



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

Vom 19. Dezember 2019 (725 19 231 / 322)

Unfallversicherung

Beweiswürdigung: Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und die Frage nach der Auswirkung der persistierenden Fussbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit kann anhand der medizinischen Aktenlage nicht zuverlässig beurteilt werden; Rückweisung an die Vorinstanz zur weiteren Abklärung

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Tina Gerber

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Anouck Zehntner, Ad-
vokatin, Indemnis Rechtsanwälte, Spalenberg 20, Postfach 1460,
4001 Basel

gegen

Mutuel Versicherungen AG, Rue des Cèdres 5, Postfach,
1919 Martigny, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. Die 1993 geborene A._____ arbeitete als Kassiererin bei der B._____ AG und war in dieser Eigenschaft bei der Mutuel Versicherungen AG (Mutuel) obligatorisch gegen die Folgen von Be-

rufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 22. Mai 2017 verpasste die Versicherte in ihrer Freizeit beim Treppenhinuntersteigen zwei oder drei Stufen, rutschte dabei aus und stürzte. Dabei zog sie sich eine Distorsion am oberen Sprunggelenk (OSG) Grad III rechts zu. Die Mutuel anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten). Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse stellte sie mit Verfügung vom 31. Juli 2018 die Taggeldleistungen per 16. August 2018 ein. Zur Begründung führte sie an, den Untersuchungsergebnissen ihres beratenden Arztes zufolge sei der Versicherten ihre angestammte Tätigkeit seit Juli 2018 wieder vollschichtig zumutbar. Ausnahmsweise und ohne Präjudiz würden die Taggelder noch bis zum 15. August 2018 ausgerichtet und die Übernahme weiterer Heilungskosten sei von dieser Einstellungsverfügung nicht betroffen. Daran hielt sie auch auf Einsprache der Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 28. Mai 2019 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte, vertreten durch Anouck Zehntner, Advokatin, mit Eingabe vom 28. Juni 2019 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, der Einspracheentscheid vom 28. Mai 2019 sei insofern abzuändern, als die Beschwerdegegnerin verpflichtet werde, über den 15. August 2018 hinaus die gesetzlich vorgesehenen Leistungen zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung machte sie geltend, dass sie gestützt auf die Berichte ihrer behandelnden Ärzte seit August 2018 in ihrer angestammten Tätigkeit lediglich zu 20% arbeitsfähig sei und in diesem Zeitpunkt auch nicht von einem medizinischen Endzustand ausgegangen werden könne.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 12. September 2019 schloss die Mutuel auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde der Versicherten ist einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über den 15. August 2018 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 28. Mai 2019 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

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. 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. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist.

3.2 Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin. Die verunfallte Person hat solange Anspruch auf Heilbehandlung, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 137 V 201 E. 2.1; 134 V 114 E 4.1; Urteil des Bundesgerichts 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.1). Ob eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes "namhaft" in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss (BGE 134 V 115 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 2. Mai 2014, 8C_888/2013, E. 4.1).

3.3 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 entfielen (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.4 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. Dabei hat sie ihre Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. dazu BGE 115 V 142 E. 8b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Es ist vielmehr jener

Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (vgl. BGE 125 V 195 E. 2, 121 V 47 E. 2a und 208 E. 6b).

3.5 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 Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die 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. Ausschlaggebend für den

Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

5.1 Im Bericht des Spitals C._____ vom 19. Mai 2017, wo die Versicherte im Anschluss an das Ereignis behandelt worden war, wurde eine Distorsion des rechten OSG Grad III diagnostiziert. Ein Röntgen des OSG habe einen betont breiten Syndesmosenspalt (differentialdiagnostisch: eine Syndesmosenverletzung) sichtbar gemacht. Ein Gelenkserguss oder abgrenzbare Frakturzeichen seien nicht erkennbar gewesen. Es sei die Ruhigstellung des Fusses mit einem Vaped-Schuh und zusätzlicher Entlastung durch Stöcke zu empfehlen und nach Bedarf seien Analgetika einzunehmen und der Fuss zu kühlen. Die Patientin sei vom 19. Mai 2017 bis 28. Mai 2017 zu 100% arbeitsunfähig. In der Folge wurde im Rahmen von Verlaufskontrollen Physiotherapie verordnet und der Versicherten bis zum 23. Juli 2017 erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 100% und für die Zeit danach eine solche von 50% attestiert.

5.2 Im Rahmen eines aufgrund persistierender Schmerzen erstellten MRI wurden narbige Veränderungen des Aussenbandes sowie primäre arthrotische Veränderungen im vorderen Tibiotalgelenk mit Sklerosierung und feinen subchondralen Zysten erhoben. Im hierzu ergangenen Bericht vom 3. August 2017 führte Dr. med. D._____, FMH Radiologie, aus, dass sich keine Hinweise auf ein Morbus Sudeck finden würden. Allerdings könne mittlerweile eine deutliche Zuspitzung der vorderen tibialen Gelenkkontur im OSG passend zu den MRI Befunden festgestellt werden. Die Röntgenuntersuchung beweise, dass die knöchernen Umbauten posttraumatisch entstanden seien. Damit würde es sich um eine posttraumatische Präarthrose im OSG handeln.

5.3 Am 27. September 2017 führte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, dass aufgrund der radiologisch erhobenen primären arthrotischen Veränderungen im vorderen Tibiotalgelenk mit Sklerosierung kein zufriedenstellender Verlauf festgestellt werden könne. Die entsprechenden Befunde hätten unmittelbar im Anschluss an das Unfallereignis noch nicht bestanden.

5.4 Auf Empfehlung von PD Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erfolgte am 19. Dezember 2017 eine Arthroskopische Synovektomie sowie eine laterale Bandrekonstruktion am OSG rechts, nachdem im Rahmen eines veranlassten MRT eine Partialruptur im Bereich des Ligamentum deltoideum festgestellt worden war und konservative Massnahmen keine Ergebnisse gezeitigt hatten.

5.5 Im Rahmen eines Verlaufsberichts vom 26. März 2018 berichtete Dr. F.____ bei einem protrahierten Heilungsverlauf, dass die Mobilität nach wie vor eingeschränkt sei und die Patientin für längere Gehstrecken Gehstöcke verwende. Aktuell sei sie auf eine Gehdauer von ca. 30 Minuten limitiert. Dabei wurde erneut eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis zum 15. April 2018 veranschlagt.

5.6 Mit Bericht vom 11. Mai 2018 stellte Dr. F.____ einen durchgezogenen Verlauf fest. Die Patientin präsentiere nach wie vor Restschmerzen anteromedial am operierten Gelenk. Zudem bestünden nach wie vor Limitationen der Beweglichkeit. Die zwischenzeitlich durchgeführten MRT würden hypertrophe Bandanteile im Bereich des rekonstruierten medialen und lateralen Bandapparates zeigen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage aktuell wieder 100%.

5.7 In seinem Bericht vom 19. Juni 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin führte Dr. E.____ aus, dass es keine medizinische Erklärung für den Gebrauch der Gehstöcke gebe. Vielmehr habe diese unnötige Entlastung zu einer Atrophie geführt. Die postoperative Narbe könne die Beschwerden der Versicherten bis zur heutigen Untersuchung, nicht aber über dieses Datum hinaus erklären. Die Narbe könnte im weiteren Verlauf noch weitere medizinische Konsultationen, Physiotherapie sowie allenfalls Infiltrationen nach sich ziehen. Sie würde aber keinen Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit ausüben. Der Versicherten sei die im Umfang von 80% ausgeübte angestammte Tätigkeit wieder vollschichtig zumutbar.

5.8 Am 22. Juni 2018 führte Dr. F.____ aus, dass die Patientin über eine leichte Verbesserung der Schmerzsituation berichtet habe. Klinisch zeige sich nach wie vor eine Druckdolenz anteromedial am OSG. Es bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Bei ausbleibender Verbesserung sei eine erneute Infiltration ins Auge zu fassen und als ultima ratio bestehe die Möglichkeit eines arthroskopischen Débridements.

5.9 Nachdem die Versicherte gegen die gestützt auf die vorstehende Beurteilung ergangene Verfügung vom 31. Juli 2018 Einsprache erhoben hatte, holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. E.____ eine weitere Stellungnahme ein. Dieser sah nach Vorlage neuester medizinischer Berichte keine Veranlassung, von seiner Beurteilung vom 19. Juni 2018 abzuweichen.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Mai 2019 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die versicherungsinterne Beurteilung von Dr. E.____ vom 19. Juni 2018. Demzufolge ging sie davon aus, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit ab diesem Zeitpunkt wieder vollschichtig zumutbar war, weshalb sie die Taggeldleistungen in der Folge einstellte.

6.2 Wie unter Erwägung 4.3 hiervor ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung 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. Solche Zweifel ergeben sich vorliegend namentlich aus dem Umstand, dass der medizinischen Aktenlage deutliche Hinweise zu entnehmen sind, wonach die medizinische Behandlung im Zeitpunkt der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung noch andauerte und Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigte. Bereits am 11. August 2017, rund drei Monate im Anschluss an das Unfallereignis, wurde von einem ungewöhnlichen Schmerz-Unfallverlauf berichtet. Nach erfolgter operativer Versorgung der am 3. November 2017 mittels MRT erhobenen Partialruptur im Bereich des Ligamentum deltoideum, ist wiederum ein verzögerter Heilungsverlauf ausgemacht worden. Zwar konnte Dr. F.____ am 22. Juni 2018 eine leichte Verbesserung der Schmerzsituation feststellen, gleichwohl hat er nach wie vor eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert und für den weiteren Verlauf Infiltrationen bzw. als ultima ratio einen weiteren operativen Eingriff in Erwägung gezogen. Diese Tatsachen sowie die fachärztlichen Feststellungen hätten die Beschwerdegegnerin veranlassen müssen, den Gesundheitszustand der Versicherten vor Verfügungserlass bzw. bis zum Erlass des Einspracheentscheids eingehender abklären zu lassen. Indem sie jedoch am 19. Juni 2018 lediglich noch eine (abschliessende) versicherungsmedizinische Beurteilung bei Dr. E.____ einholte, ist sie ihrer – aus dem Untersuchungsgrundsatz resultierenden – Pflicht zur richtigen und vollständigen Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts nur unzureichend nachgekommen.

6.3 Dies gilt umso mehr, als die von der Beschwerdegegnerin als massgebend erachtete Beurteilung von Dr. E.____ auch den inhaltlichen Anforderungen, welche die Rechtsprechung an eine hinreichende medizinische Beurteilungsgrundlage stellt, nicht zu genügen vermag. So attestiert Dr. E.____ hinsichtlich der fussbelastenden angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Dabei begnügt er sich mit der Feststellung, wonach die postoperative Narbe die Beschwerden der Versicherten bis zur heutigen Untersuchung, nicht aber über dieses Datum hinaus erklären könnten, wobei er jegliche nachvollziehbare Begründung vermissen lässt. Er unterlässt es insbesondere darzulegen, weshalb der medizinische Endzustand – in Abweichung zu der in der medizinischen Aktenlage dokumentierten persistierenden Instabilität des Gesundheitszustandes – just im Zeitpunkt der kreisärztlichen Beurteilung, am 19. Juni 2018, eingetreten sein soll, zumal er selbst einräumt, dass die Narbe im weiteren Verlauf erneute medizinische Konsultationen, allenfalls mit Infiltrationen, bedingen könne.

7. Nach dem Gesagten kommt der Beurteilung von Dr. E.____ hinsichtlich der Würdigung des massgebenden medizinischen Sachverhalts keine ausschlaggebende Beweiskraft zu. Die übrigen, im Zeitpunkt des Einspracheentscheids bei den Akten liegenden medizinischen Berichte bilden ebenfalls keine verlässliche Entscheidungsgrundlage. So ist die durch Dr. F.____ ab Juni 2018 attestierte vollständige bzw. ab August 2018 im Umfang von 20% bestehende Arbeitsfähigkeit bei gleichzeitig dokumentierter Verbesserung des Gesundheitszustandes ebenfalls nicht vollständig nachvollziehbar.

8.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ergibt sich, dass anhand der medizinischen Aktenlage der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und die Frage nach dem Erreichen des medizinischen Endzustands nicht zuverlässig beurteilt werden können.

8.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat das angerufene kantonale Versicherungsgericht im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn es 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 IV-Stelle ist zulässig, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. BGE 139 V 100 E. 1.1; 137 V 263 ff. E. 4.4.1). Da die Beschwerdegegnerin nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung des Gesundheitszustands vorgenommen hat und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 28. Mai 2019 zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat den aktuellen Gesundheitszustand der Versicherten und die Frage, welche Auswirkungen mit den noch anhaltenden Fussbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit verbunden sind, von einer unabhängigen Ärzteschaft untersuchen zu lassen. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin über die Ansprüche der Beschwerdeführerin neu zu verfügen haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

9.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten zu erheben.

9.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Entscheid auf und weist es die Angelegenheit zur Ergänzung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 57 E 2.1 und 2.2, 132 V 215 E. 6.2, je mit Hinweisen). Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung zulasten der Versicherung zuzusprechen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 25. September 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 17 Stunden und 5 Minuten geltend gemacht, welcher im Umfang des noch vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids geltend gemachten Aufwands von 9 Stunden zu kürzen ist. In dieser Zeitspanne finden sich ferner Bemühungen, welche auf den Kontakt der Rechtsvertreterin mit der Rechtsschutzversicherung zurückzuführen sind. Dieser Aufwand würde im Falle einer nicht Rechtsschutz versicherten Person nicht anfallen und kann daher nicht berücksichtigt werden. Der Beschwerdeführerin ist demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'129.30 (7 Stunden und 35 Minuten à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 82.-- + 7,7 % Mehrwertsteuer) zulasten der Versicherung zuzusprechen.

10 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. Selbstständig 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 Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

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

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Mai 2019 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteient-schädigung in der Höhe von Fr. 2'129.30 (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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