



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 29. September 2016 (725 16 154 / 254)

Unfallversicherung

**Beweiswürdigung: Es bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsin-
ternen Beurteilung, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann und stattdessen ergän-
zende Abklärungen vorzunehmen sind**

_____ Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantons-
richter Christof Enderle, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

_____ Parteien A._____, Beschwerdeführerin

gegen

Visana Versicherungen AG, Weltpoststrasse 19, Postfach 253,
3000 Bern 15, Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. Die 1970 geborene A.____ ist seit 1. Januar 2010 als kaufmännische Mitarbeiterin bei B.____ angestellt und durch die Arbeitgeberin bei der Visana Versicherungen AG (nachfolgend: Visana) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Mit "Bagatell-Unfallmeldung UVG" vom 21. März 2012 liess A.____ der Visana durch ihre Arbeitgeberin melden, dass sie am 8. März 2012 beim Spielen mit ihrem Sohn ausgerutscht und rückwärts

auf die rechte Schulter gefallen sei. Dabei habe sie sich die rechte Schulter verrenkt. Die Visana erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung) im Zusammenhang mit diesem Ereignis, wobei sie allerdings am 24. September 2012 die von der Versicherten beantragte Kostenübernahme von Osteopathiebehandlungen mit der Begründung ablehnte, dass es sich bei diesen um keine Pflichtleistungen nach UVG handeln würde.

Im August 2014 reichte die Versicherte der Visana neue Rechnungen ihres behandelnden Chiropraktors ein. Nachdem die Visana diese als Rückfallmeldung zum Unfall vom 8. März 2012 entgegen genommen und ihre Leistungspflicht unter diesem Titel geprüft hatte, entschied sie mit Verfügung vom 4. März 2015, dass „für den gemeldeten Rückfall zum Ereignis vom 08.03.2012 kein Anspruch auf Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung besteht.“ Gegen diese Verfügung erhob A._____ Einsprache, welche die Visana jedoch mit Einspracheentscheid vom 19. April 2016 abwies. In ihrer Begründung gestand die Visana der Versicherten einzig zu, dass man in der angefochtenen Verfügung zu Unrecht von einem Rückfall ausgegangen sei. Zur Beurteilung stünden vielmehr (weitere) Leistungsansprüche der Versicherten aus dem Grundfall. Die entsprechende Prüfung führe aber ebenfalls zum Ergebnis, dass man eine Leistungspflicht für die geltend gemachten, ab Februar 2014 ärztlich behandelten Beschwerden zu Recht verneint habe, denn diese seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Ereignis vom 8. März 2012 zurückzuführen.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A._____ am 8. Mai 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie sinngemäss, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es seien ihr die ihr zustehenden Versicherungsleistungen auszurichten.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 24. Juni 2016 beantragte die Visana die 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 C._____ (BL), 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 der Versicherten vom 8. Mai 2016 ist demnach einzutreten.

2.1 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 Prozent 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.

2.2 Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 hält fest, dass Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt werden. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an (Kranken- und Unfallversicherung - Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen).

2.3 Im August 2014 hatte die Versicherte der Beschwerdegegnerin neuere Rechnungen des behandelnden Chiropraktors eingereicht. Die Visana nahm diese als Rückfallmeldung zum Unfall vom 8. März 2012 entgegen und prüfte ihre Leistungspflicht unter diesem Titel. Gestützt auf ihre Abklärungen lehnte sie mit Verfügung vom 4. März 2015 weitere Leistungsansprüche der Versicherten ab. In der Folge gelangte die Visana im angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. April 2016 jedoch nach nochmaliger Würdigung der Akten zur Auffassung, dass vorliegend nicht von einem Rückfall ausgegangen werden könne. Die (weitere) Leistungspflicht sei stattdessen unter dem Titel des "Grundfalls" zu beurteilen. Diese neue, auf den Vorbringen der Versicherten in der Einsprache vom 30. März 2015 beruhende Betrachtungsweise der Visana erweist sich als zutreffend. Mit der Beschwerdegegnerin ist deshalb festzuhalten, dass vorliegend nach wie vor Leistungsansprüche der Versicherten aus dem *Grundfall* zur Beurteilung stehen.

3. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist somit, ob die Visana zu Recht entschieden hat, dass die von der Versicherten geltend gemachten, ab Februar 2014 ärztlich behandelten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Ereignis vom 8. März 2012 zurückzuführen seien.

3.1 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). 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).

3.2 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 nunmehr 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 leistungsbegründender 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 P. des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte - wie 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 A. des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5.1 Die Beschwerdegegnerin legte die medizinischen Akten des vorliegenden Falles anfangs 2015 ihrem beratenden Arzt Dr. med. D.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, vor und ersuchte ihn um Beurteilung der Frage, ob die von der Versicherten aktuell geltend gemachten Beeinträchtigungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest als Teilursache auf das Ereignis vom 8. März 2012 zurückzuführen seien. In seiner Stellungnahme vom 7. Januar 2015 verneinte Dr. D.____ dies mit der Begründung, dass beim fraglichen Ereignis keine unfallkausale strukturelle Läsion diagnostiziert worden sei. Die geltend gemachten Brückensymptome seien während ca. 3 1/4 Jahren nicht ärztlich/chiropraktisch dokumentiert worden. Myogelosen und Funktionsstörungen im zervikothorakalen Bereich könnten jederzeit auch ohne Unfallereignis auftreten oder rezidivieren. Gestützt auf diese Einschätzung des beratenden Arztes erliess die

Beschwerdegegnerin am 4. März 2015 die dem vorliegenden Verfahren zu Grunde liegende Verfügung, mit welcher sie entschied, dass „für den gemeldeten Rückfall zum Ereignis vom 08.03.2012 kein Anspruch auf Versicherungsleistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung besteht.“

5.2 Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein, unter anderem Berichte des behandelnden Chiropraktors Dr. med. E.____ und der F.____-Physio, und sie zog bei Dr. E.____ die Krankengeschichte der Versicherten bei. Zudem liess sie beim Institut G.____ ein MRT der HWS und eine MR-Arthrographie des Schultergelenks rechts durchführen. Gemäss den Berichten von Dr. med. H.____, Radiologie FMH, vom 18. Februar 2016 habe das MRT der HWS eine mässig ausgeprägte Osteochondrose und Unkovertebralarthrose auf Höhe HWK 5/6 und im Seitenvergleich eine geringe Einengung des Neuroforamens rechts gegenüber links aufgrund der Unkovertebralarthrose gezeigt. Die MR-Arthrographie des Schultergelenks rechts habe einen interstitiellen Sehnenriss der Supraspinatussehne direkt auf Höhe des Ansatzes am Tuberculum majus mit einer Breite von 5 mm ergeben.

5.3 Nach Erhalt dieser Berichte von Dr. H.____, Insitut G.____, legte die Beschwerdegegnerin das gesamte Dossier ihrem beratenden Arzt Dr. med. I.____, Orthopädische Chirurgie FMH, zur Prüfung der Unfallkausalität der aktuell geltend gemachten Beschwerden vor. In seiner Beurteilung vom 29. März 2016 hielt Dr. I.____ fest, dass das Ereignis vom 8. März 2012 zu Schmerzen an der rechten Schulter und der oberen Wirbelsäule geführt habe. Auf die Frage, ob das Ereignis allenfalls einen Vorzustand verschlimmert habe, wies er darauf hin, dass die Versicherte gemäss den vorliegenden Akten bereits seit 2004 in chiropraktischer Behandlung gestanden habe und dass dabei wiederholt auch die obere Wirbelsäule und die rechte Schulter therapiert worden seien. Das Ereignis habe nicht zu einer makrostrukturellen Veränderung im traumatisierten Bereich im Sinne einer richtunggebenden Verschlimmerung geführt. Es sei vielmehr von einer vorübergehenden Verschlimmerung des bereits zuvor bestehenden schmerzhaften Zustandes durch das Ereignis vom 8. März 2012 auszugehen. Die Frage, ob die aktuell geltend gemachten Beschwerden noch zumindest teilweise auf das Ereignis zurückzuführen seien, verneinte Dr. I.____. Gemäss den zeitnahen Unterlagen sei bereits am 8. Juni 2012 der Abschluss der chiropraktischen Behandlung nach dem Ereignis vom 8. März 2012 erfolgt. Über die anschliessend offenbar durchgeführten (wenigen) osteopathischen Sitzungen würden keine näheren Angaben vorliegen und eine erneute chiropraktische Behandlung sei erst im Frühjahr 2014 wieder aufgenommen worden. Eine Brückensymptomatik sei somit nicht dokumentiert und ein Zusammenhang zwischen der erneuten Behandlung und dem ursprünglichen Ereignis sei somit überwiegend wahrscheinlich auszuschliessen. Viel eher sei die neue Behandlung aufgrund der gleichen Problematik durchgeführt worden, wie sei bereits seit 2004 dokumentiert sei. Auf die abschliessende Frage, seit wann die Beeinträchtigungen ausschliesslich ereignisfremd seien bzw. seit wann der status quo ante oder der status quo sine erreicht sei, hielt Dr. I.____ fest, mit dem Behandlungsabschluss am 8. Juni 2012 sei überwiegend wahrscheinlich der morphologische status quo sine erreicht worden. Durch die im Februar 2016 durchgeführten MRT der HWS und der rechten Schulter habe dann auch objektiv belegt werden

können, dass das Ereignis vom 8. März 2012 nicht zu dauerhaften strukturellen Veränderungen geführt habe.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 19. April 2016 bei der Beurteilung der Unfallkausalität der von der Versicherten geltend gemachten, ab Februar 2014 ärztlich behandelten Beschwerden vollumfänglich auf diese Beurteilung von Dr. I.____ vom 29. März 2016. Sie entschied deshalb, dass man in der angefochtenen Verfügung eine Leistungspflicht für diese Beschwerden zu Recht verneint habe, da diese mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr auf das Ereignis vom 8. März 2012 zurückzuführen seien. Wie oben ausgeführt, ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die er versicherungsintern eingeholt hat. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und zwar in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 4.2 hiavor und die dortigen Hinweise auf die entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung).

6.2 Vorliegend ergeben sich nun allerdings Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgebend erachteten versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen. Die Versicherte beanstandet in ihrer Beschwerde vom 8. Mai 2016, dass weder die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 19. April 2016 noch Dr. I.____ in seiner Beurteilung vom 29. März 2016 den im MRI des Instituts G.____ vom 18. Februar 2016 diagnostizierten "5 mm-Sehnenriss" erwähnen würden. Dieser Einwand erweist sich als berechtigt und es ist denn auch schlicht nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. I.____ diesen radiologischen Befund in seiner Beurteilung mit keinem Wort erwähnt. Dies ist umso erstaunlicher, als der betreffende Sehnenriss im Bericht von Dr. H.____ vom 18. Februar 2016 über die MR-Arthrographie des rechten Schultergelenks nicht etwa nur am Rand - im Sinne eines "marginalen" Nebenbefundes - erwähnt wird. Es kommt ihm innerhalb des Berichts vielmehr ein ganz erheblicher Stellenwert zu, weist Dr. H.____ doch an zentralen Stellen, nämlich sowohl im Abschnitt "Befund" als auch in der "Beurteilung" ausdrücklich auf diesen interstitiellen Sehnenriss der Supraspinatussehne hin. Vor diesem Hintergrund muss sich Dr. I.____ den Vorwurf gefallen lassen, dass er sich bei der Erstellung seiner Beurteilung vom 29. März 2016 - wenn überhaupt - nur sehr oberflächlich mit den auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin beim Institut G.____ eingeholten Aufnahmen und den dazugehörenden Berichten befasst hat. Somit liegen aber nicht unerhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und demzufolge auch an der Zuverlässigkeit und der Schlüssigkeit der betreffenden versicherungsinternen Beurteilung vom 29. März 2016 vor. Dieser kann demnach kein ausschlaggebender Beweiswert beigemessen werden.

6.3 An diesem Ergebnis ändert auch die von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens eingeholte und zu den Akten gegebene nachträgliche Stellungnahme von Dr. I.____ vom 31. Mai 2016 nichts. In Anbetracht der Vorbringen der Versicherten in ihrer Beschwerde hat die Beschwerdegegnerin - im Hinblick auf die Ausarbeitung ihrer Vernehmlassung - Dr. I.____ ersucht, nachträglich zur Unfallkausalität des festgestellten

“interstitiellen Sehnenrisses der Supraspinatussehne“ Stellung zu nehmen. Dieser Aufforderung ist der beratende Arzt mit dem erwähnten Bericht vom 31. Mai 2016 nachgekommen. Darauf kann nun aber vorliegend nicht abgestellt werden. Die entsprechende Auseinandersetzung mit der Frage der Unfallkausalität des Sehnenrisses hätte in Anbetracht des erheblichen Stellenwertes, der diesem Befund im Bericht von Dr. H.____ vom 18. Februar 2016 zugekommen ist, zwingend Gegenstand der vor Erlass des Einspracheentscheids verfassten ersten fachärztlichen Beurteilung vom 29. März 2016 bilden müssen. Da die nachträgliche Stellungnahme zu dieser Thematik einzig aufgrund der in der Beschwerde erhobenen berechtigten Kritik der Versicherten eingeholt worden ist, muss zumindest die Frage erlaubt sein, ob der beratende Arzt die nachträgliche Beurteilung (noch) mit der erforderlichen Unvoreingenommenheit hat abgeben können. Da auch in Bezug auf diese Frage bereits geringe Zweifel genügen, um ergänzende Abklärungen vornehmen zu lassen, rechtfertigt es sich, die nachträgliche Stellungnahme von Dr. I.____ vom 31. Mai 2016 bei der Würdigung des massgebenden medizinischen Sachverhalts unberücksichtigt zu lassen.

6.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass vorliegend Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung von Dr. I.____ bestehen. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 4.2 hiervor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf die betreffende versicherungsinterne Beurteilung abgestellt werden und es sind stattdessen ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Frage der Unfallkausalität der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts durch einen versicherungsexternen Facharzt gutachterlich abklären zu lassen haben. Anschliessend wird sie gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

7.1 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 das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Einspracheentscheid auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an den Versicherer zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Demnach ist die Beschwerdeführerin vorliegend zwar obsiegende Partei, da sie jedoch ihre Angelegenheit selber vor Gericht vertreten hat, entfällt ein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten im Sinne der genannten Bestimmung. Die ausserordentlichen Kosten des Verfahrens können demnach wettgeschlagen werden.

8. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenent-

scheide 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).

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 der Visana Versicherungen AG vom 19. April 2016 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Visana Versicherungen AG zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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