde A.____ am 26. Januar 2021 endoskopisch durch Dr. med. D.____ an der rechten Schulter operiert. Dr. D.____ die Diagnose einer tiefen Teilruptur der Rotatorenmanschette, im Speziellen der Supra- und Infraspinatussehne. Darauf folgend klärte die Suva den medizinischen Sachverhalt ab und erbrachte gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 2. März 2021 gesetzliche Versicherungsleistungen bis Ende September 2020 mit der Begründung, dass spätestens zu diesem Zeitpunkt die Folgen aus dem Ereignis vom 14. April 2020 abgeheilt seien. Darüber informierte die Suva A.____ anlässlich des Telefongesprächs vom 8. März 2021 und mit Bestätigungsmail vom 9. März 2021 formlos.

A.2 Nachdem A.____ die Suva am 8. März 2021 auf den von Dr. D.____ geäusserten Verdacht hingewiesen hatte, die Schulterbeschwerden seien auf seine berufliche Tätigkeit zurückzuführen, überprüfte die Suva ihre Leistungspflicht erneut. Mit Verfügung vom 19. Juli 2021 lehnte sie einen über September 2020 hinausgehenden Leistungsanspruch von A.____ mit der Begründung ab, es läge keine Berufskrankheit vor. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 30. September 2021 fest.

B. Gegen den Einspracheentscheid vom 30. September 2021 erhob A.____ am 25. Oktober 2021, vertreten durch die Rechtsanwältin Julia Blattner, Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin oder des Staates die vollständige Aufhebung des Einspracheentscheids vom 30. September 2021 und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung, eventualiter die Einholung eines Gutachtens aus dem Fachbereich Arbeitsmedizin, eventualiter aus den Fachbereichen Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates zur Abklärung des Vorliegens einer Berufskrankheit.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 8. November 2021 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG)

vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zurzeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Abs. 1). Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem das Durchführungsorgan seinen Sitz hat (Abs. 2). Der Beschwerdeführer wohnt in X.____, womit für die örtliche Zuständigkeit der Wohnsitz des letzten schweizerischen Arbeitgebers massgeblich ist. Der Versicherte arbeitete zuletzt bei der B.____ AG in Y.____ (BL). Die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft ist damit zu bejahen. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2.1 Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per Ende September 2020 einstellte und über diesen Zeitpunkt hinausgehende Leistungen verneinte. Vorab gilt es dabei in prozessualer Hinsicht zu beurteilen, ob die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren auf ihre am 8. März 2021 formlos mitgeteilte Leistungseinstellung per Ende September 2020 zurückzukommen hat, welche sie gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. E.____ vom 2. März 2021 mit degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette begründete.

1.2.2 Gemäss Art. 49 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, eine schriftliche Verfügung zu erlassen. Die Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen und sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können in Anwendung von Art. 51 Abs. 1 ATSG in einem formlosen Verfahren behandelt werden. Die betroffene Person kann nach Art. 51 Abs. 2 ATSG den Erlass einer Verfügung verlangen. Zwar bezieht sich Art. 51 ATSG ausdrücklich nur auf das zulässige formlose Verfahren, doch erachtet es die Rechtsprechung – in Analogie zu Art. 51 Abs. 2 ATSG – auch dann als angezeigt, dass die versicherte Person einen Entscheid in Form einer Verfügung verlangen kann, wenn der Versicherungsträger zu Unrecht formlos und nicht mittels Verfügung entschieden hat (BGE 134 V 145 E. 5.1). Die Frist für eine Intervention der betroffenen Person gegen den unzulässigerweise formlos mitgeteilten Entscheid beträgt im Regelfall ein Jahr seit der Mitteilung. Eine längere Frist kommt allenfalls dann in Frage, wenn die betroffene Person – insbesondere wenn sie rechtsunkundig und nicht anwaltlich vertreten ist – in guten Treuen annehmen durfte, der Versicherer habe noch keinen abschliessenden Entscheid fällen wollen und sei mit weiteren Abklärungen befasst (BGE 134 V 145 E. 5.3). Ohne fristgerechte Intervention erlangt der Entscheid rechtliche Wirkung, wie wenn er zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1

ATSG ergangen wäre (BGE 134 V 145 E. 5.4; Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2018, 8C_536/2017, E. 3.4).

1.2.3 Zu prüfen ist somit, ob die formlose Mitteilung vom 8. März 2020 betreffend die Ablehnung eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 14. April 2020 und den Beschwerden an der rechten Schulter über Ende September 2020 hinaus mangels rechtzeitiger Intervention des Beschwerdeführers in Rechtskraft erwachsen ist. Dabei ist zu beachten, dass dem Beschwerdeführer anlässlich des Telefongesprächs vom 8. März 2021 in Aussicht gestellt wurde, dass die Suva ihre Leistungspflicht weiterhin überprüfe. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist deshalb davon auszugehen, dass der Versicherte nach Treu und Glauben annahm, die Beschwerdegegnerin habe noch keine abschliessende Entscheidung getroffen, und er aufgrund dessen nicht unmittelbar den Erlass einer anfechtbaren Verfügung verlangte. Ausserdem war der Versicherte zum Zeitpunkt der formlosen Mitteilung am 8. März 2021 noch nicht anwaltlich vertreten. Im Rahmen des Einspracheverfahrens ersuchte der Beschwerdeführer, vertreten durch die Rechtsanwältin Julia Blattner, mit Eingabe vom 13. September 2021 sodann um die Ausrichtung der «gesetzlichen Leistungen», eventualiter um die Beurteilung des «Unfallbegriffes» durch ein Gutachten aus dem Fachbereich Arbeitsmedizin, eventualiter aus den Fachbereichen Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Dass der Beschwerdeführer seinen Antrag unter Bezugnahme auf die Verfügung vom 19. Juli 2021 insbesondere mit einer Berufskrankheit begründete und sich nicht weiter zum Vorliegen von Unfallfolgen oder Folgen einer unfallähnlichen Körperschädigung äusserte, schadet ihm im Übrigen nicht. Die Einspracheinstanz hat den Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen zu beachten und ist folglich auch nicht an die Begründung des Einsprechers gebunden (MARCO WEISS, Das Einspracheverfahren nach Art. 52 ATSG, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht [JaSo] 2020, S. 241), weshalb es genügt, dass der Beschwerdeführer deutlich zum Ausdruck brachte, dass er mit der Leistungseinstellung per Ende September 2020 nicht einverstanden war und er deshalb um Neubeurteilung seines Leistungsanspruchs im Sinne der «gesetzlichen Leistungen» ersucht. Im Ergebnis intervenierte der Beschwerdeführer spätestens mit der Einsprache vom 13. September 2021, und damit rechtzeitig innert der seit 8. März 2021 laufenden Jahresfrist gegen die Leistungseinstellung per September 2020, weshalb die formlose Mitteilung vom 8. März 2021 nicht in Rechtskraft erwachsen ist und der Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 14. April 2020 und den Schulterbeschwerden über September 2020 hinaus nichts entgegensteht.

1.3 Somit ist auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 25. Oktober 2021 einzutreten.

2. Im Sinne der Ausführungen in E. 1.2 ist die Frage nach der gesetzlichen Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin (Heilbehandlung und Taggeldleistungen) über September 2020 hinaus hinsichtlich sämtlicher in Betracht kommender Anspruchsgrundlagen zu prüfen.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 6 Abs. 2 UVG verpflichtet

den Unfallversicherer zudem zur Leistungserbringung bei Vorliegen einer sog. unfallähnlichen Körperschädigung, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Nach Art. 9 Abs. 3 UVG sind Berufskrankheiten von ihrem Ausbruch an einem Berufsunfall gleichgestellt, sofern das Gesetz nichts anderes bestimmt. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung von Unfallfolgen und Berufskrankheiten (Heilbehandlung), wobei der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen hat, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles oder der Berufskrankheit voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld, wobei dieses bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes beträgt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person.

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis (Unfall, unfallähnliche Körperschädigung oder Berufskrankheit) und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 125 V 456 E. 5a mit Hinweisen).

4.1 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG) beherrscht. Danach haben Verwaltung und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Sie dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind.

4.2 Das Sozialversicherungsgericht hat seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen

Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2). 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 Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2 mit Hinweisen).

4.3 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, weshalb es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten 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 der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 f.). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten, sie sind aber soweit

zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

5.1 Zur Beurteilung des medizinischen und berufsspezifischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen die nachfolgenden Unterlagen vor.

5.2 Nachdem sich der Versicherte infolge des Ereignisses vom 14. April 2020 erstmals am 22. Juni 2020 bei seiner Hausärztin Dr. C.____ vorgestellt hatte, stellte diese gleichentags fest, der Versicherte leide an Schmerzen und einer funktionellen Beeinträchtigung an der rechten Schulter. Sie äusserte den Verdacht, die geklagten Beschwerden seien eher auf ein subacromiales Impingement als auf eine Ruptur der Rotatorenmanschette zurückzuführen.

5.3 Im Auftrag von Dr. C.____ führte Dr. med. F.____ am 10. Juli 2020 eine Röntgen- und Ultraschalluntersuchung der rechten Schulter des Versicherten durch. Entsprechend seinem Bericht habe er anhand der Röntgenbilder keine «tendinopathie calcifiante» der Rotatorenmanschette feststellen können. Der Ultraschallbefund habe eine «ténosynovite bicipitale» ergeben. Es sei ein «nodule de tendinose» zu beobachten, welcher auf eine «rupture partielle non transfixante de la portion distale ventrale moyenne du susépineux» zurückzuführen sei.

5.4 Dr. C.____ attestierte dem Versicherten erstmals am 7. Oktober 2020 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit vom 7. Oktober 2020 bis vorerst zum 9. Oktober 2020. In der Folge bestätigte ihr Nachfolger, Dr. med. G.____, die 100%-ige Arbeitsunfähigkeit seit 30. Oktober 2020 kontinuierlich.

5.5 Das Arbeitsprofil des Versicherten als Leiter Schlosserei umfasste gemäss Zwischenzeugnis vom 20. November 2020 folgende Aufgaben: Koordinieren der Mitarbeiter (fünf Schweisser und ein Brennmaschinenbediener), Festlegen von Zusammenbauabfolgen (Heften) grosser Bauteile bis 100 Tonnen, Definieren von Zugaben für die Brennschneidmaschine, Optimieren von Schweissparametern an den Schweissgeräten, Kranhandling von sehr schweren Bauteilen bis 100 Tonnen, Festlegen von Schweissfolgen, Bestellen von Schweisszubehör, Instandhalten von Schweisszubehör, Kontrollieren der Schweissarbeit, Kommissionieren der Schweisstteile, Richten von Blechen und Bauteilen mit dem Gasbrenner, Kontrollieren der Schweisszeichnungen auf Vollständigkeit, Schweissen von Zylinderböden mit halbautomatischer Schweissvorrichtung, Zusammenbau (Heften) von kleinen bis sehr grossen und schweren Bauteilen.

5.6 Nach Zuweisung durch Dr. D.____ vom 4. August 2020 berichtete Dr. med. H.____ am 9. Dezember 2020, die beim Versicherten durchgeführten Arthographie und Arthroskopie liessen zwar eine mässige akromioklavikuläre Arthropathie und die Entstehung einer «déminéralisation micro-géodique céphalique humérale supérieure» erkennen, ansonsten sei die Arthro-CT-Bilanz unauffällig, insbesondere sei keine Verletzung der Rotatorenmanschette festzustellen.

5.7 Anlässlich des Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 23. Dezember 2021 schilderte der Versicherte, er habe mit einem Kran am 14. April 2020 einen etwa 800 Kilogramm schweren Zylinder auf einen Drehtisch von ca. 40 Zentimeter Höhe gehievt. Danach sei er auf

den Drehtisch gestiegen und habe mit einem gut fünf Kilogramm schweren Kunststoffhammer auf den Zylinder geschlagen, um diesen zu zentrieren. Während des Schlagens habe er das Gleichgewicht verloren. Er sei zuerst mit einem Bein am Boden aufgetreten, habe den Hammer fallen lassen und den Sturz nach vorne mit beiden Händen abgefedert. Mit der rechten dominanten Hand habe er sich auf einer Euro-Palette abgestützt. Schlussendlich habe er in seitlicher Linkslage am Boden gelegen. Trotz Schmerzen habe er weitergearbeitet.

5.8 Am 18. Januar 2021 teilte Dr. D.____ mit, der Versicherte leide an einer nicht-transfixierenden Teilruptur der Rotatorenmanschette der rechten Schulter, wobei 50 % der Sehnen gerissen seien. Aufgrund dessen schlage er seinem Patienten eine endoskopische Dekompression in Verbindung mit einer endoskopischen Rekonstruktion zur Verstärkung der Supraspinatussehne vor.

5.9 Die Beschwerdegegnerin wandte sich darauffolgend an ihre Kreisärztin Dr. med I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin. Diese konnte gemäss Stellungnahme vom 20. Januar 2021 anhand der bisherigen Untersuchungsergebnisse nicht beurteilen, ob das gemeldete Ereignis vom 14. April 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt habe. Sie empfahl deshalb, eine Magnetresonanztomografie (MRT) der rechten Schulter vorzunehmen sowie den zu erwartenden Operationsbericht von Dr. D.____ einzuholen.

5.10 Am 26. Januar 2021 berichtete Dr. D.____ mittels handschriftlich ausgefüllten, kaum lesbaren Formulars über die gleichentags erfolgte Operation. Mit Schreiben vom 3. Februar 2021 führte er dazu aus, der endoskopische Eingriff habe die Verstärkung der teilweise gerissenen Rotatorenmanschette und im Speziellen der Supra- und Infraspinatussehne umfasst.

5.11 Dr. D.____ stellte anlässlich der Nachkontrolle vom 1. März 2021 eine Verbesserung der Schulterbeschwerden fest. Einzig in der Aussenrotation und der Antepulsion sei die Schulter noch etwas steif, weshalb er dem Versicherten Physiotherapie verordne.

5.12 Mit kreisärztlicher Stellungnahme vom 2. März 2021 kam Dr. E.____ zum Schluss, das Ereignis vom 14. April 2020 habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt. Vielmehr handle es sich um degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette. Nach Prellung der Schulter seien die Beschwerden spätestens per Ende September 2020 abgeheilt. Dementsprechend sei der Schaden, welcher am 26. Januar 2021 operiert wurde, nicht auf das genannte Ereignis zurückzuführen.

5.13 Nachdem der Versicherte die Beschwerdegegnerin im Rahmen der formlosen Mitteilung vom 8. März 2021 darauf hingewiesen hatte, dass der Operateur Dr. D.____ seine Schulterbeschwerden auf die berufliche Tätigkeit zurückführe, gab sie gestützt auf die kreisärztliche Stellungnahme von Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____, FMH Innere Medizin, Pneumologie und Arbeitsmedizin, vom 22. März 2021 zwecks Abklärung einer die Schulterbeschwerden auslösenden Berufskrankheit eine Aussendienstabklärung in Auftrag. Auf kreisärztliche Empfehlung versuchte sie zudem, einen gut leserlichen Operationsbericht von Dr. D.____ erhältlich zu machen sowie die durch Dr. F.____ erstellten Röntgen- und Ultraschall-Bilder einzuholen.

5.14 In Konkretisierung seiner Angaben vom 23. Dezember 2021 berichtete der Versicherte anlässlich der Aussendienstbefragung vom 7. April 2021, er habe den Sturz mit ausgestrecktem rechten Arm (nach vorne haltend) aufgefangen. Nach dem Sturz habe er sofort messerstichartige Schmerzen verspürt. Die Beweglichkeit sei nur noch bis zur Horizontalen möglich gewesen. Da die Schmerzen langsam zurückgegangen seien, habe er normal weitergearbeitet. Bei schnelleren und unkontrollierten Bewegungen sei es aber immer wieder zu einschliessenden Schmerzen gekommen. Arbeiten mit dem Hammer oder Überkopfarbeiten seien in der Folge unmöglich gewesen und dennoch habe er sich durchgebissen und versucht, Arbeiten soweit möglich zu delegieren. Im Rahmen der Aussendienstbefragung händigte der Versicherte der Abklärungsperson die am 10. Juli 2020 durch Dr. F. _____ erstellten Röntgen- und Ultraschallbilder aus. Betreffend seine Tätigkeit bei der B. _____ AG legte der Versicherte dar, dass er ab 1990 als Mechaniker für das Zusammenbauen von Rundbiegemaschinen verantwortlich gewesen sei. Diese Maschinen seien sehr gross und würden mehrere Tonnen wiegen – teilweise über 100 Tonnen, weshalb sie ohne Hilfsmittel nicht arbeiten könnten. Das Anbringen von Schrauben (500 Gramm bis ca. vier Kilogramm) brauche wegen des Gegendrucks viel Kraft in den Armen und löse zusätzlich grosse Vibrationen in den Armen und im Körper aus. Anfangs hätten sie noch mit Bleihämmern gearbeitet, welche jeden Schlag in den Körper geleitet hätten. Ab 1994 habe der Versicherte in die Schlosserei gewechselt, wo das Chassis für die Maschine gebaut werde. Dabei würden bis zu zehn Zentimeter dicke Stahlplatten mit einem Kran abgesenkt, diese dann mithilfe eines Hammers die letzten Millimeter an die richtige Stelle geklopft und anschliessend fürs Schweissen fixiert. Täglich habe der Versicherte im Minimum eine Stunde mit einem zwei oder fünf Kilogramm schweren Hammer gehämmert. Beim sog. Flammenrichten (Begradigen von Metallplatten) habe er mit einem ein Kilogramm schweren Brenner die Platten erhitzt. Diese Arbeit sei sehr anstrengend, da sie infolge 2'000 Grad Celsius heisser Flamme körperfern, mit nach vorne ausgestrecktem Arm erfolge. Täglich sei er zwei Stunden damit beschäftigt gewesen. Schliesslich würden die Maschinen über Ketten mit einer Zugkraft von etwa 30 Tonnen an den Kran gehängt. Diese Arbeit könne nur zu zweit verrichtet werden und erfolge mehrmals am Tag, wobei der Versicherte keine Angaben darüber machen konnte, wie viel Zeit er damit verbracht habe. Zuletzt sei er als Leiter der Schlosserei für sechs Angestellte verantwortlich gewesen. Administrative Aufgaben habe er keine übernommen. Er sei in dieser Funktion vielmehr für die Aufgabenzuteilung und die Ausbildung der Mitarbeitenden zuständig gewesen. Ansonsten habe er voll mitgearbeitet.

5.15 Nachdem die Beschwerdegegnerin das Schadensdossier erneut den Kreisärzten Dres. J. _____ und K. _____ zur Beurteilung vorgelegt hatte, kamen diese am 20. Mai 2021 zum Schluss, zur adäquaten Beurteilung der natürlichen Kausalität bedürfe es eines Berichts von Dr. D. _____ bezüglich der Untersuchungen vom 4. August 2020, vom 18. Januar 2021 und vom 12. April 2021 sowie eines gut leserlichen Operationsberichts vom 26. Januar 2021.

5.16 Mit Stellungnahme vom 17. Juni 2021 stellte Dr. med. L. _____, FMH Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, fest, dass es sich bei der inkompletten Rotatorenmanschettenruptur des Versicherten nicht um eine sog. Listenerkrankung nach Art. 9 Abs. 1 UVG handle. Es könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte seit Beendigung seiner Ausbildung im Jahre 1979

eine körperlich schwere Tätigkeit ausgeübt habe. Als berufliche Risikofaktoren für die Degeneration von Sehnen der Rotatorenmanschette würden vor allem Überkopfarbeiten, das Heben und Tragen von schweren Lasten, Vibrationsbelastungen des Hand-Arm-Systems und repetitive Arbeiten mit Kraftanwendung und im Speziellen Kombinationen dieser Belastungen beschrieben. Die Tätigkeit des Versicherten könne als Wechseltätigkeit beurteilt werden. Hoch repetitive Tätigkeiten, vergleichbar mit einer Fließbandarbeit, würden nicht ausgeführt. Langdauernde regelmässige Überkopfarbeiten seien bei der Tätigkeit nicht notwendig. Es könne davon ausgegangen werden, dass sich beim Hämmern der Hammer beim Schlagen kurzzeitig über Kopfhöhe befinde, nicht hingegen der ganze Arm. Die Arbeit sei nicht vergleichbar mit einer Tätigkeit, bei welcher regelmässig und langdauernd an der Decke Arbeiten ausgeführt würden. Das Gewicht der Hämmer und auch der Schrauben werde mit unter fünf Kilogramm angegeben. Arbeiten mit grösseren Gewichten, wie die erwähnten Ketten zum Aufhängen der Maschinen am Kran, würden zu zweit ausgeführt. Für grosse Gewichte stünden zudem Hebehilfen und Krane zur Verfügung. Die Tätigkeiten seien weder qualitativ noch quantitativ geeignet, die inkomplette Rotatorenmanschettenruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich oder stark überwiegend verursacht zu haben, so dass die gesetzlichen Voraussetzungen zur Anerkennung einer Berufskrankheit nach Art. 9 Abs. 2 UVG ebenfalls nicht erfüllt seien. Im Übrigen sei epidemiologisch bekannt, dass die allgemeine Prävalenz der Rotatorenmanschettenruptur zwischen 20 und 35 % liege, mit zunehmendem Alter deutlich und signifikant ansteige und im sechsten Lebensjahrzehnt je nach Literaturquelle 26 oder 33 % betrage.

6.1 Primär zu beurteilen ist, ob die Beschwerdegegnerin vom Nichtvorliegen einer Berufskrankheit ausgehen durfte. Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten. Da die Bestimmungen zur Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 und Art. 9 UVG) nicht geändert wurden (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 12. Oktober 2021, 8C_414/2021, E. 2.3), finden die gleichlautenden bisherigen Gesetzesbestimmungen und auch die dazu ergangene Rechtsprechung weiterhin Anwendung.

6.2 Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind (Art. 9 Abs. 1 Satz 1 UVG). Der Bundesrat erstellt die Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der arbeitsbedingten Erkrankungen (Art. 9 Abs. 1 Satz 2 UVG). Gestützt auf diese Delegationsnorm und Art. 14 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 hat er in Anhang 1 zur UVV eine Liste der schädigenden Stoffe und der arbeitsbedingten Erkrankungen erstellt. Nach der Rechtsprechung ist eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten nur dann gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle andern mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen. "Ausschliessliche" Verursachung hingegen meint praktisch 100 % des ursächlichen Anteils der schädigenden Stoffe oder bestimmten Arbeiten an der Berufskrankheit (BGE 119 V 200 E. 2a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 9. August 2006, U 71/05, E. 4.2). Das Erfordernis eines Kausalzusammenhangs ist also erfüllt, wenn die Krankheit zu mehr als 50 % durch einen im Anhang 1 zur UVV erwähnten schädigenden Stoff oder eine erwähnte Arbeit verursacht worden ist (BGE 119 V 200 E. 2a; Urteil des Bundesgerichts vom 3. April 2007, U 410/05, E. 2 in: SVR 2007 UV Nr. 27 S. 91). Das Bundesgericht hat diesbezüglich sodann festgehalten,

dass ein vorwiegend beruflicher Ursprung der Erkrankung anzunehmen ist, wenn aufgrund epidemiologischer Fakten feststeht, dass für die betroffene Person die berufsbedingte Exposition gegenüber der schädlichen Substanz eine Verdoppelung des Risikos, krank zu werden, mit sich bringt (BGE 133 V 421 E. 5.1, Urteil des Bundesgerichts vom 1. Dezember 2005, U 245/05, E. 3.2). Ob dies im Einzelfall so ist, muss mit der hinreichenden Wahrscheinlichkeit dargetan werden (Urteil des Bundesgerichts vom 7. November 2018, 8C_326/2018, E. 4.3.1 mit Hinweis auf: ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 93).

6.3 Gemäss Art. 9 Abs. 2 UVG gelten als Berufskrankheiten auch andere Krankheiten, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Diese Generalklausel bezweckt, allfällige Lücken zu schliessen, die dadurch entstehen können, dass die bundesrätliche Liste gemäss Anhang 1 zur UVV entweder einen schädlichen Stoff, der eine Krankheit verursachte, oder eine Krankheit nicht aufführt, die durch die Arbeit verursacht wurde. Nach der Rechtsprechung ist die Voraussetzung des "stark überwiegenden" Zusammenhangs erfüllt, wenn die Berufskrankheit mindestens zu 75 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden ist. Dabei sind an die Annahme einer Berufskrankheit relativ strenge Anforderungen zu stellen. Verlangt wird, dass der Versicherte für eine gewisse Dauer einem typischen Berufsrisiko ausgesetzt ist. Die einmalige gesundheitliche Schädigung, die gleichzeitig mit der Berufsausübung eintritt, genügt nicht. Für die Beurteilung der Exposition (oder Arbeitsdauer) ist die gesamte ausgeübte Berufstätigkeit zu berücksichtigen (BGE 126 V 183 E. 2b mit Hinweisen). Grundsätzlich ist in jedem Einzelfall Beweis darüber zu führen, ob die geforderte stark überwiegende (mehr als 75%-ige) bis ausschliessliche berufliche Verursachung vorliegt (BGE 126 V 183 E. 4b).

6.4 Ob eine vorwiegende resp. stark überwiegender Verursachung vorliegt, ist eine Beweisfrage. Dabei spielt nach der Rechtsprechung eine entscheidende Rolle, ob und inwieweit die Medizin, je nach ihrem Wissensstand in der fraglichen Disziplin, über die Genese einer Krankheit im Allgemeinen Auskunft zu geben oder (noch) nicht zu geben vermag. Deshalb ist in zwei Schritten vorzugehen: Zunächst wird geprüft, ob aufgrund medizinischer Forschungsergebnisse ein Erfahrungswert dafür besteht, dass eine berufsbedingte Entstehung eines bestimmten Leidens von seiner Natur her nicht nachgewiesen werden kann. Ist diese Konstellation gegeben, schliesst dies den (positiven) Beweis auf qualifizierte Ursächlichkeit im Einzelfall aus. Oder mit anderen Worten: Sofern der Nachweis des erforderlichen Kausalzusammenhangs nach der medizinischen Empirie allgemein nicht geleistet werden kann, scheidet die Anerkennung im Einzelfall aus (Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2020, 8C_149/2020, E. 1 betreffend Art. 9 Abs. 2 UVG; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2019, 8C_758/2018, E. 3.1 hinsichtlich Art. 9 Abs. 1 UVG). Dies trifft etwa dort zu, wo es wegen der weiten Verbreitung einer Krankheit unmöglich nachzuweisen ist, dass Personen, die eine bestimmte Berufstätigkeit ausüben, zumindest vier Mal häufiger von einem Leiden betroffen sind als die Bevölkerung im Durchschnitt (vgl. BGE 126 V 183 E. 4c). Sind dagegen die allgemeinen medizinischen Erkenntnisse mit dem gesetzlichen Erfordernis einer vorwiegend (Anteil mindestens 50 %) resp. stark überwiegender (Anteil mindestens 75 %) Verursachung des Leidens durch die ausgeübte Tätigkeit vereinbar, besteht (in einem zweiten Schritt) Raum für nähere Abklärungen zum Nachweis des qualifizierten Kausalzusammenhangs

im Einzelfall (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2012, 8C_746/2012, E. 5; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2019, 8C_758/2018, E. 3.1).

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 30. September 2021 auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. L.____ vom 17. Juni 2021, wonach epidemiologisch bekannt sei, dass die allgemeine Prävalenz der Rotatorenmanschettenruptur zwischen 20 und 35 % liege, mit zunehmendem Alter deutlich und signifikant ansteige und im sechsten Lebensjahrzehnt je nach Literaturquelle 26 oder 33 % betrage. Im Weiteren lägen, so der Einspracheentscheid, keine allgemeinen medizinischen Kenntnisse vor, welche zeigen würden, dass mit dem Beruf als Schlosser oder Mechaniker eine stark überwiegende Verursachung des gennannten Leidens vereinbar wäre. Aufgrund dessen bestehe kein Raum für nähere Abklärungen zwecks Nachweises des qualifizierten Kausalzusammenhangs. Die Ausrichtung von Leistungen sei damit von vornherein ausgeschlossen, weshalb lediglich entgegenkommenderweise die konkrete Tätigkeit des Versicherten überprüft werde.

Dementsprechend führte die Beschwerdegegnerin der Argumentation von Dr. L.____ vom 17. Juni 2021 folgend (vgl. dazu E. 5.16) aus, dass es sich bei der inkompletten Rotatorenmanschettenruptur des Versicherten weder um eine Listenerkrankung in Sinne von Art. 9 Abs. 1 UVG in Verbindung mit dem Anhang 1 zur UVV noch um eine Berufskrankheit nach Art. 9 Abs. 2 UVG handle. Sie hielt fest, dass die Einschätzung von Dr. L.____ für die streitigen Belange umfassend sei und insbesondere auch den Aussendienststrapport vom 7. April 2021 sowie das Zwischenzeugnis vom 20. November 2020 berücksichtige, welche die Arbeitstätigkeit des Versicherten umschreiben. Aufgrund der Beförderungen des Versicherten in den Jahren 1999 und 2008 sei zudem davon auszugehen, die körperlich schwere bzw. Schulter belastende Tätigkeit habe nur einen Teil seiner Arbeit dargestellt, was auch durch die arbeitgeberische Aussage, der Versicherte habe in seiner Tätigkeit als Meister nicht mehr die wirklich belastenden Arbeiten ausführen müssen, untermauert werde. In die gleiche Richtung weise auch der Umstand, dass der Versicherte trotz seiner Angabe, seit dem Ereignis im April 2020 keine Überkopfarbeiten und keine Arbeiten mit dem Hammer mehr ausüben zu können, in vollem Pensum habe weiterarbeiten können. In diesem Sinne könne festgehalten werden, dass die Tätigkeit des Versicherten nicht geeignet sei, die inkomplette Rotatorenmanschettenruptur rechts mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich oder stark überwiegend verursacht zu haben.

7.2 Der Beschwerdeführer bringt gegen den Einspracheentscheid vom 30. September 2021 im Wesentlichen vor, die suvainterne ärztliche Beurteilung von Dr. L.____ vom 17. Juni 2021 berücksichtige gerade nicht sämtliche Aspekte seines Arbeitsalltages. So müsse er sehr wohl mit sehr schweren Bauteilen arbeiten, was durch das Zwischenzeugnis vom 20. November 2020 belegt sei. Zudem müsse er regelmässig über Kopf arbeiten, bspw. beim Schwingen eines schweren Hammers. Hinzu komme, dass er Arbeiten mit Vibrationsbelastungen des Hand-Arm-Systems ausführen müsse und repetitive Arbeiten mit Kraftanwendung erbringe. Dabei handle es sich ausserdem um vom Kreisarzt als berufliche Risikofaktoren bezeichnete Arbeiten. Schliesslich sei irrelevant, dass der Arbeitsmediziner von einer Wechseltätigkeit ausgehe, sei doch auch eine Kombination der beschriebenen Belastungen als Risikofaktor einzustufen. Darüber hinaus mache die körperliche Arbeit trotz der Funktion des Beschwerdeführers einen wesentlichen Teil

seines Arbeitsalltages aus. Er habe über Jahrzehnte mindestens sieben Arbeitsstunden mit körperlicher Arbeit verbracht, was wiederum durch das Arbeitszeugnis vom 20. November 2020 belegt werde. In einem vollen Pensum habe er trotz des Ereignisses vom April 2020 weiterarbeiten können, weil er ab diesem Zeitpunkt häufiger Büroarbeiten durchgeführt habe, sei er zu Arbeiten mit dem Hammer und Überkopparbeiten doch nicht mehr in der Lage gewesen. Dementsprechend sei auch die Aussage der Arbeitgeberin vom 23. Dezember 2020 einzuordnen: Es seien Umstrukturierungsmassnahmen durchgeführt worden, weshalb davon auszugehen sei, die Beschwerdegegnerin habe mit einem Mitarbeiter gesprochen, der den Beschwerdeführer erst seit dem Ereignis vom 14. April 2020 gekannt habe. Auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer als Rechtsänderer nur an der rechten Schulter eine Rotatorenmanschettenruptur erlitten habe, spreche für eine berufliche und gegen eine degenerative Verursachung. Zumindest geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung würden schliesslich deshalb bestehen, weil Dr. L._____ die Erklärung des Beschwerdeführers vom 13. September 2021 zu seinem Arbeitsalltag (vgl. dazu Beschwerdebeilage 6) nie vorgelegt worden sei.

7.3 Was der Beschwerdeführer zur Begründung einer Berufskrankheit vorbringt, findet kein Gehör. Entsprechend den Ausführungen in E. 6.4, erfolgt die Beurteilung des Vorliegens einer Berufskrankheit in zwei Schritten. Primär zu beurteilen ist, ob der Nachweis der natürlichen Kausalität zwischen der beruflichen Tätigkeit und den körperlichen Beschwerden überhaupt erbracht werden kann. Erst wenn ein solcher Nachweis grundsätzlich möglich ist, erfolgt in einem zweiten Schritt die Kausalitätsprüfung im Einzelfall. Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die kreisärztlichen Ausführungen von Dr. L._____ vom 17. Juni 2021 davon aus, dass die Prävalenz bei Rotatorenmanschettenrupturen in der Allgemeinbevölkerung zwischen 20 und 35 % liege. Mit zunehmendem Alter steige sie sogar deutlich und signifikant an und betrage im sechsten Jahrzehnt zwischen 26 und 33 %. Dr. L._____ stützt seine Angaben dabei auf die S2e-Leitlinie «Rotatorenmanschette» der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMG), Version März 2017, der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie. Zwar befindet sich die genannte Richtlinie zurzeit in Überarbeitung. Dieser Umstand allein bietet jedoch keinen Anhaltspunkt dafür, an der kreisärztlichen Darlegung auch nur im Geringsten zu zweifeln. Der Beschwerdeführer bringt dagegen auch nichts vor. Dementsprechend ging die Beschwerdegegnerin zur Recht davon aus, die allgemeine Prävalenz der Rotatorenmanschettenruptur sei derart hoch, dass der qualifizierte Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen beruflicher Tätigkeit und körperlichem Leiden nicht erbracht werden könne, wird zur Anerkennung einer Berufskrankheit gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung doch vorausgesetzt, die entsprechende Berufsgruppe erkranke vier Mal häufiger als die Allgemeinbevölkerung. Bereits bei einer Prävalenz von 25 % müssten im Ergebnis sämtliche Schlosser resp. Mechaniker infolge ihrer beruflichen Tätigkeit eine Rotatorenmanschettenruptur erleiden, was einerseits schwer vorstellbar ist und wofür andererseits keine empirischen Werte bekannt sind. In diesem Sinne kann offengelassen werden, ob sich die partielle Rotatorenmanschettenruptur unter Ziff. 2 lit. a der vom Bundesrat gestützt auf Art. 9 Abs. 1 UVG als Anhang 1 zur UVV erstellten Liste subsumieren lässt. Gemäss der genannten Bestimmung gelten als arbeitsbedingte Erkrankungen namentlich solche, die durch Vibrationen (nur radiologisch nachweisbare Einwirkungen auf Knochen und Gelenke) hervorgerufen worden sind. Nicht weiter zu

prüfen ist im Sinne der Ausführungen auch, ob das vom Beschwerdeführer dargelegte Tätigkeitsprofil zumindest stark überwiegend die partielle Rotatorenmanschette verursachte. Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin zu Recht vom Nichtvorliegen einer Berufskrankheit im Sinne des UVG ausgegangen.

8. Es bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch per Ende September 2020 zu Recht infolge Erreichen des Status quo sine vel ante resp. degenerativer Veränderungen verneinte.

9.1 Wie in E. 3.1 ausgeführt, erbringt die Unfallversicherung auch Leistungen bei Unfall oder unfallähnlicher Körperschädigung. Ein Unfall im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

9.2 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b; 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2; 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b; 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Entscheidend ist dabei allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen). Allerdings tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweismwürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6).

9.3 Als unfallähnliche Körperschädigungen gelten gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f.), Bandläsionen (lit. g) und Trommelfellverletzungen (lit. h).

Eine Rotatorenmanschettenruptur fällt unter Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Juni 2015, 8C_381/2014). Leistungspflichtig wird der Unfallversicherer, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist.

9.4 In systematischer Hinsicht ist zu berücksichtigen, dass das Institut der unfallähnlichen Körperschädigung mit der UVG-Revision vom 25. September 2015 (in Kraft seit 1. Januar 2017) neu auf Gesetzesstufe in Art. 6 Abs. 2 UVG verankert wurde. Die Gesetzessystematik legt nahe, dass Abs. 1 (Unfall) und Abs. 2 (Listenverletzung) unabhängig voneinander sind und grundsätzlich jeder Tatbestand einzeln zu prüfen ist (BGE 146 V 51 E. 8.5). Liegt eine Listenverletzung vor, so hat der Unfallversicherer nach deren Meldung die genauen Begleitumstände abzuklären. Ist die Listenverletzung auf ein Unfallereignis von Art. 4 ATSG zurückzuführen, so ist der Unfallversicherer nach Art. 6 Abs. 1 UVG bis zum nachgewiesenen Erreichen des Status quo sine vel ante (vgl. dazu oben E. 9.3) leistungspflichtig. Sind hingegen nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG unter Vorbehalt des Nachweises, dass die Verletzung vorwiegend abnützungs- oder krankheitsbedingt ist, leistungspflichtig (BGE 146 V 51 E. 9.1).

10.1 Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. E. _____ vom 2. März 2021 davon aus, die Folgen aus dem Ereignis vom 14. April 2020 seien spätestens per Ende September 2020 abgeheilt.

10.2 Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Entsprechend E. 4.4 genügen bereits geringe Zweifel, um eine kreisärztliche Beurteilung umzustossen. Solche Zweifel sind vorliegend gegeben. Zunächst ist festzustellen, dass Dr. E. _____ das Vorliegen von Unfallfolgen über September 2020 hinaus verneint, ohne dies zu begründen. Ausserdem war er zum Zeitpunkt seiner Stellungnahme weder im Besitz der durch Dr. F. _____ erstellten Röntgen- und Ultraschallbilder noch lag ihm ein ausführlicher Operationsbericht von Dr. D. _____ vor, andernfalls hätten die Dres. J. _____ und K. _____ am 22. März 2021 zwecks Abklärung einer die Schulterbeschwerden auslösenden Berufskrankheit nicht empfohlen, die entsprechenden Unterlagen einzuholen. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, worauf Dr. E. _____ seine Beurteilung stützte. Seine Anmerkung vom 2. März 2021 «Ereignis von 04/2020 wird 12/2020 gemeldet» erweckt vielmehr den Eindruck, dass er alleine aufgrund der späten Anmeldung zum Leistungsbezug eine Kausalität verneinte. Bereits diese Umstände begründen für sich ausreichende Zweifel an der kreisärztlichen Einschätzung, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Gegen deren Beweistauglichkeit spricht des Weiteren, dass die Kreisärztin Dr. I. _____ bereits am 20. Januar 2021 darauf hingewiesen hatte, dass anhand der bisherigen Untersuchungsergebnisse nicht beurteilt werden könne, ob das gemeldete Ereignis vom 14. April 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen strukturellen Läsionen geführt habe. Sie empfahl deshalb eine MRT der rechten Schulter. Eine solche wurde von der Beschwerdegegnerin jedoch nie veranlasst, womit sie ihre Abklärungspflicht verletzte. Im Übrigen fällt auf, dass der Beschwerdeführer das Unfallereignis im Rahmen der Aussendienstbefragung vom 7. April 2021 abweichend von seiner Darlegung am 23. Dezember 2020 schilderte. Während er im Dezember 2020 ausführte, er habe seinen Sturz mit beiden Händen abgefangen, berichtete er im April 2021, den Sturz mit ausgestrecktem rechten Arm (nach vorne

haltend) abgefangen zu haben. Eine Nachfrage zur Klärung dieses Widerspruchs und zum genauen Unfallhergang hat nie stattgefunden. Nicht hinreichend beantwortet ist schliesslich die Frage, ob die Beschwerdegegnerin bis Ende September 2020 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG oder eine unfallähnliche Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 UVG anerkannte. Im Ergebnis steht fest, dass sie keine genügenden Abklärungen getroffen hat. Diese sind weiterhin möglich und im Rahmen der Neubeurteilung nachzuholen.

11.1 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Berufskrankheit gemäss UVG mangels nachweisbarer natürlicher Kausalität verneinte. Im Übrigen hat sie ihre Leistungspflicht über September 2020 hinaus ungenügend abgeklärt, weshalb der Einspracheentscheid vom 30. September 2021 aufzuheben und die Angelegenheit im Sinne der vorstehenden Erwägung zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

11.2 Rechtsprechungsgemäss können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an den Unfallversicherer bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 263 E. 4.4.1). Vorliegend erweist sich die der formlosen Mitteilung vom 8. März 2021 zugrunde liegende Beurteilung des Kreisarztes Dr. E._____ als nicht beweistauglich. Da es die Suva unterliess, die nötigen Abklärungen zu veranlassen, und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Gestützt auf die Aktenergänzung und die neuen Abklärungsergebnisse im Sinne der E. 10.2 wird sie über den Leistungsanspruch des Versicherten über September 2020 hinaus erneut zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

12.1 Der Beschwerdeführer beantragt die Zusprechung einer Parteientschädigung für das Einspracheverfahren in der Höhe von Fr. 3'090.-- (vgl. Honorarnote vom 29. November 2021). Art. 52 Abs. 3 Satz 2 ATSG hält fest, dass im Einspracheverfahren in der Regel keine Parteientschädigungen ausgerichtet werden. Es stellt sich deshalb die Frage, unter welchen Voraussetzungen von diesem Grundsatz abgewichen werden kann, und ob im vorliegenden Fall ein derartiger Ausnahmetatbestand gegeben ist. Im Entscheid BGE 130 V 570 zeigte das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht anhand der Entstehungsgeschichte dieser Bestimmung auf, dass der Gesetzgeber die ausnahmsweise Zusprechung einer Parteientschädigung im Einspracheverfahren unter einer Bedingung als zulässig und geboten erachtete: Der Einsprecher, der nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, um die Anwaltskosten selbst zu tragen, und der im Falle des Unterliegens die unentgeltliche Verbeiständung (Art. 37 Abs. 4 ATSG) hätte beanspruchen können, soll bei Obsiegen vom unterliegenden Versicherungsträger entschädigt werden (BGE 130 V 570 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Frage, ob Art. 52 Abs. 3 ATSG die Zusprechung

einer Parteientschädigung auch bei Vorliegen besonderer Umstände, etwa besonderer Aufwendungen oder Schwierigkeiten, unabhängig der Bewilligung der unentgeltlichen Vertretung, zulässt, verneinte das Bundesgericht in Bestätigung seiner bisherigen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2018, 9C_877/2017, E. 8.2).

12.2 Nachdem der Beschwerdeführer im Einspracheverfahren nicht um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung ersuchte und vorliegend ebenfalls nicht geltend machte, er sei damals bedürftig gewesen, verletzt der angefochtene Einsprachenentscheid die Bestimmung von Art. 52 Abs. 3 ATSG nicht, wenn er dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung für das Einspracheverfahren zuspricht. Der Beschwerdeführer hat seine im Rahmen des Einspracheverfahrens entstandenen Parteikosten selbst zu tragen.

13.1 Gemäss § 20 Abs. 2 VPO ist das kantonsgerichtliche Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen vorbehältlich des hier nicht interessierenden Abs. 2^{bis} für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

13.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Praxisgemäss werden Bemühungen zu dem in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- entschädigt. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts ist unter Obsiegen im Streit um eine Leistung in der Sozialversicherung nicht nur das materielle Obsiegen in dem Sinne zu verstehen, dass die Beschwerde führende Person die beantragte Leistung erhält. Vielmehr genügt für den Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der beschwerdeführenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (BGE 132 V 235 E. 6.2).

13.3 In diesem Sinne ist dem Beschwerdeführer für das Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der eingereichten Honorarnote der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 29. November 2021 zufolge beläuft sich ihr für das Beschwerdeverfahren geltend gemachter Aufwand auf 2,8 Stunden à Fr. 300.--, jener des Volontärs resp. der Volontärin auf 7,3 Stunden à Fr. 150.--. Es besteht vorliegend kein Anlass dafür, vom praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 250.-- für Aufwendungen von Rechtsanwälten abzuweichen. Das Honorar ist dementsprechend zu kürzen. Der für die Aufwendungen des Volontärs bzw. der Volontärin verrechnete Stundenansatz entspricht § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 und ist somit nicht zu beanstanden. Angemessen ist vorliegend auch die Kleinkostenpauschale in Höhe von 3 % für Auslagen, wie Porti, Fotokopien und Telefonate. Dem Beschwerdeführer ist im Ergebnis eine reduzierte Parteientschädigung in Höhe von Fr. 1'991.20 ([2,8 Stunden à Fr. 250.-- + 7,3 Stunden à Fr. 150.-- + Auslagen von Fr. 53.85] zzgl. Mehrwertsteuer von 7,7 %) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

14.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschließender Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

14.2 Der vorliegende Entscheid erweist sich als Zwischenentscheid im Sinne des BGG, weshalb gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig ist und die nachstehende Rechtsmittelbelehrung ausdrücklich unter diesem Vorbehalt erfolgt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. September 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Suva hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 1'991.20 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) auszurichten.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>