

BL_GERICHTE 725 22 221 / 75 vom 29. Juli 2021

BL Gerichte, 2021-07-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_22_221___75

FR: BL_GERICHTE 725 22 221 / 75 du 29 juillet 2021

IT: BL_GERICHTE 725 22 221 / 75 del 29 luglio 2021

Regeste

Leistungen

Erwägungen

E. 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 C. , weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerden zuständig. Auf die unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes gemäss Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG frist- und im Übrigen formgerecht eingereichte Beschwerde vom 22. August 2022 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen – namentlich die Übernahme der Heilbehandlungskosten – zu Recht per 30. Juni 2021 einstellte. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu prüfen, ob die vom Beschwerdeführer in diesem Zeitpunkt geklagten Schulterbeschwerden mit dem Unfall vom 20. November 2020 in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang stehen. 3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts Anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). 3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 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 entfielen. Für die Bejahung der natürlichen Unfallkausalität eines Beschwerdebilds genügt damit eine Teilursächlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts vom 20. Mai 2019, 8C_437/2018, E. 2.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 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 mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 109 E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlicher fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). 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 des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 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).

4.2 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 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

E. 5

Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen vor:

E. 5.1

Der behandelnde Arzt Dr. med. D., FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, diagnostizierte in seinem Bericht zuhanden der Suva vom 18. Februar 2021 eine traumatisierte Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne mit begleitendem bursaseitigen Partialriss der Supraspinatussehne nach einem Fahrradunfall am 20. November 2020 sowie eine Tendinopathie der langen Bizepssehne und kleine Oberrandläsion der Subscapularissehne der rechten Schulter. Der Patient beklage seit dem Unfall persistierende Schulter-schmerzen bei der Elevation sowie teilweise bei der Abduktion und stechende Schmerzen am rechten Oberarm. Vor dem Unfall habe er keinerlei Schulterbeschwerden gehabt. Ein am 13. Januar 2021 durchgeführtes Arthro-MRI

habe die Verkalkung am Ansatz der Supraspinatussehne (ca. 7 mm) bestätigt. Es zeige sich dazu eine bursaseitige Partiaalläsion der Supraspinatussehne, welche die posttraumatischen Beschwerden auch erklären könne. Die lange Bizepssehne zeige eine moderate Tendinopathie mit einer geringgradigen Subluxation nach medial. Dazu finde sich eine kleine Oberrandläsion der Subscapularissehne, jedoch keine glenohumerale Arthrose. Ferner zeige sich eine nicht aktivierte AC-Gelenksarthrose. Empfohlen werde primär eine konservative Behandlung.

E. 5.2

Mit Bericht vom 27. April 2021 diagnostizierte Dr. D. eine Tendinitis calcarea sowie eine SLAP-Läsion der rechten Schulter mit intratendinöser Rissbildung der langen Bizepssehne nach dem Unfall vom 20. November 2020. Die bisher durchgeführte Physiotherapie habe teilweise zu einer Verbesserung der Schmerzsituation geführt. Bei frustriertem Verlauf werde nun eine Schulterarthroskopie mit miniopen Bizepsstenodese, Débridement der Supra- und Infraspinatussehne, Bursektomie und Kalkentfernung empfohlen.

E. 5.3

Die Hausärztin Dr. E. , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, gab mit Arztzeugnis UVG vom 11. Juni 2021 an, dass die Erstbehandlung der Schulter am 8. Januar 2021 stattgefunden habe. Der Patient habe unmittelbar nach dem Sturz starke Schmerzen in der Schulter verspürt, die nach zwei Wochen deutlich besser geworden seien. Er leide indes immer noch an einer Einschränkung und an Schmerzen im vorderen Bereich der rechten Schulter.

E. 5.4

Die Kreisärztin Dr. med. F. , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, äusserte sich am 15. Juni 2021 zur vorhandenen medizinischen Aktenlage. Sie gab an, dass eine aktivierte Tendinitis calcarea vorliege, der Unfall indes zu keinen strukturellen Läsionen, sondern lediglich zu einer Kontusion geführt habe, die innert drei bis vier Monaten ausgeheilt sei.

E. 5.5

Die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. G. , FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 29. Juli 2021 wiederholt im Wesentlichen die Ausführungen von Dr. F. . Der Versicherte habe angegeben, am 20. November 2020 mit dem Fahrrad gestürzt zu sein. Er habe sich erstmals knapp zwei Monate später beim Hausarzt gemeldet. Die durchgeführten bildgebenden Untersuchungen hätten eine Tendinitis calcarea sowie eine Bursitis subdeltoidea gezeigt. Die geplante Operation sei vom Versicherten abgesagt worden. Das Unfallereignis habe zu einer Aktivierung der Tendinitis calcarea geführt ohne Setzen von unfallbedingten strukturellen Läsionen. Die Kontusion nach Velosturz gelte nach drei bis vier Monaten als ausgeheilt.

E. 5.6

Im Rahmen des Einspracheverfahrens nahm Kreisarzt Dr. med. H. , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, zum medizinischen Sachverhalt Stellung. Er führte in seiner Beurteilung vom 9. Juni 2022 aus, dass traumatische Schäden der Rotatorenmanschette, sowohl eine Teilruptur der langen Bizepssehne als auch ein Teilriss der Rotatorenmanschette selbst, starke Schmerzen verursachen würden. Diese würden den Verletzten veranlassen, innerhalb von wenigen

Tagen ärztliche Hilfe aufzusuchen. Der Versicherte habe sich erstmals circa sieben Wochen nach dem Unfallereignis in ärztliche Behandlung begeben, was nicht für einen massiven traumatischen Schaden am rechten Schultergelenk spreche. Da der Versicherte beruflich überwiegend administrativ tätig sei, könne die fehlende Arbeitsunfähigkeit nicht als Kriterium für eine Differenzierung zwischen traumatischer und degenerativer Genese der Schulterbeschwerden herangezogen werden. Die erstbehandelnde Ärztin habe jedoch offensichtlich den möglichen Schaden als nicht derart gravierend angesehen, als dass sie zum Ausschluss einer knöchernen Verletzung eine Röntgenuntersuchung veranlasst hätte. Ebenso wenig habe nach dem Unfall eine Pseudoparalyse bestanden. Die bildgebenden Untersuchungen hätten eine breitflächige Tendinosis calcarea mit intra- und epitendinösen Kalkeinlagerungen gezeigt. Die Verkalkungen würden die Supraspinatussehne sowohl subacromial als auch gelenk-seitig betreffen. Die Fachliteratur gehe bei der Tendinosis calcarea von einer verschleissbedingten Erkrankung aus, die als intrinsischer Faktor für die degenerative Schädigung der Supraspinatussehne und zu einem sukzessiven Aufreiben derselben führe. Ebenso führten die Verkalkungen acromialseitig zu einer ständigen Reizung der Bursa subacromialis/subdeltoidea. Weiter werde als Diagnose eine Tendinose der Bizepssehne respektive eine Teiltraktur mit SLAP-Läsion geltend gemacht. Diese Angaben würden sich per se schon widersprechen, da die Tendinose der langen Bizepssehne üblicherweise im Bereich des Sulcus intertubercularis vorgefunden werde. Die SLAP-Läsion sei demgegenüber eine Schädigung des Labrum glenoidale. Bei Durchsicht der MRI-Bilder habe keine Tendinose der langen Bizepssehne im Bereich des Sulcus intertubercularis erkannt werden können. Es bestehe auch keine Subluxation der Sehne nach medial; das superiore glenohumerale Band sei intakt. Sichtbar sei eine geringgradige Kontrastmittelanreicherung im Sulcus intertubercularis, die jedoch bei intakter Sehne als physiologisch anzusehen sei. Eine SLAP-Läsion lasse sich anhand der MRI-Aufnahmen nicht verifizieren. Es finde sich unterhalb des Bizepssehnenansatzes am oberen Pfannenrand ein sublabraler Rezessus, der als angeboren oder als Folge eines Übergebrauchs der Schulter gelte. Eine Schädigung der Subscapularissehne sei bei einem Aussenrotations-/Abduktionstrauma mit heftiger Gewalteinwirkung oder beim Auffangen eines schweren Gegenstandes mit abduziertem/ausserrotiertem Arm zu erwarten. Dann sei allerdings mit einer hochgradigen Schädigung der Subscapularissehne bis hin zu einem Totalabriss zu rechnen. Im vorliegenden Fall finde sich demgegenüber eine kleine Läsion am Oberrand der Subscapularissehne. Diese gelte in der Fachliteratur als degenerativ und sei überwiegend wahrscheinlich nicht durch das Unfallereignis hervorgerufen, zumal beim vorliegenden Fahrradsturz offensichtlich nicht von einem Hochrasanztrauma auszugehen sei. Zusammenfassend sei festzustellen, dass die Gesundheit der versicherten Person an der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor dem Unfall vom 20. November 2020 in stummer Weise beeinträchtigt gewesen sei. Die geltend gemachten Schäden seien nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Das Unfallereignis habe überdies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu strukturellen Läsionen oder zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung der degenerativen Vorzustände an der Rotatorenmanschette und der langen Bizepssehne geführt. Nach vorübergehender Verschlimmerung in Form einer Schulterkontusion /-distorsion sei vom Erreichen des Vorzustandes innerhalb von drei bis vier Monaten nach dem Unfall auszugehen. 6.1. Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Frage, ob die geklagten Beschwerden (noch) in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20.

November 2020 stehen, auf die kreisärztlichen Beurteilungen, namentlich auf diejenige von Dr. H. vom 9. Juni 2022. 6.2. Wie in Erwägung 4.3 hiervor ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne die Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist auch eine reine Aktenbeurteilung nicht an sich als unzuverlässig zu beurteilen. 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 das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (Urteil des Bundesgerichts vom 27. März 2008, 8C_540/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Die beim Beschwerdeführer festgestellten Befunde und Diagnosen sind grundsätzlich unbestritten. Die Beurteilung der natürlichen Kausalität darf folglich im Rahmen eines Aktengutachtens beurteilt werden. Wie auch bei anderen versicherungsinternen medizinischen Einschätzungen sind bei solchen Aktengutachten allerdings bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Solche Zweifel bestehen indessen vorliegend entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht. Der Kreisarzt Dr. H. hat unter Berücksichtigung der Vorakten, der bildgebenden Dokumentation sowie der geklagten Beschwerden eine schlüssige, begründete und für die streitigen Belange umfassende Beurteilung abgegeben. So erläutert er unter Hinweis auf die Fachliteratur schlüssig, dass es sich bei der Tendinosis calcarea um eine verschleissbedingte Erkrankung handelt, welche als intrinsischer Faktor zu degenerativen Schädigungen der Supraspinatussehne führt. Unter Hinweis auf die Bildgebung bestätigt er weder eine Tendinose der Bizepssehne noch eine SLAP-Läsion. Vielmehr zeigen die bildgebenden Untersuchungen, dass es beim Unfallereignis nicht zu frischen strukturellen Veränderungen gekommen ist. Dr. H. begründet überdies nachvollziehbar, dass die kleine Läsion am Oberrand der Subscapularissehne beim beschriebenen Unfallhergang nicht hat hervorgerufen werden können. Insgesamt kommt der Versicherungsfacharzt nachvollziehbar zum Schluss, dass das Unfallereignis bloss zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Schulterproblematik geführt hat und nach drei bis vier Monaten vom Erreichen des Vorzustandes im Sinne eines Status quo sine auszugehen sei.

E. 6

„3 Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, ist nicht geeignet, die Beweiskraft der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 9. Juni 2022 in Frage zu stellen. Zwar führt er zu Recht aus, dass auch eine Teilkausalität genüge, um die Leistungspflicht des Unfallversicherers zu begründen bzw. aufrechtzuerhalten. Indessen begründet die Aktivierung von vorbestehenden Schädigungen keinen auch nur teilweisen ursächlichen Zusammenhang zwischen diesen und dem Unfall. Insofern ist die Feststellung, dass der Unfall zu keinen strukturellen Veränderungen geführt hat, für die Frage der Kausalität durchaus von Bedeutung. Eine vorübergehende Verschlimmerung wird sodann von Dr. H. sowie den anderen beigezogenen Kreisärzten anerkannt. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers hat sich Dr. H. auch zur von Dr. D. diagnostizierten bursaseitigen

Partiälläsion der Supraspinatussehne geäussert, als er erläuterte, dass diese Folge der diagnostizierten Kalkschulter sei. Aus der Angabe von Dr. D. , diese Partiälläsion könne die Beschwerden des Patienten erklären, kann der Beschwerdeführer folglich nichts zu seinen Gunsten ableiten, zumal selbst Dr. D. damit bloss einen möglichen, nicht jedoch einen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden postuliert. Weitere abweichende Einschätzungen liegen in den medizinischen Akten nicht vor. Anzumerken bleibt schliesslich, dass seitens des Beschwerdeführers keinerlei fachärztliche Beurteilung von Behandlerinnen oder Behandlern vorgelegt wurde, die sich mit der Einschätzung von Dr. H. auseinandersetzen oder diese in Frage stellen.

E. 7

Zusammenfassend kann nach dem Ausgeführten bei der Beurteilung der medizinischen Fragen und des natürlichen Kausalzusammenhangs im vorliegenden Fall auf die Einschätzung des Kreisarztes Dr. H. vom 9. Juni 2022 abgestellt werden. Demzufolge ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 30. Juni 2021 noch geklagten Schulterbeschwerden nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 20. November 2020 stehen. Die Leistungseinstellung erweist sich damit als rechtens. Da der angefochtene Einspracheentscheid somit nicht zu beanstanden ist, ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 8

Gemäss § 20 Abs. 2 VPO ist das kantonsgerichtliche Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen vorbehältlich des hier nicht zu beachtenden Abs. 2 bis für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens wird dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zugesprochen (§ 21 Abs. 1 und Abs. 4 VPO). Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.