



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. November 2016 (725 16 219 / 297)

Unfallversicherung

Beweiswürdigung: Die Voraussetzungen, die es erlauben, auf eine versicherungsinterne reine Aktenbeurteilung abzustellen, sind nicht gegeben; es sind deshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen

Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Beat Hersberger, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach

gegen

SUVA, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Andrea Tarnutzer-Münch, Advokat, Güterstrasse 106, 4053 Basel

Betreff Leistungen

A. Der 1967 geborene A.____ war seit 1. März 2002 als Aussendienst-Mitarbeiter bei B.____ angestellt und durch die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Mit Unfallmeldung vom 6. August 2014 liess A.____ der SUVA durch seine Arbeitgeberin einen Unfall melden. Gemäss den Angaben im genannten Formular habe sich der Versicherte am

8. Juli 2014 bei einem Treppensturz am linken Fuss verletzt. Am 4. August 2014 suchte A.____ deswegen Dr. med. C.____, Allgemeine Medizin FMH, auf, der ihm eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 31. August 2014 und anschliessend eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestierte.

Nachdem die SUVA die gesetzlichen Leistungen (Heilkosten, Taggelder) für die Folgen dieses Unfalls erbracht hatte, teilte sie dem Versicherten mit Schreiben vom 24. November 2015 mit, dass der Fall per 1. Dezember 2015 abgeschlossen werde. Aufgrund der vom Versicherten hiergegen erhobenen Einwände nahm die SUVA eine Neubeurteilung ihrer Leistungspflicht vor. Mit Verfügung vom 3. Mai 2016 entschied sie jedoch, dass man am Fallabschluss per 1. Dezember 2015 festhalte und einen Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen ablehne. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, laut kreisärztlicher Beurteilung seien die bestehenden Beschwerden am linken Fussgelenk/Fuss spätestens seit April 2015 nicht mehr unfallbedingt, sondern ausschliesslich krankhafter Natur. Daran hielt die SUVA auf Einsprache des Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 6. Juni 2016 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Roman Felix, am 4. Juli 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen über den 1. Dezember 2015 hinaus auszurichten; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 22. August 2016 beantragte die SUVA, vertreten durch Advokat Andrea Tarnutzer-Münch, 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 D.____ (BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft 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 - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde des Versicherten vom 4. Juli 2016 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 8. Juli 2014 zu Recht per 1. Dezember 2015 eingestellt hat.

2.1 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 (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person.

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt - unter anderem - voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Wird durch einen 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 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 (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [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 125 f. 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 (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [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). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil P. des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

3.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie 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 158 f. 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, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.2 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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. 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 Gerichtsgut-

achten. 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 A. des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4.1 Die Beschwerdegegnerin legte die medizinischen Akten im November 2015 dem Kreisarzt Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, vor und ersuchte ihn um Beurteilung der Frage, ob die vom Versicherten geltend gemachten Beschwerden am linken Fuss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 8. Juli 2014 zurückzuführen seien. In seiner Beurteilung vom 23. November 2015 wies Dr. E.____ darauf hin, dass der Versicherte am 8. Juli 2014 ein Verdrehungs-/Verstauchungstrauma des linken Fusses erlitten habe. Kernspintomographisch seien erste Untersuchungen im August 2014 durchgeführt worden. Hier hätten sich lediglich ödematöse Veränderungen im Bereich einiger Muskeln finden lassen. Eine eindeutige Diagnose einer Partialruptur sei nicht gestellt worden; festgehalten habe man lediglich, dass der Befund vereinbar mit Zerrungen oder diskreten Partialrupturen sein könnte. In den Berichten der nachfolgenden Konsultationen werde des Öfteren darauf hingewiesen, dass bildgebend keine Erklärung für die geklagten Beschwerden gefunden werden könne. Die Diagnosen würden zwischen einer Partialruptur der Plantarissehne über eine Kontusion am lateralen Fussrand links bis hin zu einer Plantarfasziitis links mit der Differenzialdiagnose einer Tendinitis/Tendinopathie schwanken. Es sei also letztlich nie eine wirklich greifbare Diagnose gestellt worden, was wahrscheinlich auch der Tatsache geschuldet sei, dass bildgebend kein direktes Korrelat zu den Beschwerden gefunden worden sei. Sollte es sich, wie von PD Dr. med. F.____, Spital G.____, im Oktober 2015 diagnostiziert, tatsächlich um eine Plantarfasziitis links handeln, sei festzuhalten, dass es sich dabei um keine unfallbedingte Diagnose handle, ebenso wenig wie bei einer Tendinopathie der Peronaealsehne. Dies sei damit zu begründen, dass diese Diagnosen mehr als ein Jahr und drei Monate nach dem Ereignis gestellt worden seien. Die Plantarfasziitis sei ein selbstlimitierendes Krankheitsbild, hier könne es durch das Ereignis am 8. Juli 2014 allenfalls zu einer vorübergehenden Verschlimmerung gekommen sein. Die Verlaufsberichte seit dem Ereignis würden darlegen, dass es zumindest zu einer Verdrehung oder Kontusion des linken Fusses gekommen sei. Beschwerden durch Distorsionen oder Kontusion könnten erfahrungsgemäss durchaus mehrere Monate bestehen, allerdings sei davon auszugehen, dass spätestens acht Monate nach dem Unfallereignis (entsprechend März 2015) Unfallfolgen nicht mehr überwiegend wahrscheinlich eine Rolle spielen würden. Die vom PD Dr. F.____ diagnostizierte Plantarfasziitis sei jedenfalls nicht als Unfallfolge zu werten.

4.2 Am 23. März 2016 reichte der Versicherte der Beschwerdegegnerin einen Bericht des behandelnden Chiropraktikers Dr. H.____ vom selben Tag 2016 ein. Darin vertrat dieser die Auffassung, dass die aktuellen Beschwerden des Versicherten „mit dem Unfall zusammen hängen“ würden. Die Beschwerdegegnerin legte deshalb den Bericht von Dr. H.____ dem Kreisarzt Dr. E.____ zur Stellungnahme vor. In seiner ergänzenden Beurteilung vom 14. April 2016 äusserte sich Dr. E.____ dahingehend, dass das Schreiben des Chiropraktikers nicht wirklich neue, relevante medizinische Erkenntnisse enthalte. Im Bericht werde ein aktueller Befund beschrie-

ben, zudem schildere der Chiropraktiker die Einschätzung der Situation aus seiner Sicht. Die Ausführungen von Dr. H.____ würden aber nichts an der Tatsache ändern, dass sich anlässlich der durchgeführten bildgebenden Untersuchungen keine Erklärung für die geklagten Beschwerden habe finden lassen.

4.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. Juni 2016 bei der Beurteilung der Unfallkausalität der vom Versicherten am linken Fuss geltend gemachten Beschwerden vollumfänglich auf die erwähnten Stellungnahmen des SUVA-Kreisarztes Dr. E.____ vom 23. November 2015 und 14. April 2016. Demnach sei, so das Fazit der Beschwerdegegnerin, mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die über Ende November 2015 weiterbestehenden Beschwerden im Bereich des linken Fusses nicht mehr auf das Ereignis vom 8. Juli 2014 zurückgeführt werden könnten.

5.1 Im Gegensatz zur Beschwerdegegnerin ist der Versicherte der Auffassung, dass den erwähnten Berichten von Dr. E.____ kein ausschlaggebender Beweiswert beigemessen werden kann. So beanstandet er, dass es sich bei den betreffenden kreisärztlichen Berichten um reine Aktenbeurteilungen handle. Zu diesem Einwand ist festzuhalten, dass nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine reine Aktenbeurteilung bzw. ein reines Aktengutachten nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen ist. 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 Sachverhalts 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 sehr wohl in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil G. des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Wie der Beschwerdeführer zutreffend geltend macht, liegt hier nun allerdings keine solche Konstellation vor. So erweist sich bereits die Diagnosestellung in den vorhandenen medizinischen Akten alles andere als klar und übereinstimmend. Während Dr. E.____ festhält, dass letztlich nie eine wirklich greifbare Diagnose gestellt worden sei, haben der erstbehandelnde Arzt Dr. C.____ in seinem Bericht vom 30. September 2014 und Dr. med. I.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, in ihrem Bericht vom 3. Oktober 2014 eine Plantarfaszienspartialläsion am lateralen Fussrand links nach Treppensturz am 8. Juli 2014 diagnostiziert und im Bericht von PD Dr. F.____ vom 16. Oktober 2015 wird als Diagnose eine Plantarfasziitis links, DD: Tendinitis/Tendinopathie der Peronealsehne genannt. Im Gegensatz zu Dr. E.____ sehen zudem die behandelnden Ärzte und Chiropraktiker - soweit sie sich dazu äussern - einen Zusammenhang zwischen der über Ende November 2015 hinaus andauernden Beschwerdesymptomatik und dem Unfallereignis vom 8. Juli 2014. Somit kann aber nicht davon gesprochen werden, dass im Fall des Beschwerdeführers die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht. Nur unter diesen Voraussetzungen könnte aber nach dem oben Gesagten einer reinen Aktenbeurteilung, wie sie Dr. E.____ vorgenommen hat, voller Beweiswert zukommen. Auf die

Aktenbeurteilung des Kreisarztes Dr. E.____ vom 23. November 2015 und 14. April 2016 kann deshalb nicht abgestellt werden. Zu berücksichtigen gilt es darüber hinaus auch, dass an die Beweiswürdigung ohnehin strenge Anforderungen zu stellen sind, wenn ein Versicherungsfall wie hier 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 (vgl. E. 3.2 hiervor und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Vorliegend ergeben sich aus einzelnen Berichten der behandelnden Ärzte und Chiropraktiker doch zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der kreisärztlichen Kausalitätsbeurteilung, zumal sich Dr. E.____ mit etlichen der medizinischen Vorakten nur ungenügend auseinandersetzt. Weitere, von unabhängiger Seite vorzunehmende Abklärungen des massgebenden medizinischen Sachverhalts sind deshalb auch aus diesen Überlegungen angezeigt.

5.2 Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass vorliegend bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts nicht auf die versicherungsinterne Aktenbeurteilung des Kreisarztes Dr. E.____ abgestellt werden kann. Stattdessen sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Frage, ob die beim Versicherten über Ende November 2015 hinaus bestehenden Beschwerden im Bereich des linken Fusses auf das Unfallereignis vom 8. Juli 2014 zurückgeführt werden können, durch einen versicherungsexternen Facharzt gutachterlich abklären zu lassen haben. Anschliessend wird sie gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch des Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

6.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Entscheid auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteienschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 18. September 2016 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 6,25 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von 250 Franken zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 32.--. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteienschädigung in der Höhe von Fr. 1'722.05 (6,25 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 32.-- + 8 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

7. 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 (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden 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 anschliessenden 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 (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA vom 6. Juni 2016 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die SUVA zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die SUVA hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'722.05 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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