



Entscheid des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 27. März 2025 (725 24 144)

Unfallversicherung

Medizinischer Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt; Rückweisung an die Vorinstanz

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Ana Dettwiler, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Holger Hügel, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1981 geborene A.____ war seit dem 1. September 2022 bei der B.____AG in X.____ als Montage-Elektriker angestellt und durch die Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 5. April 2023 stürzte er auf einer Treppe und zog sich dabei eine Verletzung an der linken Schulter zu. Die Suva anerkannte für dieses Ereignis ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggelder, Heilbehandlung). Mit Verfügung

vom 24. Juli 2023 stellte sie die Leistungen mit der Begründung ein, dass der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden habe, spätestens am 7. Juli 2023 wieder erreicht worden sei. Die hiergegen erhobene Einsprache wies sie ab (Einspracheentscheid vom 16. April 2024).

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Holger Hügel, am 21. Mai 2024 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, der Einspracheentscheid vom 16. April 2024 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen UVG-Leistungen über den 7. Juli 2023 hinaus zu gewähren. Eventualiter sei zur Klärung der medizinischen Sachlage ein Gerichtsgutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Angelegenheit zur rechtsgenügenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge.

C. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 3. Juli 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

D. Anlässlich des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 4. September 2024 [inkl. Stellungnahme von Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 12. August 2024]; Duplik vom 30. September 2024 [inkl. Bericht von Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, vom 23. September 2024]) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

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 Y.____, 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 frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 21. Mai 2024 ist demnach einzutreten.

2. Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen betreffend den Unfall vom 5. April 2023 zu Recht per 7. Juli 2023 einstellte.

3.1 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). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 % 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.

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) 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 beziehungsweise 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2023, 8C_305/2022, E. 3.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je 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 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, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. 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 nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der

Frage, ob ein leistungsbegründender 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 (Urteile des Bundesgerichts vom 3. März 2022, 8C_600/2021, E. 3.2 und vom 25. März 2020, 8C_669/2019, E. 2.2, je mit Hinweisen). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Februar 2018, 8C_589/2017, E. 3.2.3 mit Hinweisen).

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. 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, 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 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, 122 V 157 E. 1c).

4.2 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. 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 145 V 97 E. 8.5 mit Hinweis, 135 V 465 E. 4.4 und 4.5, 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen).

4.3 Nach der Rechtsprechung gilt es bei der Beurteilung der Unfallkausalität einer Rotatorenmanschettenläsion, die einzelnen Kriterien, die für oder gegen eine traumatische Genese der Verletzung sprechen, aus medizinischer Sicht gegeneinander abzuwägen und den Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wahrheit zu entsprechen. Dabei sind etwa die bildgebenden Befunde, die Vorgeschichte, der Unfallhergang, der

Primärbefund und der Verlauf zu berücksichtigen. Dabei kommt dem Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung zu (vgl. SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154 E. 4.1.3; Urteil des Bundesgerichts vom 16. Dezember 2021, 8C_167/2021, E. 4.1). Im Übrigen liegt es nicht an den Gerichten, den Expertenstreit hinsichtlich des Nachweises der Unfallkausalität von Rotatorenmanschettenrupturen zu entscheiden, sondern es ist stets der Einzelfall zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. August 2023, 8C_62/2023, E. 5.2.2).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind.

6.2 Im Bericht des Ortho-Notfalls der Klinik E.____ vom 10. April 2023 wurde eine linksseitige (dominante) Schulterkontusion am 5. April 2023 diagnostiziert, wobei keine frischen ossären Läsionen festgestellt worden seien. Es wurde festgehalten, dass das Integument intakt sei, keine Hämatome oder Deformationen vorlägen, die Clavicula druckschmerzfrei sei und kein Hochstand des AC-Gelenks nachweisbar wäre. Auch der Sulcus bicipitalis erweise sich als druckschmerzfrei. Die Abduktion und Elevation der Schulter seien bis 160° möglich, wobei ab 90° ein Painful Arc zu beobachten sei. Die rotatorenmanschetten-spezifischen Tests seien negativ und das periphere Durchblutungs-, Motorik- und Sensibilitätsprofil (pDMS) zeige keine Auffälligkeiten.

6.3 Gemäss Bericht der Radiologie der Klinik E.____ vom 24. April 2023 zeige die am selben Tag durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) der linken Schulter eine kleine Partialläsion der Supraspinatussehne am Footprint anterior bursaseitig, eine mässige Tendinopathie der langen Bizepssehne mit Beteiligung des Bizepssehnenankers, eine mässige AC-Arthrose mit Zeichen einer Aktivierung sowie eine minimal vermehrte Flüssigkeitsansammlung in der Bursa subacromialis/subdeltoidea, was als Hinweis auf eine leichte Bursitis zu werten sei.

6.4 Am 20. Juni 2023 hielt der behandelnde Arzt Dr. C.____ fest, dass beim Versicherten eine posttraumatische Ruptur der Supraspinatussehne mit Instabilität des Bizepssehnenankers sowie eine Bursitis subacromialis vorliege. Das linke Schultergelenk sei passiv frei beweglich, die aktive Flexion erreiche 140° und die Abduktion 90°, während die Aussenrotation bis 60° und die Innenrotation bis auf Höhe L5 möglich seien. Die Kraftentwicklung bei der Abduktion sei

schmerzhaft vermindert. Sowohl der Jobe- als auch der O'Brien-Test seien positiv und es zeige sich ein positives Impingement-Zeichen nach Neer. Ein Druckschmerz über dem ACG bestünde nicht und das pDMS sei intakt. Rechtsseitig zeige sich eine freie Beweglichkeit des Schultergelenks mit adäquater Kraftentwicklung in Abduktion, Aussenrotation und Innenrotation. Es bestünde kein Druckschmerz über dem ACG, das Impingement-Zeichen nach Neer sei diskret positiv, und das pDMS sei ebenfalls intakt. Da trotz begonnener Physiotherapie anhaltende Schmerzen und eine relative Kraftlosigkeit des linken Arms vorliege, sei die Indikation für eine Schulterarthroskopie mit Refixation der Rotatorenmanschette, Tenodese der langen Bizepssehne, Bursektomie und Akromioplastik gegeben.

6.5 Im Bericht vom 11. Juli 2023 hielt der Versicherungsmediziner Dr. D.____ fest, dass der Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine zusätzlichen objektivierbaren strukturellen Läsionen verursacht habe. In der MRI vom 24. Juli 2023 würden sich altersentsprechende degenerative Veränderungen, jedoch keine frische traumatische Läsion zeigen. Die kleine Läsion der Supraspinatussehne sei altersgemäss und im Zusammenhang mit der körperlichen Arbeit sowie den weiteren degenerativen Veränderungen der Schulter zu sehen. Die Ursache hierfür sei aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht das Sturzereignis vom 5. April 2023. Beim Unfall habe der Versicherte eine Prellung erlitten, die innerhalb weniger Tage, spätestens aber nach sechs Wochen, abheile.

6.6 Am 6. Oktober 2023 führte Dr. C.____ eine Schulterarthroskopie links mit zweireihiger Refixierung der Supraspinatussehne, subpektoraler Tenodese der langen Bizepssehne, Bursektomie und sparsamer Akromioplastik durch. Gleichentags hielt er fest, es bestünde ein Status nach Schultertrauma links im April 2023. Ein konservativer Therapieansatz sei ohne Erfolg geblieben, weshalb die Durchführung einer Operation angezeigt gewesen sei. Er stellte fest, dass die glenohumeralen Knorpelbeläge unauffällig und das ventrale Labrum intakt seien. Es bestünde eine SLAP-Läsion vom Typ II, während die Subscapularis- und die Infrapinatussehne intakt seien. Die Supraspinatussehne sei hingegen rupturiert. Subacromial zeige sich eine Bursitis subacromialis mit einem diskreten Acromionsporn. Die Ruptur der Supraspinatussehne sei U-förmig konfiguriert und lasse sich spannungsfrei über dem Footprint reponieren. Die Sehmentextur sei insgesamt gut erhalten.

6.7 Im Bericht vom 16. Oktober 2023 führte Dr. med. Johann F.____, Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, aus, dass der Versicherte nach dem Sturz am 5. April 2023 Schmerzen und eine eingeschränkte Beweglichkeit der linken Schulter gehabt habe. Unter Berücksichtigung der vorliegenden ärztlichen Berichte, der Bildgebung und der intraoperativ angefertigten arthroskopischen Aufnahmen sei die beim Versicherten diagnostizierte Verletzung des linken Schultergelenks mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal. Der Unfall vom 5. April 2023 habe zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung der bereits am 20. April 2023 vorhandenen leichten degenerativen Veränderungen (MRT-Untersuchung vom 24. April 2023) des linken Schultergelenks geführt. Die Beurteilung von Dr. D.____ vom 11. Juli 2023 sowie die darauf beruhende Leistungseinstellung per 7. Juli 2023 seien aus seiner Sicht nicht haltbar.

6.8 Dr. D.____ stellte in seiner Aktenbeurteilung vom 10. April 2024 fest, dass bei der Konsultation am 10. April 2023 im Ortho-Notfall der Klinik E.____ kein auffälliger Befund erhoben worden sei. Es hätten sich weder Prellmarken noch Hämatome gezeigt noch seien für eine frische, traumatische Rotatorenmanschettenverletzung typische Bewegungseinschränkungen mit ausgeprägten Schmerzen vorhanden gewesen. Zudem sei der Jobe-Test (zur Überprüfung der Supraspinatussehne) nicht positiv ausgefallen, was bei einer frischen Verletzung zu erwarten gewesen wäre. Es sei lediglich ein Painful-arc ab 90° angegeben, jedoch keine weitere orthopädische Kontrolle empfohlen worden. Es sei nur eine leichte Prellung angenommen und eine Arbeitsunfähigkeit für zwei Tage attestiert worden. Hätte der Behandler eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur vermutet, hätte sofort eine MRI-Abklärung veranlasst werden müssen. Gegen eine traumatische Supraspinatussehnenruptur spreche zudem, dass der Versicherte nach dem Unfall noch fünf Tage habe arbeiten können – bei einer frischen Ruptur wären erhebliche Schmerzen und Bewegungseinschränkungen zu erwarten gewesen, die die Ausübung des Berufs als Elektriker unmöglich gemacht hätten. Auch der Unfallmechanismus sei nicht typisch für eine solche Verletzung, da nach aktuellem medizinischem Wissensstand eine erhebliche Krafteinwirkung erforderlich sei, um bei jüngeren Versicherten eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Die Inzidenz akuter traumatischer Manschettenrisse liege bei 8 %. Es werde angenommen, dass traumatische Risse auf Mechanismen mit höherer Energie zurückzuführen seien und Risse in der gesamten Sehnendicke verursachen, wohingegen der natürliche Verlauf von Abnutzungsrissen darin bestehe, dass sie als Risse in der Teildicke entstünden und sich möglicherweise zu Rissen in der gesamten Dicke entwickeln. Letzteres sei in der MRI vom 24. April 2023 erkennbar, das keine Hinweise auf eine frische traumatische Supraspinatussehnenruptur zeige. Die MRI-Befunde seien vielmehr mit einer Schulterimpingementsymptomatik vereinbar. Zu den Berichten von Dr. C.____ sei festzustellen, dass sich in der Bilddokumentation kein Nachweis für eine traumatische Ablösung der Supraspinatussehne oder eine SLAP-II-Läsion finde. Die im Operationsbericht erwähnte Ruptur sei nicht nachvollziehbar. Entgegen den Ausführungen von Dr. F.____ hätten sich bei der Erstuntersuchung weder Schmerzen noch eine eingeschränkte Beweglichkeit gezeigt. Auch die von Dr. F.____ behauptete gesicherte SLAP-II-Läsion sei laut Radiologin nur ein Verdacht und nicht objektiv nachgewiesen. Die Schlussfolgerung von Dr. F.____, die diagnostizierte Verletzung sei überwiegend wahrscheinlich unfallkausal, werde nicht geteilt. Bei der initialen ärztlichen Vorstellung in der Klinik E.____ hätten sich keine Hinweise für eine frisch erlittene strukturelle Läsion ergeben. Dr. C.____ nenne in seinen Berichten keine medizinischen Fakten, die belegen, dass es sich bei einer möglicherweise vorliegenden SLAP-Läsion und der in der MRI nachgewiesenen kleinen Partiaalläsion der Supraspinatussehne um frische, strukturelle Läsionen handle. Die wesentlichen Aspekte – nämlich dass beim Versicherten eine anatomische Besonderheit vorliege, er wiederholt Überkopfarbeiten ausführe und eindeutige radiologische Hinweise auf eine frische Rotatorenmanschettenruptur fehlten – würden nicht thematisiert. Darüber hinaus lasse sich anhand der vorliegenden arthroskopischen Aufnahmen weder eine SLAP-Läsion noch eine Ruptur der Supraspinatussehne nachweisen. Daher könne den Ausführungen im Parteigutachten von Dr. F.____ nicht gefolgt werden; neue medizinische Erkenntnisse lägen nicht vor.

6.9 Dr. C.____ hielt am 12. August 2024, fest, dass für die Unterscheidung zwischen einer traumatischen und einer degenerativen Rotatorenmanschettenläsion insbesondere die Vorge-

schichte des Patienten, das Unfallereignis, das klinische Verletzungsbild sowie die radiologischen und intraoperativen Befunde entscheidend seien. Im vorliegenden Fall sei die Anamnese des Patienten unauffällig, und es lägen keine dokumentierten Schulterbeschwerden vor dem Unfall vor. Zudem hätten Studien gezeigt, dass auch bei jungen und sportlich aktiven Personen ein direkter Sturz auf die Schulter zu einer Ruptur führen könne, was auf den Sturz vom 5. April 2023 zutrefte. Auch eine erhöhte Kraftanstrengung könne bereits eine Rotatorenmanschettenläsion verursachen. Der Versicherte habe unmittelbar nach dem Trauma einschliessende, immobilisierende Schulterschmerzen angegeben, und die Schulter sei seither nicht mehr ausreichend beweglich gewesen. Das Fehlen von Prellmarken, Hämatomen oder Schwellungen spreche nicht gegen eine traumatische Ursache, da solche Zeichen nur in etwa 20 % der Fälle auftreten. Eine klinisch manifeste Muskelatrophie, wie sie typisch für eine degenerative Genese wäre, habe präoperativ nicht bestanden. Radiologisch könne ein verminderter akromiohumeraler Abstand (AHA) als Zeichen der Chronifizierung bei Rotatorenmanschettenläsionen gewertet werden, wobei bei traumatischen Rupturen kein AHA unter 5 mm gefunden worden sei. Wie rasch sich der AHA nach einer Ruptur verändere, sei nicht bekannt. Beim Versicherten habe sich postoperativ ein AHA von 10 mm gezeigt, was gegen eine degenerative Läsion spreche. In der MRI sei ein Knochenmarksödem (Bone bruise) über dem Tuberculum majus sichtbar gewesen, das mit einer unfallbedingten Ruptur assoziiert werden könne, wenngleich ein solches Ödem nicht immer bei traumatischen Rupturen nachweisbar sei. Die intraoperative Partialläsion der Rotatorenmanschette sei in der MRI vom 24. April 2023 deutlich erkennbar gewesen und könne auch ohne frisches Bone bruise mit dem Unfall in Zusammenhang gebracht werden. Insgesamt sei aufgrund der vorliegenden Anamnese, des Unfallmechanismus, des klinischen Verlaufs sowie der radiologischen Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer traumatischen Genese der Schulterpathologie auszugehen.

6.10 Am 20. September 2024 nahm Dr. D._____ zum Bericht von Dr. C._____ vom 12. August 2024 Stellung. Er führte aus, dass Dr. C._____ von einer frischen Pathologie ausgehe, weil keine Schulterbeschwerden vorgelegen hätten. Diese Behauptung lasse sich jedoch aus Datenschutzgründen nicht objektivieren. Selbst wenn diese Aussage zutrefte, ergebe sich daraus aus medizinischer Sicht nicht automatisch eine überwiegend wahrscheinliche traumatische Genese. Zudem sei zu beachten, dass bereits 2021 auf der Gegenseite (rechte Schulter) nahezu identische Befunde vorgelegen hätten. Damals sei aus heute nicht mehr nachvollziehbaren Gründen von der Suva nach einem Bagatellereignis und erfolgter Operation eine Listendiagnose anerkannt worden. Auch dort habe sich eine Impingementkonstellation gezeigt. Die erhobenen Befunde hätten sich auch im vorliegenden Fall deutlich plausibler durch die individuelle Anatomie des Versicherten in Verbindung mit der häufigen Überkopfarbeit als Elektriker erklären lassen. Zudem liefere die von Dr. C._____ zitierte Literatur Argumente, die die von der Versicherungsmedizin vertretene Genese der Beschwerden stützen würden. Die erste von ihm genannte Publikation weise darauf hin, dass Patienten mit einer Rotatorenmanschettenruptur ein deutlich erhöhtes Risiko für einen Riss auf der Gegenseite hätten und ihre Schulterfunktion auch bei asymptomatischem Riss im Alltag deutlich eingeschränkt sein könne. Die zweite zitierte Arbeit komme zum Ergebnis, dass eine langfristige berufliche Überkopfbelastung mit einem erhöhten Risiko für Rotatorenmanschettenläsionen assoziiert sei. Soweit Dr. C._____ weiter ausführe, klinische und radiologische Studien hätten gezeigt, dass auch ein direkter Sturz auf die Schulter

zu Rupturen der Rotatorenmanschette führen könnten, zitiere er die entsprechende Studie nicht korrekt. In der betreffenden Untersuchung habe bei diesem Unfallmechanismus keine einzige Rotatorenmanschettenruptur nachgewiesen werden können. Vielmehr seien bei einem direkten Sturz auf die Schulter vor allem Schulterluxationen, Verletzungen der Gelenkklappe und Frakturen des Schulterblatts beschrieben worden. Mit der von Dr. C.____ zitierten Literatur widerlege er somit seine eigenen Argumente. Als dritten Punkt habe Dr. C.____ ausgeführt, dass bei der klinischen Beurteilung des Sachverhalts der Erstbefund und der Symptomverlauf für die Begutachtung von zentraler Bedeutung seien, was grundsätzlich zutreffend sei. Soweit er jedoch davon ausgehe, dass es nach dem Schultertrauma unmittelbar zu einschiessenden, immobilisierenden Schmerzen gekommen sei und die Schulter seither nicht mehr ausreichend beweglich gewesen sei, stehe diese Darstellung im Widerspruch zur zeitnahen Dokumentation. Laut den vorliegenden Unterlagen habe der Versicherte nach dem behaupteten Ereignis weitergearbeitet und die erste ärztliche Konsultation habe erst am 10. April 2023 – also fünf Tage nach dem Unfall – stattgefunden. Bei dieser ersten Untersuchung sei ein unauffälliger Schulterbefund festgehalten worden. Am 10. April 2023 sei zudem lediglich eine Arbeitsunfähigkeit für zwei Tage attestiert worden; am 18. April 2023 habe der Hausarzt eine Arbeitsunfähigkeit rückwirkend ab dem 17. April 2023 bescheinigt. Dieser klinische Verlauf sowie die dokumentierten Untersuchungsbefunde würden klar gegen das Vorliegen einer frischen Rotatorenmanschettenruptur sprechen. Typische Zeichen einer akuten Ruptur wie starke Schmerzen, deutliche Funktionseinschränkung, Pseudoparalyse, Drop-arm-Zeichen oder positive rotatorenmanschettenspezifische Tests würden fehlen. Dies widerspreche eindeutig der nun behaupteten Darstellung und lasse sich anhand der dokumentierten Befunde konkret belegen. Als vierten Punkt führe Dr. C.____ aus, dass radiologische pathomorphologische Befunde eine essentielle Säule bei der Beurteilung der Genese einer Rotatorenmanschettenpathologie seien, was grundsätzlich zutreffend sei. Dr. C.____ argumentiere im Folgenden mit der acromiohumeralen Distanz; diese Ausführungen seien zwar korrekt, würden jedoch im vorliegenden Fall bei einer Impingement-symptomatik mit nachgewiesener AC-Arthrose und einem kritischen Schulterwinkel von über 40° keine entscheidende Rolle spielen. Ebenso wenig sei das von ihm erwähnte Knochenmarködem im aktuellen Zusammenhang von Relevanz. Bereits in der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 11. April 2024 sei darauf hingewiesen worden, dass die erhobenen Befunde dem Krankheitsbild eines Schulterimpingements entsprechen würden. Die kleine Sehnenruptur sowie das Knochenmarködem seien typische Befunde bei diesem Krankheitsbild und deshalb diesem zuzuordnen. Eine Veränderung der acromiohumeralen Distanz liege nicht vor, was beim hier überwiegend wahrscheinlich bestehenden Impingement im Stadium und Alter des Versicherten auch nicht zu erwarten wäre. Den Hinweisen zur acromiohumeralen Distanz und zum Knochenmarködem könne man grundsätzlich zustimmen. Im vorliegenden Fall seien sie jedoch nicht ausschlaggebend, da die Diagnose eines Schulterimpingements vorliege, die die Beschwerden besser erkläre als das behauptete Sturzereignis.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. April 2024 bei der Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und dem Gesundheitsschaden vollumfänglich auf die versicherungsmedizinischen Einschätzungen von Dr. D.____ vom 11. Juli 2023 und 10. April 2024. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Rotatorenmanschettenläsion mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit

nicht auf das Unfallereignis vom 5. April 2023 zurückzuführen sei und die erlittene Prellung spätestens nach sechs Wochen ausgeheilt gewesen sei. Aus diesem Grund sei ab dem 7. Juli 2023 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Status quo ante eingetreten, sodass das Unfallereignis vom 5. April 2023 ab diesem Zeitpunkt keine kausale Bedeutung für die Beschwerden des Versicherten mehr gehabt habe.

7.2 Wie in Erwägung 4.2 dargelegt, sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn – wie im vorliegenden Fall – ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, müssen ergänzende Abklärungen vorgenommen werden. Solche Zweifel an der Schlüssigkeit und Beweiskraft der versicherungsinternen Beurteilung von Dr. D.____ ergeben sich bereits aus den divergierenden Einschätzungen der beteiligten medizinischen Experten hinsichtlich der Frage, ob die in der medizinischen Literatur festgelegten Kriterien für eine traumatische Rotatorenmanschettenläsion erfüllt sind. Während der Versicherungsmediziner von einer degenerativen Schädigung der Supraspinatussehne ausgeht, vertreten die behandelnden Fachärzte Dres. med. C.____ und F.____ die Auffassung, diese sei auf das Unfallereignis vom 5. April 2023 zurückzuführen. Dabei wurden insbesondere auch die intraoperativ angefertigten arthroskopischen Aufnahmen unterschiedlich interpretiert. Angesichts dieser widersprüchlichen medizinischen Sachlage erscheint die Einschätzung von Dr. D.____, wonach die Supraspinatussehnenläsion mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Unfallereignis vom 5. April 2023 zurückzuführen sei, nicht hinreichend gesichert. Vor diesem Hintergrund hätte die Beschwerdegegnerin spätestens nach Vorliegen des widersprechenden Berichts von Dr. F.____ vom 16. Oktober 2023 (vgl. E. 6.7), der – unter Berücksichtigung der Berichte der Klinik E.____ vom 10. April 2023 und 24. April 2023 (vgl. E. 6.2 und E. 6.3) sowie des Berichts von Dr. C.____ vom 20. Juni 2023 (vgl. E. 6.4) – eine unfallbedingte Schädigung des linken Schultergelenks bejahte und die Beurteilung des Versicherungsmediziners Dr. D.____ vom 11. Juli 2023 als nicht haltbar einstufte, ein neutrales externes Gutachten nach Art. 44 ATSG einholen müssen. Da sie dies unterlassen und stattdessen lediglich eine weitere Stellungnahme des Versicherungsmediziners Dr. D.____ eingeholt hatte, kam sie ihrer Abklärungspflicht nicht rechtsgenügend nach. Dies gilt umso mehr, als sich Dr. D.____ in seinen Stellungnahmen vom 11. Juli 2023 und 10. April 2024 nicht explizit zur Feststellung von Dr. F.____ äusserte, dass der Unfall vom 5. April 2023 zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung der bereits am 20. April 2023 vorhandenen leichten degenerativen Veränderungen geführt habe. Der Verweis von Dr. D.____ auf eine angeblich ähnliche Pathologie des rechten Schultergelenks im Jahr 2021, die als Impingement-Konstellation klassifiziert worden sein soll, ist mangels Dokumentation nicht nachvollziehbar. Ebenso bleibt unklar, welche Bedeutung dieser Hinweis für die Beurteilung der linken Schulter haben soll.

7.3 Da sich die Diskussion um die streitige Unfallkausalität des verletzten linken Schultergelenks im weiteren Verlauf des Verfahrens zu einem regelrechten Expertenstreit entwickelte, den das Gericht nicht abschliessend zugunsten der einen oder anderen Seite entscheiden kann, und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, ist eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin angezeigt. Diese wird zunächst ein externes Gutachten bei einer unabhängigen und zur Beurteilung

der relevanten Fragestellungen qualifizierten Fachperson einholen müssen. Diese Fachperson wird insbesondere dazu Stellung nehmen müssen, ob das Unfallereignis vom 5. April 2023 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest eine Teilursache für die über das Datum der Leistungseinstellung per 7. Juli 2023 hinaus geklagten linksseitigen Schulterbeschwerden darstellt bzw. ob der Unfall vom 5. April 2023 zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung der bereits am 20. April 2023 vorhandenen leichten degenerativen Veränderungen geführt hat. Dabei hat sich die sachverständige Person auch zur Eignung des geschilderten Schadensmechanismus für die vorliegende Schulterverletzung aus medizinischer Sicht zu äussern, wobei zu beachten ist, dass dies lediglich einen Aspekt der Kausalitätsbeurteilung unter mehreren darstellt. Die medizinische Fachperson muss die einzelnen für oder gegen eine traumatische Genese sprechenden Aspekte umfassend diskutieren und würdigen. Hernach wird die Beschwerdegegnerin erneut über ihre Leistungspflicht zu verfügen haben. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen.

8.1 Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

8.2 Laut 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 Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 15. Oktober 2024 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 17 Stunden und 45 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen sowie des zweiten Schriftenwechsels nicht zu beanstanden ist. Die zeitlichen Bemühungen sind zu dem seit dem 1. Januar 2004 in Sozialversicherungsprozessen für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden ist die in der Honorarnote geltend gemachte Auslagenpauschale von 3 % auf den ausgewiesenen Aufwand. Somit ist dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'940.85 (17,75 Stunden à Fr. 250.-- sowie Auslagen von Fr. 133.15 zuzüglich 8,1 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

9.1 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 (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutmachenden 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 481 f. E. 4.2).

9.2 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 Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt vom 16. April 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'940.85 (inkl. Auslagen und 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen