



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 12. Mai 2016 (725 16 53 / 117)

Unfallversicherung

Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen verneint. Rückweisung an die Vorinstanz.

_____ Besetzung Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Daniel Noll, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern, Beschwerdegegerin

_____ Betreff Leistungen

A. Der 1958 geborene A._____ ist Geschäftsleiter der B_____ AG und in dieser Eigenschaft bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar) für die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 6. Februar 2015 stürzte er beim Skifahren und zog sich dabei gemäss Bericht des erstbehandelnden Arztes Dr. med. C._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 17. März 2015 eine Schulterkontusion links zu. Die SUVA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung). Nachdem die Mobiliar erfahren hatte, dass am 17. September 2015 ein operativer Eingriff an der

linken Schulter geplant war, teilte sie dem Versicherten am 3. September 2015 mit, dass die aktuellen Beschwerden an der linken Schulter gemäss der Einschätzung des beratenden Arztes Dr. med. D.____, FMH Chirurgie, nicht mehr auf das Unfallereignis vom 6. Februar 2015 zurückzuführen seien, weshalb sie die Leistungen per 16. September 2015 einstelle. Nach weiteren Abklärungen verneinte die Mobiliar mit Verfügung vom 17. September 2015 ihre Leistungspflicht ab dem 17. September 2015. Daran hielt sie auch auf Einsprache des Versicherten hin mit Entscheid vom 19. Januar 2016 fest.

B. Hiergegen erhob A.____ am 12. Februar 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Mobiliar zu verpflichten, die Kosten der Operation vom 17. September 2015 zu übernehmen. Die Beschwerde begründete er im Wesentlichen damit, dass die Schmerzen in der linken Schulter erst nach dem Unfall vom 6. Februar 2015 aufgetreten seien und sowohl die behandelnden Ärzte als auch der beratende Arzt Dr. D.____ den Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall bejaht hätten. Die Erforderlichkeit der Operation sei auf den Unfall zurückzuführen, was auch dadurch bestätigt werde, dass er seit dem Eingriff vom 17. September 2015 beschwerdefrei sei.

C. Mit Vernehmlassung vom 18. März 2016 schloss die Mobiliar auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in X.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 12. Februar 2016 ist einzutreten.

2. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 6. Februar 2015 zu Recht per 17. September 2015 eingestellt hat.

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). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% 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 – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. 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 181 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 die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b, je mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 134 V 125 f. E. 9.5 mit Hinweisen) nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nun-

mehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 45 E. 2, 1994 Nr. U 206 S. 326 E. 3b, 1992 Nr. U 142 S. 75 E. 4b). Der Beweis des Wegfalls des Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

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 (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen

ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

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.

6. Für die Beurteilung der umstrittenen Fragen sind im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte zu berücksichtigen:

6.1 Im Zwischenbericht vom 8. Mai 2015 diagnostizierte Dr. med. E.____, FMH Orthopädie und Sportmedizin, ein posttraumatisches subacromiales Impingement bei Pulley-Läsion in der linken Schulter. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht attestiert.

6.2 Die Beschwerdegegnerin holte bei ihrem beratenden Arzt Dr. D.____ eine Stellungnahme ein. Am 9. Juni 2015 diagnostizierte er in Bezug auf das Ereignis vom 6. Februar 2015 eine Schulterkontusion links bei subacromialem Impingement. Letzteres sei unfallfremd. Nach einer Schulterkontusion oder Distorsion sei der Status quo ante resp. sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach drei bis vier Monaten erreicht. Die aktuellen Schulterbeschwerden stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 6. Februar 2015.

6.3 Dr. F.____, FMH Radiologie, führte am 8. Juli 2015 eine MRI-Untersuchung der linken Schulter durch (Bericht vom 15. Juli 2016). Er fand einen Reizerguss und eine Kapsulitis des AC-Gelenks, ein endostales Ödem im distalen Claviculaende, eine Teilruptur des Ligamentum naviculare mit langgestreckter leichter Verdickung und opakem Kontrastenhancement bei erhaltener Kontinuität. Es gebe keine Hinweise auf eine AC-Subluxation und es bestünden ein entzündlicher Flüssigkeitsraum in der Regio subacromialis und subdeltoidea, vereinbar mit einem Impingementsyndrom, eine mediale Subluxation der langen Bizebssehne bei Eintritt in den Sulcus intertubercularis. Im glenohumeralen Gelenk bestünde weder ein Reizerguss noch eine Kapsulitis. Eine SLAP-Läsion sei ebenfalls nicht festzustellen.

6.4 Im Operationsbericht vom 17. September 2015 diagnostizierte Dr. E.____ ein subacromiales Impingement bei transmural zentraler Supraspinatussehnen-Längsruptur mit AC-Arthralgie in der linken Schulter (abdominant). Er hielt fest, dass sich der Versicherte diese Läsion durch einen Sturz beim Skifahren auf die linke Schulter am 6. Februar 2015 zugezogen habe.

6.5 Am 6. Januar 2016 stellte Dr. D.____ eine Schulterkontusion links am 15. Februar 2015 mit/bei Vorzustand mit subakromialem Impingement und Läsion der Supraspinatussehne sowie AC-Gelenkarthrose fest. Der behandelnde Arzt Dr. E.____ habe zwar ein posttraumatisches subacromiales Impingement bei Pulley-Läsion an der linken Schulter diagnostiziert. Es sei aber bereits am 24. April 2015 eine Gelenksinfiltration mit einem Kortisonprodukt vorgenommen worden, was auf ein krankhaft-chronisches Leiden und nicht auf eine traumatische Gelenksverletzung hinweise. Nach traumatischen Gelenksverletzungen bestehe keine Indikation für Kortisoninfiltrationen. Nach der MRI-Untersuchung habe der behandelnde Arzt eine AC-Gelenksluxation Rockwood I-II mit subacromialem Impingement bei LB-Tendinopathie links diagnostiziert und eine operative Sanierung als indiziert erachtet. Da in den bisherigen ärztlichen Berichten ein indolentes und stabiles AC-Gelenk beschrieben worden sei, sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Beschwerdeführer am 6. Februar 2015 eine relevante AC-Gelenksverletzung zugezogen habe. Vielmehr seien die Veränderungen im AC-Gelenk im Sinne einer AC-Gelenksarthrose krankhafter Natur. Im Operationsbericht seien keine Hinweise auf traumatisch verursachte Veränderungen zu finden. Die durchgeführte Synovektomie und Bursektomie seien Eingriffe, die bei chronisch krankhaften Beschwerden vorgenommen würden. Beim subakromialen Impingement handle es sich um eine krankhaft-degenerative Veränderung an der Rotatorenmanschette, die häufig mit Veränderungen des AC-Gelenks verbunden seien. Einrisse an der Rotatorenmanschette seien häufig degenerativ bedingt. Die seltene traumatische Läsion der Rotatorenmanschette sei praktisch immer mit einer nicht zu übersehenden Funktionseinbusse verbunden. Weder der Hausarzt Dr. C.____ noch der behandelnde Facharzt Dr. E.____ hätten aber eine relevante Funktionseinbusse, Kontusionsmarken, Weichteilschwellungen oder Hämatome beschrieben. Es habe bereits vor dem Unfall vom 6. Februar 2015 eine AC-Gelenksarthrose und ein subacromiales Impingement bestanden. Im Rahmen dieses krankhaften Impingements sei es zu Veränderungen in der Rotatorenmanschette gekommen. Dies sei im Alter des Beschwerdeführers häufig der Fall. Am 6. Februar 2015 sei es im linken Schultergelenk zu einer Kontusion gekommen, ohne dass dabei eine relevante bleibende Verletzung entstanden sei. Nach einer Schulterkontusion ohne bleibende Verletzungsfolgen könne nach zehn bis sechzehn Wochen der Status quo ante bzw. sine postuliert werden, sodass im vorliegenden Fall der Status quo sine spätestens vier Monate nach dem Sturz am 6. Februar 2015 wieder erreicht worden sei.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 bei der Beurteilung der Unfallkausalität der Schulterbeschwerden links vollumfänglich auf die Beurteilung ihres beratenden Arztes Dr. D.____ vom 6. Januar 2015. Sie ging demzufolge davon aus, dass die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf den Unfall vom 6. Februar 2015 zurückzuführen seien. Vielmehr sei anzunehmen, dass es beim Skiunfall nicht zu einer relevanten Verletzung gekommen sei und der Status quo sine vel ante erfahrungsgemäss spätestens nach vier Monaten zu terminieren sei.

Diese Einschätzung der Beschwerdegegnerin vermag nicht zu überzeugen, lässt doch die abweichende fachärztliche Beurteilung von Dr. E.____ Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen aufkommen, wie sich aus den nachstehenden Ausführungen ergibt.

7.2 Den Ausführungen im Bericht von Dr. D.____ vom 6. Januar 2016 ist zu entnehmen, dass als mögliche Ursache für den beim Beschwerdeführer mittlerweile operativ sanierten Gesundheitsschaden grundsätzlich sowohl ein degeneratives als auch ein traumatisches Geschehen denkbar ist (vgl. E. 6.5 hiervor). In casu benennt er diverse Indizien, die seines Erachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine krankheitsbedingte Genese der Beschwerden sprechen. Demgegenüber geht Dr. E.____ – ohne weitere Begründung – von einer unfallbedingten Ursache der Gesundheitsschädigung aus (vgl. E. 6.4 hiervor). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin durfte sie bei dieser Sachlage nicht ohne weiteres auf die Einschätzung des beratenden Arztes abstellen. Zunächst hat Dr. D.____ den Beschwerdeführer – im Gegensatz zu Dr. E.____ – nie persönlich untersucht. Zudem fällt ins Gewicht, dass Dr. E.____ den Beschwerdeführer nicht nur über längere Zeit behandelt, sondern am 17. September 2015 auch operiert und dabei die geschädigten Bereiche des Schultergelenks mit eigenen Augen gesehen hat. Es ist notorisch, dass die konkrete Beschaffenheit der Schäden Aufschluss darüber geben kann, ob sie traumatisch oder degenerativ entstanden sind. Daher ist davon auszugehen, dass Dr. E.____ hierzu konkret Stellung nehmen kann. In seinem Operationsbericht ist aber dazu nichts Näheres zu entnehmen. Bei dieser Sachlage hätte die Beschwerdegegnerin zur Klärung der Sachlage Dr. E.____ mit der abweichenden Einschätzung von Dr. D.____ konfrontieren und ihn auffordern müssen, seine gegensätzliche Einschätzung näher zu begründen. Demnach besteht ein Defizit bei der Ermittlung des relevanten medizinischen Sachverhalts, welcher einer abschliessenden Beurteilung der streitigen Kausalitätsfrage entgegensteht. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.2 hiervor), ist es zwar zulässig, dass ein Sozialversicherer ohne Einholung eines externen Gutachtens entscheidet. Bestehen aber auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 470 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3). Vorliegend vermag die unterschiedliche Beurteilung des behandelnden Arztes und Operateurs Dr. E.____ Zweifel an der Einschätzung des beratenden Arztes Dr. D.____ zu begründen, weshalb für die Beurteilung der Unfallkausalität nicht auf dessen Einschätzung abgestellt werden kann. Vielmehr bedarf der medizinische Sachverhalt weiterer Abklärung, wobei zu prüfen sein wird, ob der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist.

8. Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte zwar nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 137 V 263 ff. E. 4.4.1 ff). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin – trotz der unterschiedlichen fachärztlichen

Beurteilungen hinsichtlich der Unfallkausalität der geklagten Schulterbeschwerden links – nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung der natürlichen Kausalität vorgenommen (vgl. E. 7 hiervor). Da es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz somit nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 19. Januar 2016 zur weiteren Abklärung an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen. Diese wird angehalten, Dr. E.____ mit der abweichenden Einschätzung von Dr. D.____ zu konfrontieren und ihn aufzufordern, seine gegensätzliche Einschätzung näher zu begründen. Gegebenenfalls hat sie den Beschwerdeführer durch einen unabhängigen versicherungsexternen Facharzt begutachten zu lassen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Die ausserordentlichen Kosten sind beim nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer wettzuschlagen.

10.1 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 wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

10.2 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 Einspracheentscheid vom 19. Januar 2016 aufgehoben und die Angelegenheit zur

erneuten Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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