



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 21. Oktober 2021 (725 21 102 / 281)

Unfallversicherung

Rückweisung der Angelegenheit an den Unfallversicherer zur erneuten Abklärung der Unfallkausalität

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichterin Susanne Afheldt, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Barbara Vögli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Marco Chevalier, Rechtsanwalt, Elisabethenstrasse 28, Postfach 425, 4010 Basel

gegen

GENERALI Allgemeine Versicherungen AG, Generaldirektion, Departement Leistungen / Rechtsdienst, Avenue Perdtemps 23, 1260 Nyon 1, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A.1 A.____, geboren 1985, arbeitet bei B.____ AG als Softwareentwickler und ist in dieser Eigenschaft bei der GENERALI Allgemeine Versicherungen AG (GENERALI) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Während des Krafttrainings vom 2. Februar 2017 verletzte er sich an der linken Schulter. Auf dem Fragebogen "unfallähnliche Körperschädigung" vom 20.

September 2017 führte er dazu aus, dass er ein starkes Ziehen in der linken Schulter verspürt und sich eine kraniale Subscapularisläsion mit Lafosse II-III mit Bicepstendinopathie links zugezogen habe (act. 5 und 8/17-79698). Die GENERALI richtete in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus. Nach Ausschöpfen aller konservativer Massnahmen erfolgte am 18. Juli 2017 im Spital C.____ eine Schulterarthroskopie mit suprapektoraler Bicepstenodese und Subscapularisnaht links.

A.2 Am 30. Januar 2018 erlitt der Versicherte mit seinem Roller einen Verkehrsunfall und stürzte auf die linke Schulter (vgl. Unfallmeldung vom 5. April 2018, act. 6/18-14435). Dabei zog er sich gemäss Arztzeugnis UVG vom 6. April 2018 eine Luxationsfraktur Tuberculum majus Schulter links und einen Dehnungsschaden Nervus axillaris und Unterarm Plexus brachialis links zu (act. 5/18-14435, vgl. auch Austrittsbericht der Interdisziplinären Notfallstation des Spitals C.____ vom 4. Februar 2021, act. 37/18-14435). Die Fraktur verheilte vollständig. Da der Versicherte aber weiterhin unter Schmerzen in der linken Schulter litt, plante die Klinik D.____ für den 13. Juni 2019 die operative Versorgung dieser Beschwerden.

A.3 Nach Abklärungen der gesundheitlichen Verhältnisse informierte die GENERALI den Versicherten mit Schreiben vom 14. Juni 2019 (act. 54/18-14435), dass der Zusammenhang der geplanten Operation mit dem Ereignis vom 2. Februar 2017 geprüft worden sei. Die eingehende Prüfung habe gezeigt, dass sie für das Ereignis vom 2. Februar 2017 fälschlicherweise Leistungen erbracht habe, da es sich weder um einen Unfall noch um eine Körperschädigung gehandelt habe. An dieser Auffassung hielt die GENERALI mit Verfügung vom 31. Mai 2019 fest und verzichtete auf die Rückforderung der bereits erbrachten Leistungen (act. 17/17-79698). Die dagegen vom Versicherten am 29. Juni 2019 erhobene Einsprache wies die GENERALI mit Einspracheentscheid vom 11. Februar 2021 (act. 28/17-79698) ab. Dieser Entscheid erwuchs unangetroffen in Rechtskraft.

A.4 Mit Schreiben vom 31. Mai 2019 teilte die GENERALI dem Versicherten mit, dass die für den 13. Juni 2019 geplante Operation auch nicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 30. Januar 2018 stehe, weshalb sie für den Spitalaufenthalt keine Kostengutsprache leiste (act. 19/17-79698). An dieser Auffassung hielt sie mit Verfügung vom 19. Juli 2019 fest, da gemäss Beurteilung des beratenden Arztes kein Kausalzusammenhang zwischen der Operation und dem Unfallereignis vorliege. Die dagegen vom Versicherten erhobene Einsprache wies sie mit Einspracheentscheid vom 11. Februar 2021 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Marco Chevalier, mit Eingabe vom 17. März 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, der Einspracheentscheid vom 11. Februar 2021 und die Verfügung vom 19. Juli 2019 seien aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen für die Operation vom 13. Juni 2019 zu erbringen. Eventualiter sei die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 29. April 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim sachlich wie örtlich zuständigen Kantonsgericht erhobene Beschwerde vom 17. März 2021 ist einzutreten.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 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).

2.2 Die Leistungspflicht setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis 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. 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. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, wovon 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 142 V 435 E. 1 mit Hinweisen).

2.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, fällt der natürliche Kausalzusammenhang dahin, wenn und sobald der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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. Das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens muss mit dem üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage han-

delt, liegt aber die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts vom 25. März 2020, 8C_669/2019, E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch der Status quo sine vel ante noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fallen (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2014, 8C_637/2013, E. 2.3.2).

2.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz (vgl. 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.

2.5 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche ist die rechtsanwendende Behörde auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen (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) frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigt werden, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen).

2.6 Die bundesgerichtliche Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b mit Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. An die Beweiswürdigung sind 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 142 V 58 E. 5.1).

3.1 Der strittigen Angelegenheit liegen die folgenden ärztlichen Unterlagen zu Grunde:

3.2 PD Dr. med. E.____, Leitender Arzt der Abteilung Orthopädie und Traumatologie des Spitals C.____, diagnostiziert im Bericht vom 10. Mai 2017 (act. 9/17-79698) klinisch den Verdacht einer Partialläsion der Supraspinatussehne mit begleitender Bizepstendinopathie und Bursitis subacromialis bei beginnender AC-Gelenksarthrose Schulter links bei Status nach konservativer Therapie einer Claviculafraktur links vor 12 Jahren. Klinisch bestehe ein ausgeprägter Painfull-Arc mit zusätzlich symptomatischer Bizepstendinopathie und AC-Gelenksarthrose. MR-tomographisch könne eine Partialruptur der Supraspinatussehne nicht sicher ausgeschlossen werden. Klinisch zeige sich ein positiver Jobe-Test. Die am 24. April 2017 durchgeführte Infiltration des AC-Gelenks habe keine Besserung gebracht.

3.3 Im Austrittsbericht vom 20. Juli 2017 des Spitals C.____ (Beschwerdebeilage 3) diagnostizieren PD Dr. E.____ und Dr. med. F.____ unter anderem eine kraniale Subscapularisläsion mit Lafosse II-III mit Bizepstendinopathie links. Am 18. Juli 2017 sei eine Schulter-Arthroskopie mit suprapektoraler Bizepstenodese und Subscapularisnaht links vorgenommen worden.

3.4 Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie FMH, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hält in seiner Aktenbeurteilung vom 6. Oktober 2017 (act. 15/17-79698) fest, dass es sich bei einer Subscapularisläsion vom Typ Lafosse II-III um eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne des UVG handle.

3.5 PD Dr. E.____ diagnostiziert mit Bericht vom 24. Januar 2018 (Beschwerdebeilage 4) eine abgeklungene Frozen Shoulder und eine Bursitis subacromialis sechs Monate nach Schulterarthroskopie mit suprapektoraler Bizepstenodese und Subscapularisnaht links. Der Patient berichte, dass die Beschwerden nach glenohumeraler Steroid- und ACP-Infiltration vor Weihnachten nun deutlich besser geworden seien. Er habe die Schulter fast uneingeschränkt bewegen können, ohne dass Schmerzen aufgetreten wären. Er bemerke aber immer noch ein persistierendes Kraftdefizit. Seit zwei Wochen verspüre er wieder etwas vermehrt Schmerzen in der linken Schulter lateral bei Abduktion des Armes. Die Beschwerden würden aktuell eher als subakromiale Bursitis imponieren, weshalb eine erneute sonographisch gesteuerte Steroidinfiltration besprochen worden sei.

3.6 Dem Austrittsbericht des Spitals C.____, Abteilung Interdisziplinäre Notfallstation und ambulante Chirurgie, vom 4. Februar 2018 (act. 4/18-14435) sind als Hauptdiagnosen eine Luxationsfraktur Schulter links nach anterior inferior Rollersturz am 30. Januar 2018, eine persistierende Frozen Shoulder links nach Schulter-ASK suprapektoraler Bizepstenodese sowie ein Schädelhirntrauma 1° nach Rollersturz zu entnehmen.

3.7 PD Dr. E.____ diagnostiziert im Bericht vom 7. Februar 2018 (act. 2/18-14435) eine Luxationsfraktur Tuberculum majus Schulter links vom 30. Januar 2018 mit/bei Verdacht auf Dehnungsschaden Plexus brachialis, abklingender Frozen Shoulder nach Refixation einer kranialen Subscapularissehnenruptur sowie Bizepssehnenodese Schulter links vom 18. Juli 2017. Der Patient beklage starke Schmerzen. Vor dem Unfall sei er von Seiten der Frozen Shoulder auf

dem Weg der deutlichen Besserung gewesen. Aktuell klage er vor allem über Schmerzen im Bereich der Schulter und des Oberarmes. Im Bericht vom 9. März 2018 (Beschwerdebeilage 6) hält PD Dr. E. ____ bei bekannten Diagnosen fest, dass trotz der aktuell vor allem schmerzbedingt eingeschränkten Bewegungsmobilität der linken Schulter eine ausgeheilte Frozen Shoulder attestiert werden könne.

3.8 Im Rahmen der Einholung einer Zweitmeinung diagnostiziert Pract. med. H. ____, Klinik D. ____, mit Bericht vom 29. März 2018 (act. 29/18-14435) den Status nach Luxationsfraktur des Tuberculum majus, gering disloziert, links am 30. Januar 2018 nach Töffunfall mit leichtgradiger Schädigung des unteren Th1 versorgten Plexus sowie partieller axonaler Schädigung des Nervus axillaris links bei Status nach Refixation einer kraniellen Subscapularissehnenruptur sowie Bizepssehnenentodese arthroskopisch vom 18. Juli 2017 und abgeklungener Frozen Shoulder postoperativ. Der Patient sei im Spital C. ____ und bei PD Dr. med. I. ____, Klinik Neurologie des Spitals J. ____, in Kontrolle. Er beschreibe kontinuierlich zunehmende Schmerzen in der linken Schulter.

3.9 Mit Bericht vom 6. August 2018 (act. 57/18-14435) stellt PD Dr. E. ____ die folgenden Diagnosen: 1. Verdacht auf Ansatzendinopathie des Musculus deltoideus am Oberarm links, DD: Muskelfaserriss, DD: Axillarisschädigung, 2. Regelrechter Verlauf nach Tuberculum majus-Luxationsfraktur links vom 30. Januar 2018, 3. Dehnungsschaden Nervus axillaris und Unterarm Plexus brachialis links vom 30. Januar 2018 sowie 4. Status nach Schulterarthroskopie mit subpektoraler Bizepsstenodese und Subscapularisnaht links vom 18. Juli 2017. Der Patient stelle sich zur Verlaufskontrolle sechs Monate nach der Tuberculum majus Luxationsfraktur vor. Er beklage weiterhin eine unveränderte Schmerzsymptomatik, die im Schulter- und Oberarmbereich links seitlich vorhanden sei.

3.10 Dem Bericht der Verlaufskontrolle vom 24. April 2019 (act. 35/18-14435) der Klinik D. ____ ist zu entnehmen, dass der Patient nach der Infiltration höchstens eine kurzfristige Verbesserung verspürt habe. Die Schmerzen seien nach wie vor gleich und würden eher zunehmen. Mittlerweile würden sie den Patienten so stören, dass er zu einer operativen Versorgung tendiere.

3.11 Dr. med. K. ____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Oberarzt der Klinik D. ____, und Pract. med. L. ____, Stv. Oberarzt der Klinik D. ____, diagnostizieren mit Bericht vom 23. Mai 2019 (act. 50/18-14435) ein subacromiales Impingement Schulter links bei leichter Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne, AC-Arthralgie bei AC-Gelenksarthrose Schulter links bei: Status nach Luxationsfraktur des Tuberculum majus, gering disloziert, links am 30. Januar 2018 im Rahmen eines Töffunfalles mit leichtgradiger Schädigung des unteren Th1 versorgten Plexus sowie partieller axonaler Schädigung des Nervus axillaris links bei Status nach Refixation einer kraniellen Subscapularissehnenruptur sowie Bizepssehnenentodese arthroskopisch am 18. Juli 2017 und abgeklungener Frozen Shoulder postoperativ.

3.12 Dr. med. M. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hält in seiner Aktenbeurteilung vom 23. Mai 2019 (act. 49/18-14435) fest, dass sich der Versicherte im Alter von ca. 20 Jahren

einen Schlüsselbeinbruch links zugezogen habe, der vollständig ausgeheilt sei. Er habe angegeben, dass er seit etwa 2010 langjährig wechselhafte Schulterbeschwerden links gehabt habe. Beim Krafttraining sei am 2. Februar 2017, ohne dass ein Unfallereignis vorausgegangen wäre, ein starkes Ziehen im linken Schultergelenk aufgetreten. Am 18. Juli 2017 sei eine arthroskopische Operation mit Tenodese der langen Bizepssehne unter dem grossen Brustmuskel und eine Naht der Sehne des Unterschulterblattmuskels am linken Schultergelenk durchgeführt worden. In der Folge sei eine schmerzhafte Schulterkapselentzündung mit Teilversteifung links aufgetreten, die sich während eines längeren Zeitraumes nur allmählich gebessert habe. Am 30. Januar 2018 sei ein Sturz mit unfallbedingter Verletzung des noch nicht ganz wieder hergestellten linken adominanten Schultergelenkes erfolgt. Der medizinische Sachverhalt sei erstellt, weitere Abklärungen seien nicht notwendig. Betreffend die noch weiter zu behandelnde Schädigung des Nervus axillaris bzw. des Plexus brachialis liege ein sicherer kausaler Zusammenhang zum Ereignis vom 30. Januar 2018 vor. Diesbezüglich sei aber keine Operation vorgesehen. Der traumatische Abriss des grossen Oberarmkopfhöckerchens sei an im Wesentlichen optimaler Stelle knöchern vollständig ausgeheilt und müsse nicht mehr behandelt werden. Der Restzustand der nach der Operation vom 18. Juli 2017 aufgetretenen Frozen Shoulder sei nicht dem Ereignis vom 30. Januar 2018 zuzurechnen. Im Rahmen der Schulterarthroskopie seien zwei Massnahmen geplant: eine subacromiale Dekompression unter der Diagnose eines Impingements und eine Resektion des Schultereckgelenks wegen dessen Arthrose. Ein Impingement sei nicht nachgewiesenermassen durch das Unfallereignis vom 30. Januar 2018 entstanden, da ein Schulter-Impingement nicht unfallbedingt entstehe, sondern immer auf einer natürlich angeborenen Formvariante oder gegebenenfalls auf degenerativen Prozessen beruhe und zum Teil erhebliche Beschwerden verursachen könne. Die Schultergelenksarthrose sei schon seit dem Arthro-MRI vom 21. März 2017 bekannt, also schon vor dem Unfall vom 30. Januar 2018. Beide Operationsindikationen seien nicht dem Ereignis vom 30. Januar 2018 zuzuordnen. Anlässlich der Operation vom 18. Juli 2017 habe an der Subscapularissehne eine Teilschädigung, nicht aber eine komplette Kontinuitätsunterbrechung bestanden. Laut Empfehlungen zur Anwendung von UVG und UVV in der Version vom 20. März 2012 sei zur Ziffer f. angegeben worden, dass nicht alle Sehnenläsionen (Risse, Zerrungen und Dehnungen) als unfallähnliche Körperschädigungen qualifiziert werden könnten, sondern nur Sehnenrisse und unter erschwerten Nachweisanforderungen partielle Sehnenrisse. Die Teilschäden an der Subscapularissehne und der langen Bizepssehne seien als degenerative Prozesse im langjährigen Beschwerdezeitraum seit etwa 2010 entstanden.

3.13 Im Operationsbericht vom 13. Juni 2019 (act. 58/18-14435) führt Dr. med. N.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Chefarzt der Klinik D.____, zur Operationsindikation aus, dass sich beim Patienten eine anhaltende Problematik im Bereich der linken Schulter mit Schmerzen insbesondere über dem AC-Gelenk und dem Schulterdach zeige. Zudem bestehe eine anhaltende Schmerzsituation nach bereits erfolgter Voroperation am 18. Juli 2017 mit Refixation der kranialen Supraspinatussehne sowie Durchführung der LB-Tenodese. Im späteren Verlauf habe sich eine Frozen Shoulder gezeigt, die mit der Zeit abgeklungen sei. Am 30. Januar 2018 sei es zu einem Unfall gekommen mit einer Luxationsfraktur im Bereich des Tuberculum majus. Es sei die Reposition erfolgt und nach dem Ereignis habe sich anhaltend eine partielle Schädigung im Bereich des Nervus axillaris gezeigt. Aufgrund der anhaltenden Problematik insbesondere im AC-Gelenk und der bestehenden Beschwerden intraartikulär sei die Indikation zur

erneuten subacromialen Dekompression sowie Bakteriologie-Entnahme und des Weiteren der Durchführung einer AC-Gelenksresektion gestellt worden. Dem Austrittsbericht vom 1. Juli 2019 ist als Diagnose eine postoperative Frozen Shoulder, begleitet von posttraumatischem subacromialem Impingement und AC-Arthralgie bei Rockwood I-II-Luxation Schulter links adominant zu entnehmen. Durchgeführt worden seien eine Revisionsoperation mit 6mal Bakteriologie, Biopsie und 1mal Histologie, partieller Synovia- wie Labrumresektion, zirkulärer Kapsulotomie und subacromialer Burssektomie, Acromioplastik sowie ACG-Resektion links (act. 61/18-14435). Im Bericht vom 26. Juli 2019 (act. 64/18-14435) halten Dr. N.____ und Pract. med. L.____ bei den bekannten Diagnosen fest, der Patient berichte, dass insgesamt die Beweglichkeit besser geworden sei, die Nervenschmerzen aber eher etwas zugenommen hätten. Arbeiten gehe wieder voll. Es zeige sich ein regelhafter postoperativer Verlauf.

3.14 Mit Schreiben vom 14. August 2019 (act. 65/18-14435) äussert sich Pract. med. L.____ dahingehend, dass sich in der operativen Versorgung vom 13. Juni 2019 intraoperativ eine massiv vernarbte Bursa subacromialis gezeigt habe. Aufgrund der Vernarbung gehe man davon aus, dass die subacromiale Bursitis mit Impingement mit überwiegender Wahrscheinlichkeit posttraumatisch entstanden sei. Des Weiteren bestünden die Beschwerden des Patienten im AC-Gelenk linksseitig erst seit dem Unfallereignis. Zuvor habe er hier keinerlei Beschwerden gehabt. Deshalb gehe man von einer Rockwood I bis II Verletzung oder zumindest von einer traumatisch aktivierten Arthrose aus. Auch hier liege somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein unfallbedingter Kausalzusammenhang vor.

3.15 Mit Aktenstellungnahme vom 19. November 2019 (act. 68/18-14435) äussert sich Dr. M.____ erneut in der Angelegenheit. Er habe bereits in der Stellungnahme vom 23. Mai 2019 begründet, weshalb für die am 13. Juni 2019 vorgesehene Operation keine Indikation mit kausalem Bezug zum Unfallereignis vorgelegen habe. Die Veränderungen hätten bereits vor dem Unfallereignis bestanden. Im Schreiben der Klinik D.____ vom 23. Mai 2019 seien ein subacromiales Impingement sowie eine leichte Insertionstendopathie der Supraspinatussehne und Schmerzen im Schultergelenk bei Schultergelenksarthrose an der linken Schulter angegeben worden. Aufgrund des Unfalls vom 30. Januar 2018 hätten zusätzlich der Zustand nach Luxationsfraktur des Tuberculum majus verheilt sowie eine vermutlich bleibende Nervenschädigung im Schulter-Armbereich vorgelegen. Weiterhin zu berücksichtigen sei der Zustand nach einem operativen Eingriff am 18. Juli 2017, der eine in der Zwischenzeit abgeklungene Frozen Shoulder postoperativ ausgelöst habe. Von einer Kapselspannung des Schultergelenks links im Sinne einer Rockwood-Verletzung Grad I oder II sei keine Rede gewesen. Hinweise auf eine derartige Verletzung hätten sich auch nicht im Austrittsbericht vom 4. Februar 2018, im Verlaufsbericht vom 27. Juli 2018 oder in der MRI vom 8. März 2019 gefunden. Von orthopädischer Seite seien aber im letztgenannten Schreiben als Teildiagnose aufgeführt: ACG-Arthrose. Zum Operationsbericht von Dr. N.____ vom 13. Juni 2019 sei anzumerken, dass sich die Bezeichnung "postoperative Frozen Shoulder" offenbar auf den Zustand nach der Operation vom 18. Juli 2017 bezogen habe. Diese dem Unfallereignis vom 30. Januar 2018 vorangegangene damalige Operation sei wegen degenerativer Veränderungen erfolgt, nicht wegen eines Unfallgeschehens. Zur Behauptung des posttraumatischen subacromialen Impingements habe er bereits am 23. Mai 2019 Stellung bezo-

gen. An der ablehnenden Begründung sei nicht zu rütteln. Die Behauptung/Vermutung einer stattgehabten Rockwood I-II-Luxation Schulter links müsse als frei erfunden angesehen werden, da zu keinem früheren Zeitpunkt in irgendeiner Hinsicht eine entsprechende Unfallfolgenbeschreibung, Beschwerdeangabe oder eine Diagnosestellung erfolgt sei. Die Tatsache, dass intraoperativ eine massiv vernarbte Bursa subacromialis gesehen worden sei, erlaube nicht den Rückschluss, dass diese Vernarbungen auf ein Unfallgeschehen zurückzuführen seien. Auch bei chronisch-entzündlichen Prozessen komme es zu derartigen Vernarbungen, die dann häufig zu einem Débridement führen würden. Die Behauptung, dass der Versicherte erst seit dem Unfallereignis vom 30. Januar 2018 Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenkes gehabt habe, treffe nicht zu. Bereits im Vorfeld der Operation vom 18. Juli 2017 sei erwähnt worden, dass Schulterschmerzen allgemein und lokale Druckschmerzen speziell im AC-Gelenk links bestanden hätten. Die Schlussfolgerungen gemäss der Stellungnahme vom 13. Mai 2019 seien daher nicht zu ändern. Eine weitere Behandlung könne gegebenenfalls eine namhafte Verbesserung des aktuellen Gesundheitszustands erwarten lassen. Dies beziehe sich allerdings nicht kausal auf das Unfallereignis vom 30. Januar 2018, sondern auf die folgende Operation vom 13. Juni 2019. Die Luxationsfraktur des grossen Oberarmkopfhöckerchens sei vollständig ausgeheilt. Die Schultergelenksarthrose, derentwegen die ACG-Resektion vorgenommen worden sei sowie die Schleimhautentfernung und die Labrum-Resektion, die teilweise Ausscheidung der Schultergelenkkapsel und des Schleimbeutels unter dem Schulterdach/der Deltoideusmuskulatur sowie die Formanpassung des Schulterdaches zur Erweiterung des Abstandes zwischen der Acromion-Unterseite und dem Oberarmkopf seien dem langjährigen degenerativen Prozess des linken Schultergelenks geschuldet. Es handle sich aber nicht um Folgen des Unfallereignisses vom 30. Januar 2018.

3.16 Dr. med. O.____ und Pract. med. P.____, Klinik Rheumatologie und Schmerzmedizin des Spitals J.____, halten im Bericht vom 29. Mai 2020 (act. 71/18-14435) fest, sämtliche Beschwerden, unter welchen der Patient gelitten habe, seien eindeutig posttraumatisch entstanden. Es bestünden nicht die geringsten Zweifel, dass die Beschwerden Folge des Unfallereignisses mit der komplexen Nervenschädigung seien.

3.17 Mit Bericht vom 9. März 2021 äussern sich Dr. N.____ und Dr. K.____ zur Unfallkausalität der in der Operation behobenen Beschwerden (Beschwerdebeilage 5) und zur Gesamtsituation betreffend die Operation des Spitals C.____ vom 18. Juli 2017, zum Unfall vom 30. November 2018 und zur von ihnen vorgenommenen Operation vom 13. Juni 2019. Man erachte den Bericht vom 24. Januar 2018 betreffend die Sprechstunde vom 17. Januar 2018 als wegweisend relevant. Damals habe sich die Diagnose einer abgeklungenen Frozen Shoulder und einer Bursitis subacromialis gezeigt. Es sei dokumentiert worden, dass sich die Beschwerden nach stattgehabter glenohumeraler Steroid und ACP-Infiltration deutlich gebessert hätten und der Patient die Schulter fast uneingeschränkt habe bewegen können, ohne dass Schmerzen aufgetreten seien. Insbesondere habe sich ein sehr guter klinischer Befund gezeigt. Daher beurteile man die Beschwerdesituation zum damaligen Zeitpunkt als eine klar abgeklungene Frozen Shoulder bei insbesondere sehr gut erreichter Beweglichkeit. Es habe damals nur das Residuum im Sinne eines Painful Arc Signs bestanden, was auch auf eine Bursitis subacromialis zurückzuführen sein könne. Am 30. Januar 2018 habe sich die Schulterluxation mit Tuberculum majus Fraktur ereignet, die in

Kurznaarkose habe reponiert werden müssen. Im Verlauf habe sich ein neurologischer Traktionschaden gezeigt. Der Patient habe sich erstmals am 29. März 2018 in der Klinik D.____ zur Zweitmeinung vorgestellt. Damals hätten sich eine massive Schmerzsituation im Bereich der linken Schulter und eine reduzierte Beweglichkeit gezeigt. Entsprechend lasse sich für diese Untersuchung eine massive Verschlechterung der Situation aufzeigen im Vergleich zur Untersuchung im Spital C.____ am 17. Januar 2018. Anlässlich der Sprechstunde vom 29. März 2018 sei festgestellt worden, dass keine initiale Verschraubung des Tuberculum majus Fragments notwendig sei bei tolerierbarer Position. Die Durchführung einer Knochenstoffwechseltherapie zur Förderung der Heilung sei erfolgt. Nach weiteren Kontrollen am 25. April 2018, am 18. September 2018 und vom 22. Februar 2019 und vom 1. März 2019 sei im Rahmen der Sprechstunde vom 14. März 2019 und gestützt auf ein MRI Schultergelenk vom 8. März 2019 aufgrund der anhaltenden Beschwerden im Bereich der Schulter und der sich zeigenden AC-Gelenksarthralgie die Indikation zur Evaluation der Supraspinatussehne, die einen minimalen Riss gezeigt habe, sowie zur subacromialen Dekompression und der AC-Gelenksteilresektion gestellt worden. Am 13. Juni 2019 sei die operative Versorgung mit Revisionsarthroskopie, Bakteriologieprobenentnahme, Biopsie, Histologie, partielle Synovia, Labrumresektion, zirkuläre Kapsulotomie und Bursektomie, Acromioplastik sowie AC-Gelenksresektion erfolgt. Es sei insbesondere die Entscheidung einer Bakteriologieprobenentnahme getroffen worden, da differentialdiagnostisch bei Voroperation allenfalls eine Infektion hätte vorliegen können. Die Bakteriologie habe sich aber klar als negativ gezeigt. Die letztmalige Verlaufskontrolle postoperativ am 1. November 2019 habe noch Restschmerzen im Bereich der Schulter gezeigt, die man am ehesten im Rahmen der Nervenschädigung beurteile. Durch die Operation habe das Schmerzbild subjektiv jedoch klar verbessert werden können. Festzuhalten sei, dass sich insbesondere keine Schmerzproblematik mehr über dem AC-Gelenk gezeigt habe. Man erachte das führende Beschwerdebild, aufgrund dessen die Indikation zur erneuten Operation gestellt worden sei, aufgrund der nachfolgenden Erwägungen als klar auf das Unfallereignis vom 30. Januar 2018 zurückzuführen. Aufgrund der deutlichen Verbesserung, bis auf das subacromiale Impingement, habe sich in der Untersuchung durch PD Dr. E.____ am 17. Januar 2018 eine regelrechte Situation gezeigt. Nach der Luxation am 30. Januar 2018 habe sich eine Tuberculum majus Fraktur gezeigt, was jeweils mit einer massiven Krafteinwirkung und möglichem Schaden auf die Schulter vereinbar sei. Weiter habe sich kein Low Grade Infekt gezeigt. Beim Unfallereignis sei es zu einer massiven Gewalteinwirkung gekommen, da sonst keine Luxation und keine Tuberculum majus Fraktur eingetreten wären. Im Verlauf habe sich entsprechend eine AC-Gelenksarthralgie bei Traumatisierung des AC-Gelenks mit Ruptur des Diskus entwickelt. Dies habe durch die Operation vom 13. Juni 2019 relevant gelindert werden können. Zudem habe in der letzten Kontrolle nach wie vor ein diffuser muskulärer resp. neurogener Schmerz bestanden, der sich nur durch das Unfallereignis mit Luxation erklären lasse und nicht mit einer vorangehenden Operation. Man erachte es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als gegeben, dass die operative Versorgung vom 13. Juni 2019 kausal auf das Unfallereignis vom 30. Januar 2018 zurückzuführen sei.

4.1 Die Beschwerdegegnerin anerkennt den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 30. Januar 2018 und der Luxationsfraktur des Tuberculum majus der linken Schulter sowie der Schädigung des Nervus axillaris bzw. Plexus brachialis links und der dadurch verur-

sachten Beschwerden und Heilbehandlungskosten. Sie bestreitet jedoch gestützt auf die Einschätzung von Dr. M.____, dass die Operation vom 13. Juni 2019 zur Verbesserung unfallbedingter Beschwerden erfolgt sei.

4.2 Der Beschwerdeführer vertritt die Auffassung, wonach die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung von Dr. M.____ fälschlicherweise davon ausgehe, er habe zum Zeitpunkt des Unfalles noch an einer abklingenden Frozen Shoulder gelitten. Tatsächlich sei nach der Operation vom 18. Juli 2017 eine Frozen Shoulder aufgetreten, die aber vor dem Unfall vom 30. Januar 2018 vollständig ausgeheilt gewesen sei. Dies sei von PD Dr. E.____ im Rahmen der Sprechstunde vom 17. Januar 2018 zweifelsfrei festgestellt worden. Die Beschwerdegegnerin habe diesbezüglich den Sachverhalt falsch abgeklärt. Weiter wendet er ein, Dr. M.____ gehe in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2019 zu Unrecht davon aus, dass die Operation vom 13. Juni 2019 nicht im Zusammenhang mit dem Unfall vom 30. Januar 2018 stehe, sondern im Zusammenhang mit einem langjährigen degenerativen Prozess als Folge eines Unfalles, den der Beschwerdeführer als Jugendlicher erlitten habe. Diese Behauptung lasse sich auf keinen der medizinischen Berichte abstützen und sei ohne persönliche Untersuchung erfolgt. Demgegenüber habe Dr. G.____ bereits früher bestätigt, dass Läsionen der Subscapularissehne nur selten degenerativ bedingt seien. Ausserdem sei der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfallereignisses relativ jung gewesen, was ebenfalls gegen degenerative Schäden spreche. Auch diesbezüglich habe die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt nicht korrekt abgeklärt. Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, dass, selbst wenn er bereits zuvor unter einer beginnenden AC-Gelenksarthrose gelitten hätte, wobei gemäss Arztberichten nur eine Verdachtsdiagnose bestanden habe, die sich nicht erhärtet habe, so habe diese vor dem Unfall vom 30. Januar 2018 keinerlei Beschwerden verursacht und habe keiner operativen Versorgung bedurft, weshalb von einer traumatisch aktivierten Arthrose auszugehen sei. Dr. N.____ habe in seiner Einschätzung ebenfalls festgehalten, dass sich infolge der beim Unfallereignis massiven Gewalteinwirkung eine AC-Gelenksarthralgie bei Traumatisierung des AC-Gelenks entwickelt habe, die durch die operative Versorgung am 13. Juni 2019 relevant habe gelindert werden können. Die natürliche Kausalität sei zu bejahen, da ja nicht erforderlich sei, dass der Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache der gesundheitlichen Beschwerden sei und es genüge, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die Beschwerden hervorgerufen habe.

5.1 Dr. M.____ ist beratender Arzt der Beschwerdegegnerin. Damit werden seine Berichte gemäss bundesgerichtlicher Praxis gleich behandelt wie diejenigen eines versicherungsinternen Arztes (vgl. Erwägung 2.6 hiervor), weshalb bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Beurteilungen genügen, um weitere medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten. Dr. M.____ und Dres. N.____ und K.____ vertreten unterschiedliche Auffassungen betreffend die Unfallkausalität der mittels Operation vom 13. Juni 2019 behobenen Beschwerden. Sowohl die Beurteilung der behandelnden Ärzte vom 9. März 2021 (vgl. Erwägung 3.17 hiervor) als auch die Stellungnahme des beratenden Arztes vom 19. November 2019 (vgl. Erwägung 3.15 hiervor) sind grundsätzlich nachvollziehbar und mit verschiedenen Argumenten belegt. Dr. N.____, Dr. K.____ (und auch Pract. med. H.____) sind ausgewiesene Schulterspezialisten, deren Curriculum jederzeit im Internet abrufbar ist. Ob Dr. M.____ ein Schulterexperte ist, ist nicht bekannt.

5.2 Was den Zustand der Frozen Shoulder betrifft, so ist gestützt auf den Bericht von PD Dr. E.____ vom 24. Januar 2018 (vgl. Erwägung 3.5 hiervor) davon auszugehen, dass das Schultergelenk wenige Tage vor dem Unfallereignis noch nicht wieder ganz wiederhergestellt war. PD Dr. E.____ berichtet zwar von einer abgeklungenen Frozen Shoulder. Er hält aber auch persistierende Einschränkungen und Schmerzen fest. Damit ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, wenn Dr. M.____ feststellt, dass zum Unfallzeitpunkt am 30. Januar 2018 noch Restbeschwerden bestanden hätten. Dres. N.____ und K.____ ihrerseits beurteilen die Beschwerdesituation kurz vor dem Unfall als eine klar abgeklungene Frozen Shoulder bei insbesondere sehr gut erreichter Beweglichkeit. Es habe nur das Residuum im Sinne eines Painful Arc Signs bestanden, was auch auf eine Bursitis subacromialis zurückgeführt werden könne. Anlässlich der erstmaligen Vorstellung des Patienten in der Klinik D.____ am 29. März 2018 hätten sich eine massive Schmerzsituation im Bereich der linken Schulter und eine reduzierte Beweglichkeit gezeigt. Entsprechend lasse sich im Vergleich zur Untersuchung bei PD Dr. E.____ eine massive Verschlechterung der Situation aufzeigen. Damit liegen unterschiedliche medizinische Beurteilungen in Bezug auf die Bedeutung des Zustands der abgeklungenen Frozen Shoulder mit Restbeschwerden bei der Frage der Unfallkausalität der Operation vom 13. Juni 2019 vor.

5.3 Die Operation vom 13. Juni 2019 erfolgte aufgrund eines Impingements und einer Arthrose. Diese beiden Diagnosen sind nach Auffassung von Dr. M.____ nicht unfallbedingt, sondern auf degenerative Zustände zurückzuführen. Er vertritt die Auffassung, dass das Impingement nicht aufgrund des Unfalles eingetreten sein könne und die Arthrose bereits mit MRI vom 21. März 2017 festgestellt worden sei. Unter anderem weist er darauf hin, dass eine vernarbte Bursa auch bei Entzündungen entstehen könne und nicht auf eine Unfallursache hinweise. Dres. N.____ und K.____ ihrerseits gehen davon aus, dass es beim Unfallereignis zu einer massiven Gewalteinwirkung gekommen sei, weshalb sich im Verlauf entsprechend eine AC-Gelenksarthralgie bei Traumatisierung des AC-Gelenks mit Ruptur des Diskus entwickelt habe. Auch hier stehen sich die ärztlichen Einschätzungen diametral entgegen, weshalb zum jetzigen Zeitpunkt nicht zuverlässig beurteilt werden kann, ob die Operation vom 13. Juni 2019 der Korrektur von unfallbedingten oder degenerativen Beschwerden diene.

5.4 Es besteht somit weiterer Abklärungsbedarf in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt, namentlich die Frage der Unfallkausalität der im Rahmen der Operation vom behobenen Schulterbeschwerden. Dafür sind offensichtlich spezifische fachärztliche Kenntnisse notwendig. Folglich ist die Angelegenheit wegen Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes im Sinne von Art. 43 ATSG an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein versicherungsunabhängiges externes Gutachten veranlasse. Mit der Abklärung ist sodann ein Spezialist bzw. eine Spezialistin für Schulterchirurgie zu betrauen. Dabei sind die Mitwirkungsrechte des Beschwerdeführers gemäss Art. 44 ATSG einzuhalten. Vor Anordnung des Gutachtens kommt dem Beschwerdeführer der Anspruch zu, sich zur Gutachterperson und zu den Gutachterfragen zu äussern (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wird der Beschwerdeführer folglich die Möglichkeit haben, dem Experten bzw. der Expertin allfällige Fragen zu unterbreiten.

5.5 Selbst wenn die weiteren gutachterlichen Abklärungen einen erheblichen Vorzustand an der linken Schulter ergeben würden, wäre zu beachten, dass nach der Rechtsprechung zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände gehören, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts eine unerlässliche Bedingung ("conditio sine qua non") darstellte (Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2017, 8C_847/2016, E. 5.3.2). Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen. Einem Ereignis kommt demzufolge der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene. Darauf weist der Beschwerdeführer zu Recht hin. Mit Blick auf diese Vorgaben reicht es folglich nicht aus, wenn Dr. M._____ lediglich auf das Vorliegen von unfallfremden Faktoren (vorbestehende Frozen Shoulder und Arthrose) verweist und sich nicht mit einer allfälligen (Teil-)Ursächlichkeit auseinandersetzt. Zur Frage, ob das Unfallereignis vom 30. Januar 2018 die vorbestehende Arthrose allenfalls aktivierte, äusserst er sich ebenfalls nicht. Daher wird die Beschwerdegegnerin im Rahmen der weiteren medizinischen Abklärungen auch diese Fragen abzuklären haben.

6. Zusammenfassend ist nach dem Gesagten festzuhalten, dass die Beschwerde in dem Sinne gutgeheissen wird, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Februar 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

7.1 Abschliessend bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Einspracheentscheid auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an den Versicherungsträger zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und der Versicherungsträger als unterliegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 f., BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen; SUSANNE BOLLIGER, Basler Kommentar zum ATSG, Art. 61 N 79).

7.2 Gemäss Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (in der seit 1. Januar 2021 anwendbaren Fassung) ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist dem Beschwerdeführer deshalb eine angemessene Parteientschädigung zuzusprechen. Dessen Rechtsvertreter

hat in seiner Honorarnote vom 21. Mai 2021 einen Zeitaufwand von 16 Stunden sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 120.-- geltend gemacht. Dieser Aufwand ist nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer macht weiter Parteikosten einen ärztlichen Bericht vom 30. März 2021 im Betrag von Fr. 80.-- geltend. Zu den Parteikosten zählen auch besondere Auslagen, die für Abklärungsmassnahmen entstanden sind, welche durch den Versicherungsträger oder das Versicherungsgericht hätten durchgeführt werden sollen, jedoch an deren Stelle durch die Partei veranlasst wurden (UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4., vollständig revidierte Auflage, Zürich 2020, Art. 61 N 113). Rechtssprechungsgemäss sind solche Kosten zu ersetzen, wenn die eingeholten Berichte oder Gutachten massgebend für die Beurteilung der Streitfrage waren (BGE 115 V 63 E. 5c f.). Der Bericht ist zwar in die Entscheidungsfindung eingeflossen, er war jedoch nicht ausschlaggebend für die Beurteilung des vorliegenden Falles, weshalb dessen Kosten nicht der Beschwerdegegnerin auferlegt werden können. Dem Beschwerdeführer ist demnach für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'437.25 (16 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 120.-- zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

8. 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 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 Aktenenergänzung 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 477 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 **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteient-schädigung in der Höhe von Fr. 4'437.25 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.