



Entscheid des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 18. August 2016 (725 16 25)

Unfallversicherung

Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen, als die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Der Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis kann gestützt auf die medizinische Aktenlage weder bejaht noch verneint werden. Gestützt auf den im vorliegenden Urteil festgelegten Unfallhergang sowie auf das einzuholende medizinische Gutachten hat die Beschwerdegegnerin neu über den Leistungsanspruch des Versicherten zu verfügen.

Besetzung Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Olivia Reber

Parteien **Visana AG**, Weltpoststrasse 19, 3015 Bern, Beschwerdeführerin

gegen

AXA Versicherungen AG, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

Beigeladener A. _____

Betreff Leistungen betr. A. _____

A. Der 1963 geborene A.____ war bei der AXA Versicherungen AG (AXA) obligatorisch unfallversichert, als er am 1. September 2014 einen Unfall erlitt, indem er am Yachthafen in X.____ beim Aussteigen aus einem Segelboot stürzte. Der erstbehandelnde Arzt, Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte am 17. September 2014 eine Olecranonfraktur rechts sowie eine transmurale Supra- und Infraspinatussehnenruptur rechts. Mit Verfügung vom 2. Juli 2015 teilte die AXA dem Versicherten mit, dass die Schulterproblematik rechts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 1. September 2014 stehe. Eine von der obligatorischen Krankenversicherung des Versicherten, der Visana AG (Visana), dagegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 10. Dezember 2015 abgewiesen.

B. Hiergegen erhob die Visana am 26. Januar 2016 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, der Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2015 sowie die dem Entscheid zugrundeliegende Verfügung vom 2. Juli 2015 seien aufzuheben. Es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin die unfallversicherungsrechtlichen Leistungen im Zusammenhang mit der rechten Schulter zu erbringen habe. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin die von ihr im Rahmen ihrer Vorleistungspflicht erbrachten Leistungen zurückzuerstatten. Eventualiter beantragte die Visana, die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, die Abklärungskosten (Unfalldiagnostik) im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden rechts im Sinne von Art. 45 Abs. 1 ATSG zu übernehmen; alles unter entsprechenden Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. Zur Begründung brachte die Visana im Wesentlichen vor, dass der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 1. September 2014 und den Schulterbeschwerden gegeben sei. Selbst wenn dieser nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden könnte, könne aufgrund der medizinischen Aktenlage ebenso nicht davon gesprochen werden, dass es mit dem erforderlichen Beweisgrad erstellt sei, dass die Beschwerden ausschliesslich auf unfallfremde Faktoren zurückgingen. Unter diesen Umständen sei von einer gegebenen natürlichen (Teil-)Kausalität auszugehen.

C. In ihrer Beschwerdeantwort vom 13. April 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass das Ereignis vom 1. September 2014 höchstens zur vorübergehenden (schmerzhaften) „Aktivierung“ eines bestehenden Vorzustandes, nicht aber zum Sehnenriss selbst geführt habe, weshalb sie zu Recht eine Leistungspflicht in diesem Zusammenhang abgelehnt habe.

D. Der versicherte A.____ hat kein Rechtsmittel ergriffen. Da er jedoch vom vorliegenden Verfahren ohne weiteres betroffen ist, lud das Kantonsgericht ihn mit Verfügung vom 15. April 2016 zum Verfahren bei und gab ihm die Gelegenheit, eine Stellungnahme zu den Eingaben der Parteien einzureichen. In seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2016 beantragte der Beigeladene sinngemäss die Gutheissung der Beschwerde der Visana.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Bevor die Rechtsmittelinstanz eine materielle Beurteilung der Streitsache vornimmt, hat sie von Amtes wegen zu prüfen, ob die Sachurteilsvoraussetzungen erfüllt sind. Zu diesen gehört nebst anderem auch die Frage der Aktivlegitimation der Beschwerde führenden Partei. Vorliegend hat nicht die versicherte Person, sondern deren obligatorischer Krankenversicherer, die Visana, Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der AXA vom 10. Dezember 2015 eingereicht. Gemäss Art. 49 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 hat ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, diesem ebenfalls zu eröffnen. Der betroffene Versicherungsträger kann dieselben Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person. Vorliegend umstritten ist der Einspracheentscheid der AXA vom 10. Dezember 2015, mit welchem diese ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 1. September 2014 abgelehnt hat. Erwächst dieser Einspracheentscheid in Rechtskraft, hat der obligatorische Krankenversicherer für die finanziellen Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der versicherten Person aufzukommen. Die Beschwerdeführerin ist demnach durch den Einspracheentscheid der AXA ohne weiteres im Sinne von Art. 49 Abs. 4 ATSG berührt und demnach im vorliegenden Verfahren aktivlegitimiert.

1.2 Auf das Rechtsbegehren 3 der Beschwerde vom 26. Januar 2016 kann nicht eingetreten werden. Die Beschwerdeführerin beantragt darin, die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, ihr die von ihr im Rahmen ihrer Vorleistungspflicht erbrachten Leistungen zurückzuerstatten. Da eine allfällige Rückleistungspflicht aber im angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2015 überhaupt nicht thematisiert wurde, bildet diese Frage nicht Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens. Im Übrigen ist auf die beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten.

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Übernahme von Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Vorfall vom 1. September 2014 abgelehnt hat.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Dabei hat der Unfallversicherer die Pflegeleistungen so lange zu erbringen, als davon eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann (Art. 19 Abs.1 Satz 1 UVG). 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.

3.2 Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper.

3.3 Für alle diese Leistungen hat der Unfallversicherer nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen den geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. RKUV 1994 Nr. U 206 S. 327 E. 2; BGE 118 V 296 E. 2c mit Hinweisen). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis im Sinne einer Teilursache 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 (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 337 E. 1 mit weiteren Hinweisen).

3.4 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 Bedeu-

tung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil P. des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2 mit Hinweisen).

4.1 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, über welche die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung zu befinden hat. Dabei hat sie ihren Entscheid, 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 blossе 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).

4.2 Der Sozialversicherungsprozess wird vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 lit. c ATSG). Das Sozialversicherungsgericht hat danach von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt nicht uneingeschränkt. Er findet sein Korrelat in der Mitwirkungspflicht der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a; 121 V 210 E. 6c je mit Hinweisen). Im Übrigen schliesst der Untersuchungsgrundsatz die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten der Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten will (ULRICH MEYER-BLASER, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: Basler Juristische Mitteilungen [BJM] 1989, S. 32). Diese Beweisregel greift Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Weg der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b; ULRICH MEYER-BLASER, a.a.O., S. 32).

4.3 Was speziell den Unfallbeweis anbelangt, sind die einzelnen Umstände des Unfallgeschehens von der Leistungsansprecherin bzw. vom Leistungsansprecher glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung eines Unfallereignisses müssen über das konkrete Geschehen genaue und möglichst detaillierte Angaben namhaft gemacht werden, aufgrund derer der Versicherer in die Lage versetzt wird, sich über die Tatumstände ein klares Bild zu machen und diese in objektiver Weise abzuschätzen (vgl. Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen) vom 25. November 2004, U 209/04, vom 15. September 2004, U 234/04 sowie vom 19. Mai 2004, U 236/03). Bei sich widersprechenden Angaben der versicherten Person über den Unfallhergang ist auf die Beweismaxime hinzuweisen, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Wenn die versicherte Person ihre Darstellung im Laufe der Zeit wechselt, kommt den Angaben, die sie kurz nach dem Unfall gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu als jenen nach Kenntnis einer Ablehnungsverfügung des Versicherers (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47 mit Hinweisen; Urteil des EVG vom 23. November 2006, U 258/04, E. 3.1). Der Grundsatz, wonach die

ersten Aussagen nach einem schädigenden Ereignis in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, stellt eine im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigende Entscheidungshilfe dar. Sie kann nur zur Anwendung gelangen, wenn von zusätzlichen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (RKUV 2004 Nr. U 524 S. 546 f., U 236/03 E. 3.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2013, 8C_696/2013, E. 2).

5. Umstritten ist, ob zwischen dem Unfallereignis vom 1. September 2014 und den Schulterbeschwerden ein Kausalzusammenhang gegeben ist. Wesentlich für die Beantwortung der Frage, ob die Rotatorenmanschettenruptur auf das besagte Ereignis zurückzuführen ist, ist der Unfallhergang. Diesbezüglich sind sich die Parteien nicht einig.

5.1 Die AXA stützte sich in der Verfügung vom 2. Juli 2015 sowie im Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2015 auf die Beschreibung des Unfallherganges in der Unfallmeldung vom 8. Oktober 2014. Darin wurde festgehalten, dass der Versicherte „beim Verlassen des Schiffs ausgerutscht und halb auf den Betonsteg und halb ins Wasser gestürzt“ sei. Als beteiligte Personen bzw. Zeugen wurden C.____ und D.____ aufgeführt. Beim betroffenen Körperteil wurde der rechte Arm, bei der Art der Schädigung ein Ellenbruch sowie Muskel- und Sehnenverletzungen angegeben. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin ist die Unfallmeldung nicht vom Versicherten selber, sondern von der „E.____ AG“ unterzeichnet.

5.2 Die Visana hingegen ging vom detaillierteren Unfallbescrieb durch Dr. B.____ aus. Dr. B.____ berichtete der AXA am 18. Mai 2015, der Unfall habe sich nicht so zugetragen, wie er in der beiliegenden Stellungnahme festgehalten sei. Der Patient habe aus einem Segelschiff auf einen Betonsteg absteigen wollen. Dabei habe er sich an der Reling festgehalten und sei vorübergehend mit beiden Füßen auf dem Anker der Yacht gestanden. Er sei dann ausgerutscht, während dem er sich mit dem rechten Arm an der Schiffsriling festgehalten habe. Dabei sei es zu einem erheblichen Zug im Bereiche des rechten Schultergelenkes gekommen, was durchaus zu einer Ruptur von Sehnen der Rotatorenmanschette führen könne. Der den Versicherten operierende Orthopäde sei dann auch aufgrund des Arthro-MRI-Befundes mit einem vollständigen Abriss der Supra- und der Infraspinatussehne ohne erkennbare Muskelatrophie oder Verfettung davon ausgegangen, dass es zu einer frischen Ruptur gekommen sei. Deswegen habe er sich dazu entschlossen, die seiner Ansicht nach erst wenige Wochen zurückliegende Ruptur operativ anzugehen.

5.3 Der Versicherte führte in seiner Stellungnahme vom 15. Juni 2016 zum Unfallhergang unter anderem aus, dass er sich für die Morgentoilette zu den Duschanlagen im Yachthafen habe begeben wollen. Ihr Boot sei Bug voran an einem Betonsteg gelegen. Mit dem Necessaire und dem Badetuch unter dem linken Arm sei er mit beiden Beinen über die Reling gestiegen, an der er sich mit der rechten Hand festgehalten habe. Um vom Boot auf den Steg hinunterzusteigen, habe er den linken Fuss auf den Anker gesetzt und mit dem rechten Bein nachher auf den Steg absteigen wollen. In jenem Moment sei er mit dem linken Fuss vom Anker gerutscht und wie ein Kartoffelsack in die Tiefe gestürzt. Er habe zwar erst noch versucht, sich mit der rechten Hand weiter an der Reling zu halten, um so den Sturz noch zu vermeiden, habe das aber bei

seinem Gewicht von damals über 100 kg nur einen kurzen Augenblick geschafft. Immerhin habe dies dazu geführt, dass er nicht mit dem Rücken auf der Kante des Betonstegs aufgeschlagen, sondern auf den Brustkorb gefallen sei, die Beine im Wasser. In einer ersten Selbstdiagnose sei er zum Schluss gekommen, dass wohl nichts gebrochen sei und er sich auch sonst keine gravierenderen Verletzungen zugezogen habe. Grosse Schmerzen habe er nur in der rechten Schulter gehabt. Den rechten Arm habe er nicht mehr hochheben können. Des Weiteren führte der Versicherte aus, dass er der Meinung sei, dass die Unfallbeschreibung, die er bei der Unfallmeldung abgegeben habe, zwar kurz sei, den Sachverhalt aber absolut richtig wiedergeben würde.

5.4 Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin sind die detaillierteren Ausführungen des Hausarztes und des Versicherten betreffend das Unfallgeschehen durchaus glaubwürdig. Diese genaueren Schilderungen schliessen die kurze Version der Beschreibung des Unfallherganges in der Unfallmeldung auch nicht aus bzw. widersprechen dieser nicht.

Mit dem Versicherten ist festzustellen, dass die Beschreibung in der Unfallmeldung zwar kurz ist, aber den Sachverhalt richtig wiedergibt. Der detaillierte Unfallbeschrieb illustriert sodann auch ein adäquat normales Verhalten einer in einer solchen Situation befindlichen Person. Es erscheint gleichermassen sinnvoll und gewöhnlich, dass man sich beim Absteigen von einem Boot an der Reling festhält und einen Fuss auf den Anker stellt, um auf den Steg zu gelangen. Weiter entspricht es einem intuitiven bzw. reflexartigen Verhalten, dass man sich festhält oder zumindest festzuhalten versucht, wenn man zu stürzen droht.

Des Weiteren ist an dieser Stelle festzuhalten, dass der Versicherte selber keine Beschwerde gegen die Leistungsablehnung der AXA erhoben und sich anscheinend mit der Leistungserbringung durch seine Krankenkasse zufrieden gegeben hat. Dies lässt seine Unfallbeschreibung in der Stellungnahme vom 15. Juni 2016 umso glaubwürdiger erscheinen. Insgesamt sind die Ausführungen von Dr. B._____ und dem Versicherten nachvollziehbar und detailliert begründet, weshalb darauf abzustellen ist.

Anzumerken bleibt, dass die Beschwerdegegnerin es unterlassen hat, den Unfallhergang genauer abzuklären. In der ursprünglichen Unfallmeldung sind sogar zwei Personen aufgelistet, welche beim Unfall anwesend waren und als Zeugen hätten befragt werden können. Die Beschwerdegegnerin hat sich jedoch mit dem kurzen Unfallbeschrieb begnügt und keine weitergehenden Abklärungen durchgeführt.

5.5 Aus dem Gesagten folgt, dass für die Frage, ob zwischen den Schulterbeschwerden und dem Unfall vom 1. September 2014 ein natürlicher Kausalzusammenhang vorliegt, von der detaillierten Version des Unfallherganges gemäss den Aussagen des Versicherten (vgl. E. 5.2, 5.3 sowie 5.4 hiervor) auszugehen ist.

6. Zur 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 (vgl. BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hin-

weisen). 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 f. E. 1c mit Hinweisen). Widersprechen sich medizinische Berichte, darf das Gericht 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 (vgl. BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

7. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Versicherten und der Frage der Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 1. September 2014 und den Beschwerden im Bereich der rechten Schulter liegen im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen vor:

7.1 Am 9. Oktober 2014 berichtete Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, von seiner Sprechstunde vom 30. September 2014. Als Diagnosen stellte er eine Olecranonfraktur rechts vom 1. September 2014, wahrscheinlich einen Status nach Fraktur der Grundphalanx der 5. Zehe links ebenso vom 1. September 2014, einen Verdacht auf eine Ruptur der Supra- und partiell der Infraspinatussehne links, einen stabilen Zustand nach Behandlung eines Adenokarzinoms des Colon descendens (Erstdiagnose 2009), eine arterielle Hypertonie, einen Diabetes mellitus Typ II sowie einen Status nach Nikotinabusus fest. Zur Anamnese hielt Dr. F.____ fest, der Patient sei am 1. September 2014 beim Heruntersteigen von seinem Boot gestürzt, wobei er in erster Linie mit seinem rechten Ellbogen aufgeschlagen sei (wahrscheinlich auch mit dem rechten Fuss). Abgesehen von einem lokalen Hämatom sei der Versicherte erstaunlich beschwerdearm gewesen. Auch jetzt verspüre dieser bei gewissen belastenden Bewegungen eine mässige Schmerzhaftigkeit im Bereich des Olecranons. Nebenbefundlich habe er bemerkt, dass gewisse Bewegungen im Bereich der Schulter mit Schmerzen im Oberarm verbunden seien. Unter dem Abschnitt Befund führte Dr. F.____ auf, dass im Bereich der rechten Schulter eine vollumfänglich freie Beweglichkeit, aber eine deutliche Kraftminderung der Aussenrotation im Vergleich zur Gegenseite vorliege. Inspektorisches und palpatorisches zeige sich eine muskuläre Atrophie des Infraspinatus im Vergleich zur linken Seite. Palpatorisch vermute er eine Lücke im Bereich des posterioren Supraspinatusübergangs zur Infraspinatussehne. Des Weiteren hielt Dr. F.____ fest, dass beim ausgesprochen indolenten Patienten auch eine frischere Rotatorenmanschettenruptur durchaus möglich

sei. Anhand der MR-Untersuchung sollte er beurteilen können, ob es sich um eine frische oder ältere Läsion handle.

7.2 Am 7. Oktober 2014 wurde eine MR-Arthrographie des rechten Schultergelenks durchgeführt. Dr. med. G.____, FMH Radiologie, hielt unter dem Abschnitt „Klinische Angaben“ Folgendes fest: „Sturz am 1. September 2014. DD frische oder ältere Supra-/Infraspinatus-Läsion? Muskelzustand?“. In seiner Beurteilung führte Dr. G.____ einen vollständigen Abriss der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne mit Retraktion, keine Muskelatrophie oder Verfettung, eine Tendinopathie der Subscapularissehne mit kleiner Partialruptur, eine intakte lange Bizepssehne mit leicht subluxiertem Verlauf sowie eine Läsion im Bereich des inferioren Labrums auf.

7.3 Am 21. Oktober 2014 berichtete Dr. B.____, dass der Versicherte am 17. September 2014 bei ihm erstmals behandelt worden sei. Für den Unfallhergang und die Beschwerden verwies er auf den Operationsbericht. Als Befunde hielt er eine Olecranonfraktur rechts sowie eine grosse Rotatorenmanschettenläsion im Bereiche der rechten Seite; Röntgenbefund: Leicht dislozierte Olecranonfraktur rechts fest. In der MRI-Untersuchung zeige sich eine transmurale Supra-Infraspinatussehnenruptur rechtsseitig. Als vorläufige Diagnose stellte er eine Olecranonfraktur rechts und eine transmurale Supra- und Infraspinatussehnenruptur rechts fest. Ausserdem gab Dr. B.____ an, dass der Unfall für die aktuellen Beschwerden ursächlich sei und der Patient vorher keine Beschwerden gehabt habe.

7.4 Im Operationsbericht vom 11. November 2014 hielt Dr. F.____ als Diagnose eine irreparable Ruptur der Supra- und partiell der Infraspinatussehne rechts sowie eine Partialruptur der langen Bizepssehne rechts vom 1. September 2014 fest. Dr. F.____ führte aus, beim Sturz auf dem Schiff vom 1. September 2014 habe sich der Patient neben einer Olecranon-Querfraktur auch eine ausgedehnte Supra- und Infraspinatussehnenruptur zugezogen. Der sehr indolente Versicherte habe zunächst keine Schulterpathologie, abgesehen von einer gewissen Aussenrotationsschwäche, bemerkt. So sei die Olecranonfraktur auch erst einen Monat nach Fraktur diagnostiziert und entsprechend sekundär versorgt worden. Klinisch und im MRI bestehe eine ausgedehnte sehr weit retrahierte Supra- und Infraspinatussehnenruptur mit bisher fehlender fettiger Degeneration des Muskels. Klinisch zeige sich eine erstaunlich gut erhaltene Beweglichkeit mit aber deutlich verminderter Aussenrotationskraft. Dr. F.____ führte ausserdem aus, dass nur milde degenerative Veränderungen bei teilweise aufgefasertem Labrum glenoidale vor allem superior vorlägen.

7.5 Am 10. Februar 2015 berichtete Dr. med. H.____, FMH Chirurgie, beratender Arzt der AXA, aufgrund der klinischen Untersuchungsbefunde, der MRI-Beurteilung vom 7. Oktober 2014 und der intraoperativen Beschreibung vom 11. November 2014, seien die Befunde im Bereich der rechten Schulter vorbestehend. Durch den Aufschlag am Ellbogen sei es zur wenig dislozierten Olecranonfraktur rechts gekommen. Bei fehlendem bone bruise am Humeruskopf sei eine axiale Traumatisierung der rechten Schulter ausgeschlossen. Weitere Befunde, welche für die überwiegend wahrscheinlich vorbestehende Rotatorenmanschettenläsion rechts sprächen, seien folgende: Die irreparable Situation zweieinhalb Monate nach dem Ereignis (bei fri-

scher RM-Läsion hätten sich die Muskeln mobilisieren lassen); die ausgedehnte sehr weit retrahierte Supra- und Infraspinatussehne; die fehlende Pseudoparalyse im rechten Schultergelenk (wie sie bei einer frischen Läsion vorhanden gewesen wäre); die gut kompensierte Beweglichkeit im rechten Schultergelenk (vollumfänglich freie Beweglichkeit, aber deutliche Kraftverminderung der Aussenrotation); die inspektorisch und palpatorisch muskuläre Atrophie des Infraspinatus im Vergleich zur linken Seite (und dies vier Wochen nach dem Ereignis); der Humeruskopfhochstand rechts; bei direkter Krafteinwirkung vom rechten Ellbogen zur Schulter wäre die Olecranonfraktur stärker disloziert gewesen.

7.6 Am 9. Juni 2015 erstellte Dr. F._____ eine Stellungnahme zu Handen der AXA und hielt unter anderem fest, obschon axiale Stauchungskräfte bei frischen traumatischen ausgedehnten Rotatorenmanschettenrupturen vorlägen, sei in der MRI-Diagnostik nur selten ein ausgedehntes bone bruise zu erkennen. Das sogenannte bone bruise sei in der Regel dann zu erkennen, wenn die Rotatorenmanschette bei der Verletzung intakt bleibe, das heisse, dass die Stauchungskräfte am Tuberculum majus stärker aufträten als die rupturierenden Kräfte an der Rotatorenmanschette. Des Weiteren hielt Dr. F._____ fest, bei sehr frischen, sehr ausgedehnten Rotatorenmanschettenrupturen (sog. Zweisehnen-Ruptur) komme es typischerweise zu einer sehr schnellen, sehr weiten Retraktion. Bei entsprechender Konstitution könne es durchaus vorkommen, dass die Rupturstümpfe sich nicht mehr genügend mobilisieren liessen, obschon der Muskel noch nicht fettig degenerativ verändert sei. Zudem führte Dr. F._____ aus, dass der Versicherte ein ausgesprochen indolenter Patient sei. So habe er seiner Olecranonfraktur aufgrund fehlender Schmerzen praktisch keine Beachtung geschenkt. Unmittelbar nach dem Unfallereignis habe der Patient den Arm aktiv nicht anheben können und gleichzeitig die Kontusion des rechten Ellbogens sowie mässige Schmerzen im Bereiche des Vorfusses links bemerkt. Somit habe die Pseudoparalyse im frischen Stadium durchaus vorgelegen. Ausserdem führte Dr. F._____ aus, vier Wochen nach Unfallgeschehen könne durchaus eine klinische muskuläre Atrophie sichtbar und palpierbar sein. Für eine fettige degenerative Veränderung des Muskels brauche es hingegen mindestens sechs Monate. Bei sehr ausgedehnten traumatischen Rotatorenmanschetten-Läsionen könne es bereits früh zu einem Humeruskopf-Hochstand kommen. Zusammenfassend hielt Dr. F._____ fest, die aufgeführten Begründungen seien aus seiner Sicht nicht korrekt und erlaubten somit nicht die Schlussfolgerung, dass die ausgedehnte Verletzung der Supra- und Infraspinatussehne vorbestehend gewesen sei. Abschliessend müsse ebenfalls festgehalten werden, dass der Patient gemäss eigenen Angaben vor der genannten Verletzung über eine vollumfängliche Kraft im Bereich der rechten Schulter verfügt habe. So habe er auch keinerlei Probleme gehabt, mit vollem Krafteinsatz seinem Curling-Sport nachzugehen. Die intensive Wischbewegung, welche beim Curling praktiziert werde, erfordere zum Beispiel eine kräftige, intakt funktionierende Rotatorenmanschetten-Muskulatur.

7.7 Am 8. Dezember 2015 nahm Dr. med. I._____, FMH Chirurgie, beratender Arzt der AXA, Stellung zur Frage der Unfallkausalität und hielt unter anderem fest, dass die rechtsseitige Olecranonfraktur und die Fraktur der Grundphalanx der Grosszehe mit praktischer Sicherheit in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom 1. September 2014 stünden. Im Bereiche des rechten Schultergelenks bestünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit krankhaft degenerative Vorzustände der Supraspinatussehne und der Infraspinatussehne

sowie der Bizepssehne. Wäre der Befund, wie er sich im MRI vom 7. Oktober 2014 und anlässlich des Eingriffs vom 11. November 2014 dargestellt habe, auf den Unfall zurückzuführen, so hätte mit praktischer Sicherheit initial eine Pseudoparalyse der rechten Schulter bestanden. Dies sei eindeutig nicht der Fall gewesen. Gegen eine frische Unfallkausalität sprächen auch die starke Retraktion der gerissenen Supraspinatussehne und das Vorliegen eines Humeruskopfhochstandes. Demgegenüber spreche das Alter des Versicherten eher für ein degeneratives Geschehen. Ein Humeruskopfhochstand, wie hier vorliegend, sei erst nach drei bis sechs Monaten nach einer Supraspinatussehnenruptur zu erwarten. Dasselbe gelte für die massive Retraktion des proximalen Supraspinatussehnenstumpfes. Dass Ende September eine weitgehend freie Beweglichkeit des rechten Schultergelenks bestanden habe, spreche ebenfalls gegen das Vorliegen einer unfallbedingten Supra- und Infraspinatussehnenruptur. Dr. I.____ hielt fest, dass die Schultersituation überwiegend wahrscheinlich bezüglich Unfallkausalität ausgeschlossen werden könne.

7.8 Med. pract. J.____, FMH Arbeitsmedizin, Vertrauensarzt der Visana, nahm am 21. Januar 2016 eine vertrauensärztliche Beurteilung vor. Er hielt unter anderem fest, dass für eine frische und nicht degenerativ bedingte Sehnenruptur der Operationsbericht der Klinik Hirslanden vom 13. November 2014 spreche, in welchem nur milde degenerative Veränderungen festgestellt und die Rupturen unfallkausal beurteilt worden seien (Diagnose: Ruptur vom 1. September 2014). Diese Beurteilung durch einen sehr erfahrenen Operateur, der in einem spezialisierten Schulterzentrum tätig sei, schätze er deutlich gewichtiger ein, als eine theoretische Aktenbeurteilung durch den Arzt der Unfallversicherung. Auch die MR-Arthrographie des Schultergelenks vom 7. Oktober 2014 unterstreiche, dass keine Muskelatrophie oder Verfettung vorliege, welche einen Hinweis auf einen langsamen, atrophischen Verlauf mit krankheitsbedingter Ruptur geben würde. Selbst wenn altersbedingt – wofür es aber keinerlei Hinweise gebe – eine Degeneration vorgelegen hätte, so wäre der Sturz sicherlich nicht als Gelegenheitsursache zu werten. Vielmehr handle es sich hierbei um ein Unfallereignis mit hoher physikalischer Belastung des Bewegungsapparates, was sich auch an den übrigen erlittenen Verletzungen zeige. Es wäre somit für diesen Fall eine Teilkausalität zu postulieren, welche ebenfalls eine Leistungspflicht der Unfallversicherung auslösen würde. Zusammenfassend sei für ihn in den strittigen Punkten die Unfallkausalität weiterhin und zumindest als Teilkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben.

7.9 Am 5. April 2016 nahm Dr. I.____ erneut Stellung und führte aus, dass er generell an seiner Beurteilung vom 8. Dezember 2015 festhalte, wonach die erhobene Schulterpathologie rechts nur mit dem Beweisgrad der Möglichkeit in einen natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 1. September 2014 zu stellen sei. Gegen eine Unfallkausalität der Schulterpathologie spreche die fehlende initiale Pseudoparalyse, der Humeruskopfhochstand und die ungewöhnlich massive Sehnenretraktion bereits einen Monat nach dem Ereignis sowie die irreparable Situation infolge Unmöglichkeit der Mobilisation der Sehnenstümpfe. Weiter würden auch die subchondrale Zystenbildung im Ansatzbereich der Supraspinatussehne am Tuberculum majus sowie die prä- und postoperativ im Verlauf gut kompensierte Beweglichkeit des rechten Schultergelenks dagegen sprechen. Eher gegen eine krankhaft degenerative Schulterpathologie spreche hingegen die fehlende zu erwartende fettige Degeneration der muskulären Anteile

der Rotatorenmanschette. Dr. I.____ hielt ausserdem fest, dass die rechtsseitige Olecranonfraktur mit Sicherheit unfallkausal ausgewiesen sei. Diesbezüglich sei noch darauf hinzuweisen, dass eine solche Fraktur fast ausschliesslich durch eine direkte Kontusion entstehe. Es sei also davon auszugehen, dass der Versicherte den Ellbogen angeschlagen habe.

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts bzw. der Frage nach der Unfallkausalität vollumfänglich auf die Ausführungen ihrer beratenden Ärzte, Dres. H.____ und I.____ (vgl. E. 7.5, 7.7 und 7.9 hiavor). Sie ging demzufolge davon aus, dass die Schulterbeschwerden des Versicherten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Unfallereignis vom 1. September 2014 zurückzuführen seien. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist aus nachfolgenden Gründen zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung kommt dem Bericht eines versicherungsinternen Arztes nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Ein solcher Bericht ist aber soweit zu berücksichtigen, als keine – auch nur geringe – Zweifel an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerungen bestehen (vgl. BGE 135 V 471 E. 4.7). Vorliegend besteht jedoch Anlass, an der Richtigkeit der Feststellungen der Dres. H.____ und I.____ zu zweifeln.

8.2 Zunächst ist festzuhalten, dass die Ausführungen und Schlussfolgerungen der Dres. H.____ und I.____ im Widerspruch stehen zu denjenigen der Dres. B.____, F.____ und J.____, auf die sich die Beschwerdeführerin stützte.

Unter anderem strittig ist die Frage, ob der Versicherte nach dem Unfall an einer Pseudoparalyse gelitten hat oder nicht. Dazu ist festzuhalten, dass eine solche – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – wohl vorgelegen hat. Zwar ist eine Pseudoparalyse zu Beginn nicht ausdrücklich durch die behandelnden Ärzte festgestellt worden, doch Dr. F.____ hat immerhin eine gewisse Aussenrotationsschwäche festgehalten und erwähnt, dass der Patient seinen Arm unmittelbar nach dem Unfallereignis nicht habe hochheben können. Beim ausgesprochen indolenten Versicherten habe damit eine Pseudoparalyse durchaus vorgelegen (vgl. insbesondere E. 7.6 hiavor). Auch der Versicherte selber beschrieb in seiner glaubwürdigen Stellungnahme vom 15. Juni 2016, dass er nach dem Sturz grosse Schmerzen in der rechten Schulter gehabt habe und den rechten Arm nicht mehr habe hochheben können (vgl. E. 5.3 hiavor).

Des Weiteren kann mit der Beschwerdeführerin festgestellt werden, dass ein unfallbedingter „Riss“ der Rotatorenmanschette dadurch erklärt werden könnte, dass der Versicherte sich mit dem rechten Arm an der Reling festgehalten hat bzw. versucht hat, sich festzuhalten, als er stürzte.

Ausserdem hielt Dr. F.____ fest, dass lediglich milde degenerative Veränderungen vorlägen (vgl. E. 7.4 hiavor). In der MR-Arthrographie vom 7. Oktober 2014 zeigten sich zudem weder eine Muskelverfettung noch eine Atrophie (vgl. E. 7.2 hiavor).

Schliesslich ist festzuhalten, dass der Versicherte vor dem Unfallereignis keine Beschwerden in der rechten Schulter hatte, obwohl er stets viel Sport betrieben hat. Insbesondere wies

Dr. F.____ darauf hin, dass der Patient regelmässig Curling gespielt habe, was einen vollen Krafteinsatz der Rotatorenmanschetten-Muskulatur erfordere (vgl. E. 7.6 hiervor).

8.3 Hingegen ist mit der Beschwerdegegnerin festzustellen, dass auch gewisse Anhaltspunkte für ein vorbestehendes Problem an der rechten Schulter vorliegen. Beispielsweise fehlte beim Versicherten ein sogenanntes bone bruise, das heisst ein posttraumatisches Knochenmarködem. Des Weiteren sprechen sowohl die starke Retraktion der Sehnen als auch der frühe Humeruskopf-Hochstand eher für eine degenerative Veränderung als für eine unfallbedingte Verletzung (vgl. E. 7.5, 7.7 und 7.9 hiervor).

8.4 Aus dem bereits Gesagten folgt, dass gestützt auf die medizinische Aktenlage sowohl Anhaltspunkte für als auch solche gegen einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 1. September 2014 und den Schulterbeschwerden des Versicherten ersichtlich sind. Die Beschwerdeführerin stützte sich auf diejenigen medizinischen Fachpersonen, welche den Unfall als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als kausal für die Schulterproblematik betrachten (Dres. B.____, F.____ und J.____). Demgegenüber stützte sich die Beschwerdegegnerin auf diejenigen medizinischen Unterlagen, welche degenerative Veränderungen und somit eine Krankheit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als kausal für die Rotatorenmanschettenruptur ansehen (Dres. H.____ und I.____).

Die Ärzte führen vorliegend einen umfangreichen medizinischen Diskurs über die Argumente, welche für bzw. gegen eine Unfallkausalität der Schulterbeschwerden sprechen. Eine Auseinandersetzung mit den Gegenargumenten der jeweils anderen Seite findet jedoch nicht vertieft statt. Das Gericht verfügt in medizinischer Hinsicht über zu wenig Sachverstand, als dass es sich aufgrund der medizinischen Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für die eine oder die andere Auffassung aussprechen könnte. Unter diesen Umständen erscheint der medizinische Sachverhalt nicht vollständig abgeklärt. Deswegen rechtfertigt es sich, die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese ein medizinisches Gutachten eines versicherungsunabhängigen Experten einholt. Dieses hat sich ausführlich mit den Argumenten für und gegen eine Unfallkausalität auseinanderzusetzen, die Argumente zu gewichten und schliesslich nachvollziehbar zu begründen, welche Schlussfolgerung daraus gezogen werden muss. Das Gutachten hat die Frage der Unfallkausalität gestützt auf den vom Gericht festgelegten Unfallhergang (vgl. E. 5.5 hiervor) zu beantworten.

8.5 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte zwar nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin vorliegend nicht alle notwendigen Abklärungen betreffend die Unfallkausalität vorgenommen hat und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin auch unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge

ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 10. Dezember 2015 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat weitere medizinische Abklärungen in Bezug auf die Unfallkausalität der geklagten Schulterbeschwerden in Form eines externen Gutachtens vorzunehmen.

9. Daraus folgt zusammenfassend, dass der Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 1. September 2014 gestützt auf die medizinische Aktenlage weder bejaht noch verneint werden kann. Die Beschwerde ist deswegen in dem Sinne gutzuheissen, als die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen ist. Gestützt auf den hiervor festgelegten Unfallhergang sowie auf das einzuholende medizinische Gutachten hat die Beschwerdegegnerin neu über den Leistungsanspruch des Versicherten zu verfügen.

10.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren 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 wettzuschlagen.

10.2 Es bleibt anzumerken, dass das Rechtsbegehren 4 der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, die Abklärungskosten (Unfalldiagnostik) im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden rechts im Sinne von Art. 45 Abs. 1 ATSG zu übernehmen, an dieser Stelle nicht behandelt werden kann. Die Beschwerdegegnerin hat über den Leistungsanspruch des Versicherten sowie auch über die Frage der Abklärungskosten nach Vorliegen der medizinischen Expertise neu zu verfügen.

11. 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 materiell-rechtlichen 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 **e r k a n n t** :

- ://:
1. Soweit auf die Beschwerde eingetreten werden kann, wird diese insofern gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 10. Dezember 2015 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

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