



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 28. Juli 2022 (725 22 20 / 171)

Unfallversicherung

Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Beurteilung zumindest in Bezug auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung. Rückweisung an den Unfallversicherer zur weiteren Abklärung.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Gerichtsschreiber i.V. Cedric Cucinelli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1956 geborene A.____ ist aufgrund seines Arbeitsverhältnisses mit der B.____ GmbH bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 5. April 2021 stürzte er von der Hebebühne eines Mercedes «Sprinters» und verletzte sich dabei die rechte Schulter. In der Folge erbrachte die Suva Versicherungsleistungen (Heilbehandlung). Nach weiteren Abklärungen, stellte sie am 6. September 2021 die Leistungen auf den 19. September 2021 ein. Zur Begrün-

dung stützte sie sich auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. C.____, FMH Chirurgie, vom 6. September 2021, wonach die gesundheitlichen Beschwerden des Versicherten nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen seien. Nachdem der Versicherte sich mit der Leistungseinstellung nicht einverstanden erklärt hatte, nahm die Suva zusätzliche Abklärungen vor, wobei sie beim Kreisarzt Dr. C.____ einen weiteren Bericht einholte. Gestützt auf dessen Beurteilung vom 27. September 2021 verfügte die Suva am 30. September 2021 die Einstellung der Leistungen per 19. September 2021. Hiergegen erhob A.____, vertreten durch die D.____ AG, Einsprache. Er beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung seien ihm über den 19. September 2021 hinaus die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter seien die erforderlichen Abklärungen durchzuführen. Nach Rücksprache mit dem Kreisarzt Dr. C.____ wies die Suva die Einsprache am 29. November 2021 vollumfänglich ab.

B. Hiergegen erhob A.____ Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, dass der Einspracheentscheid vom 29. November 2021 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, ihm über den 19. September 2021 hinaus die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Eventualiter seien weitere Abklärungen durchzuführen. Die Beschwerde wurde insbesondere damit begründet, dass der behandelnde Arzt Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, die Unfallkausalität über den 19. September 2021 hinaus bejaht habe.

C. Mit Vernehmlassung vom 16. Februar 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

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 nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in F.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. 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. Auf die am 19. Januar 2022 beim Kantonsgericht eingegangene – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für das Unfallereignis vom 5. April 2021 zu Recht per 19. September 2021 einstellte und über diesen Zeitpunkt hinausgehende Leistungen verneinte.

3.1 Nach 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. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen und Berufskrankheiten (Heilbehandlung), wobei der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen hat, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann (Art. 19 Abs. 1 Satz 1 UVG). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG).

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, Integritätsschädigung) 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, wober 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 blosse 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).

3.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte 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 schicksals-

mässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juli 2015, 8C_294/2015, E. 3.2 mit Hinweisen).

4.1 Die Abklärung des für die Beurteilung von Ansprüchen versicherter Personen notwendigen Sachverhalts hat gemäss dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) die verfügende wie auch die eine Verfügung überprüfende Behörde bzw. das Gericht von Amtes wegen vorzunehmen. Demnach haben die Versicherung und das Sozialversicherungsgericht von sich aus, ohne Bindung an die Parteibegehren, für die richtige und vollständige Feststellung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, in welcher Art über die Rechte und Pflichten einer versicherten Person zu entscheiden ist (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Auflage, Bern 2014, § 70 N 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 davon, 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, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.3 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 f. mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des bzw. der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes bzw. Ärztin einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten und Expertinnen andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

5.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen die nachfolgenden Unterlagen vor.

5.2 Im Verlaufsbericht vom 19. August 2021 diagnostizierte Dr. E.____ anhand der vorliegenden Bilder der Magnetresonanztomographie (MRT) eine Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne (50 % des Sehnendurchmessers) und der Supraspinatussehne. Mit dem Patienten habe er sich auf eine operative Rekonstruktion der Rotatorenmanschette für Ende September 2021 geeinigt.

5.3 Gemäss Kurzstellungnahme des Kreisarztes Dr. C.____ vom 6. September 2021 habe der Unfall vom 5. April 2021 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu strukturellen Läsionen geführt. Der Versicherte habe sich verspätet ärztlich vorgestellt und der Subscapularistest in der klinischen Untersuchung sei negativ ausgefallen. Insbesondere würden die Veränderungen der Rotatorenmanschette (Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne, Arrosion des Tuberculum Minus, die Aufrauung der Unterfläche des Infraspinatus) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine degenerativ bedingte, vorbestehenden Läsion sprechen. Die Unfallfolgen nach der Distorsion der rechten Schulter seien nach zwei bis drei Monaten ausgeheilt.

5.4 Am 14. September 2021 hielt Dr. E._____ fest, dass es sich seiner Meinung nach um eine unfallbedingte Verletzung der Rotatorenmanschette handle.

5.5 Gemäss kreisärztlicher Aktenbeurteilung von Dr. C._____ vom 29. September 2021 zeige sich anhand des durchgeführten MRI eine Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne im ansatznahen mittleren Bereich. Diese Läsion sei in Anbetracht des gesamten MRI-Befunds vom 18. August 2021 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativ bedingt. Es zeige sich eine aufgefaserte Unterfläche der Infraspinatussehne am ventralen Rand im proximalen Drittel, eine fokale längliche Verkalkung der Supraspinatussehne (Tendinopathia calcarea), eine Tendinopathie der Supraspinatussehne und ein Impingement (Einklemmung) der Supraspinatussehne im Bereich des Subacromialraumes. Nebenbefundlich zeige sich eine aktivierte AC-Gelenksarthrose mit Osteophyten, welche ebenso zu der Impingement-Symptomatik beitragen würde. Zudem spreche auch die Erosion im Bereich des Ansatzes der Subscapularissehne am Tuberculum majus für eine degenerative Ursache. Die Verletzung sei vom Versicherten initial als Prellung interpretiert worden, was eine deutlich verspätete ärztliche Vorstellung von vier Monaten nach dem Unfallgeschehen erkläre. Gehe man davon aus, dass die Partialläsion der Subscapularissehne frisch und somit unfallkausal auf das Ereignis vom 5. April 2021 zurückzuführen sei, wäre eine erhebliche und unmittelbare Beschwerdesymptomatik und eine ebenso erhebliche Funktionseinschränkung zu erwarten gewesen. Der Versicherte habe jedoch noch in seiner selbständigen Tätigkeit arbeiten können. Dies mache eine Unfallkausalität wenig wahrscheinlich. Bei einer Unfallkausalität hätte der Subscapularissehnen-test positiv ausfallen müssen. Positive Tests hätten sich im Rahmen der Untersuchung vom 13. August 2021 allerdings nur für die Supraspinatussehne und die lange Bizepssehne gezeigt. Diese Beschwerden seien degenerativ bedingt. Dies werde durch das MRI vom 18. August 2021 bestätigt. Aufgrund der subacromialen Einengung komme es zu einem Impingement der Supraspinatussehne. Passend dazu zeige die Supraspinatussehne eindeutige Zeichen der Degeneration im Sinne einer Tendinose und insbesondere einer Tendinopathia calcarea (Verkalkung der Sehne). Auch diese Befunde seien degenerativ bedingt, insbesondere auch deshalb, da es bis zur Ausbildung einer Tendinopathia calcarea mehrere Monate bis Jahre dauere. Darüber hinaus fehle es im MRI an einer Begleitverletzung, welche für eine Unfallkausalität sprechen würde. Die von Dr. E._____ beschriebene zusätzliche Läsion der Supraspinatussehne rechts könne anhand des MRI-Befunds vom 18. August 2021 nicht reproduziert werden. Auch hier zeige sich eine degenerativ veränderte Supraspinatussehne mit einer Tendinopathia calcarea und einer Tendinose im Rahmen einer Impingement-Symptomatik, was auf eine AC-Gelenksarthrose und Einengung des subacromialen Raums zurückzuführen sei. Es sei deshalb am Unfalltag zu einer Distorsion der rechten Schulter gekommen, welche nach zwei bis drei Monaten folgenlos ausgeheilt sei. Hernach sei dann der vorbestehende, degenerative und krankheitsbedingte Zustand wieder erreicht.

5.6 Mit E-Mail vom 1. November 2021 hielt Dr. E._____ fest, dass zwei Sehnenverletzungen vorlägen. Im Vordergrund stehe die Problematik an der Supraspinatussehne, welche traumatisch bedingt sei. Bezüglich der verspäteten Vorstellung verwies er auf die Meinung der Schweizerischen Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie. Diese konstatiere, dass die Betroffenen nach einer Verletzung der Rotatorenmanschette initial einen sehr heftigen

Schmerz verspüren würden, der nach drei Tagen tolerabel werde. Deshalb würden Patienten oftmals initial keinen Arzt konsultieren (vgl. ALEXANDER LÄDERMANN et. al., Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, Swiss Medical Forum, Ausgabe 2019/15-16, S. 260-267). Genau dies sei beim Patienten eingetreten, indem er die Beschwerden zuerst als Prellung interpretiert habe und dann verzögert beim Hausarzt vorstellig geworden sei.

5.7 In seiner Stellungnahme vom 11. November 2021 hielt Dr. C.____ fest, dass die fachärztliche Beurteilung erst im August 2021 erfolgt sei. Der Hausarzt Dr. med. G.____, FMH Allgemeine Medizin, habe zuvor lediglich eine Physiotherapie initiiert. Er verwies darauf, dass gemäss den Aussagen des Versicherten bis zur Operation keine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Dies sei bei einer frischen Ruptur der Subscapularissehne wenig wahrscheinlich, da eine solche mit einer erheblichen Beschwerdesymptomatik einhergehe. Die Verletzung der Supraspinatussehne sei deshalb überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt.

6.1 Die Vorinstanz stützt sich bei der Beurteilung des vorliegend strittigen medizinischen Sachverhalts auf die Ergebnisse, zu denen Kreisarzt Dr. C.____ in seinen Beurteilungen vom 6. und 29. September 2021 sowie vom 11. November 2021 gelangt war. Demgemäss ging sie davon aus, dass es am Unfalltag zu einer Distorsion der rechten Schulter gekommen sei. Die unfallkausalen Beschwerden seien allerdings nach zwei bis drei Monaten folgenlos ausgeheilt. Zumindest sei dann der vorbestehende, degenerative und krankheitsbedingte Zustand wieder erreicht, weshalb sie die Leistungen per 19. September 2021 einstellte.

6.2 Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Wie bereits in Erwägung 3.3 erwähnt, entfällt die Leistungspflicht der Unfallversicherung 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, wofür die Beschwerdegegnerin die Beweislast trägt. Dies gelingt ihr gestützt auf die Ausführungen des Kreisarztes Dr. C.____ nicht. Dr. C.____ führte in seinen Berichten vom 6. und 29. September 2021 aus, dass die Auswirkungen des unbestrittenen Unfalls und der daraus resultierenden Schmerzsituation nach zwei bis drei Monaten folgenlos ausgeheilt seien. Eine nachvollziehbare Begründung hierzu fehlt jedoch. Der Kreisarzt führt nicht aus, inwiefern der Unfall auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen gewirkt habe und weshalb eine Operation auch ohne Unfall hätte durchgeführt werden müssen. Die Beurteilung von Dr. C.____ ist diesbezüglich also weder schlüssig noch einleuchtend. Es fehlt an einer Begründung, weshalb der Status quo sine vel ante bereits am 19. September 2021 erreicht worden sei. Weiter ist Dr. C.____ der Meinung, dass bei einer frischen und unfallkausalen Läsion der Subscapularissehne eine erhebliche und unmittelbare Beschwerdesymptomatik und erhebliche Funktionseinschränkung zu erwarten gewesen wäre. Der Versicherte habe sich allerdings erst verspätet ärztlich vorgestellt und noch in seiner selbständigen Tätigkeit arbeiten können. Dies mache eine Unfallkausalität wenig wahrscheinlich. Demgegenüber begründete Dr. E.____ in seiner E-Mail vom 1. November 2021 die verspätete ärztliche Vorstellung mit Fachliteratur belegend damit, dass laut der Schweizerischen Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie die Betroffenen einer Rotatorenmanschettenverletzung initial einen sehr heftigen Schmerz verspüren würden, dieser aber nach drei Tagen tolerabel werden würde. Deshalb würden Patienten oftmals initial keinen Arzt konsultieren. Dies würde im

vorliegenden Fall die fehlende initiale Funktionseinschränkung erklären. Da Dr. C.____ in seinen Stellungnahmen nicht auf diesen Umstand einging, besteht ein ungelöster Widerspruch zwischen den Beurteilungen der beiden Ärzte.

6.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass vorliegend Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung des Kreisarztes Dr. C.____ bestehen. Insbesondere liegen in Bezug auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung zumindest leichte Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der kreisärztlichen Beurteilung von Dr. C.____ vor, sodass sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erweist. Deshalb ist abschliessend nicht darauf abzustellen und der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben. Im Hinblick auf das weitere Vorgehen gilt es zu berücksichtigen, dass die Suva den medizinischen Sachverhalt bisher lediglich versicherungsintern durch Dr. C.____ hat beurteilen lassen, wobei die von der Suva im Verwaltungsverfahren getroffenen Abklärungen letztlich als nicht ausreichend zu bezeichnen sind. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, die Angelegenheit an die Suva zurückzuweisen. Diese wird nunmehr ein versicherungsexternes Gutachten mit fachärztlichen Untersuchungen einzuholen haben. Darin ist allen voran abzuklären, inwiefern der Unfall auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen gewirkt hat und ab wann diese Beschwerden nicht mehr unfallkausal sein sollen. Anschliessend wird die Suva gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

7. Es bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Gemäss Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht vor, kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen. Da das UVG keine Kostenpflicht vorsieht und sich die Parteien weder mutwillig noch leichtsinnig verhalten haben, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

8.1 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).

8.2 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 **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. November 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Eine Parteientschädigung wird nicht ausgerichtet.

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