



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. Dezember 2020 (725 20 165 / 312)

Unfallversicherung

Dem Unfallversicherer gelingt es vorliegend nicht, das Dahinfallen der natürlichen Kausalität für die Beschwerden, die anlässlich eines vor der verfügten Leistungseinstellung erfolgten stationären Aufenthalts erhoben worden sind, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Er hat demnach für die damit verbundenen Kosten aufzukommen.

_____ Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

_____ Parteien A._____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Stefan Suter, Advokat, Clarastrasse 51, 4005 Basel

gegen

Helsana Unfall AG, Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich,
Beschwerdegegnerin

_____ Betreff Leistungen

A. Die 1972 geborene A._____ war über ihre Arbeitgeberin, Stiftung B._____, bei der Helsana Unfall AG (Helsana) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als sie am 18. Februar 2019 einen Verkehrsunfall erlitt. Dem Polizeirapport vom 28. Februar 2019 zufolge missachtete ein Lenker mit seinem Personenwagen den Rechtsvortritt

und kollidierte frontal seitlich mit dem Fahrzeug der Versicherten. Die erstbehandelnden Ärzte diagnostizierten ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) Grad II sowie Kontusionen am Knie, am Vorderarm links und am Handgelenk rechts sowie am unteren Rücken. Die Helsana gewährte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Taggelder und Heilungskosten). Nach Abklärung der gesundheitlichen Verhältnisse stellte sie mit Verfügung vom 1. November 2019 die gesetzlichen Leistungen rückwirkend per 30. Juni 2019 ein. Gleichzeitig verweigerte sie die Kostenübernahme für einen stationären Spitalaufenthalt vom 8. - 11. Mai 2019 mit der Begründung, dass hinsichtlich der am 8. Mai 2019 plötzlich auftretenden Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) lediglich eine mögliche Kausalität zum stattgehabten Ereignis bestehe, weshalb die dadurch entstandenen Behandlungskosten nicht vergütet würden. An dieser Auffassung hielt die Helsana mit Einspracheentscheid vom 2. April 2020 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob die Versicherte, vertreten durch Dr. Stefan Suter, Advokat, mit Eingabe vom 5. Mai 2020 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, in Aufhebung des Einspracheentscheids sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, ihr eine Rückerstattung in Höhe von Fr. 2'495.50 sowie Fr. 882.-- nebst Zins zu 5% ab 19. Oktober 2019 zu leisten; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung. Als Begründung brachte sie im Wesentlichen vor, aufgrund der medizinischen Aktenlage sei erstellt, dass sie zum Zeitpunkt der Hospitalisation noch nicht vollständig genesen gewesen sei. Vielmehr habe es bis Ende Juni 2019 gedauert, bis die Unfallfolgen ausgeheilt gewesen seien und eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit bestanden habe.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 22. Juni 2020 schloss die Helsana auf Abweisung der Beschwerde.

Die Präsidentin zieht **in Erwägung** :

1.1 Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Gemäss § 55 Abs. 1 VPO entscheidet die präsidierende Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts Streitigkeiten bis zu einem Streitwert von Fr. 20'000.-- durch Präsidialentscheid. Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet einzig die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für den stationären Aufenthalt vom 8. - 11. Mai 2019 zu übernehmen hat, welche sich auf insgesamt Fr. 3'377.50 (Fr. 2495.50 Leistungsabrechnung der Visana und Fr. 882.-- Mahnung Spital C._____ vom 12. August 2019) belaufen. Der von der Beschwerdegegnerin angeordnete Fallabschluss per 30. Juni 2019 wird seitens der Beschwerdeführerin nicht beanstandet und ist somit nicht streitig. Die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde fällt deshalb in die Kompetenz der präsidierenden Person der Abteilung Sozialversicherungsrecht des Kantonsgerichts.

2.1 Nach 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). 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.

2.2 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer nur unter der Voraussetzung aufzukommen, 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 blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest bzw. ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (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. Da es sich hierbei

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

3.1 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).

3.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeine Teil des Sozialversicherungsrecht [ATSG] vom 6. Oktober 2000) – 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).

3.3 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).

4.1 Für die Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit sind folgende medizinische Unterlagen von Relevanz:

4.2 Im Austrittsbericht des Kantonsspitals Baselland vom 18. Februar 2019 wird ausgeführt, dass die Versicherte Schmerzen im Bereich der HWS und der LWS angebe. Rückenschmerzen in der LWS seien vorbekannt, jedoch seien diese aktuell etwas stärker. Zusätzlich berichte die Patientin über Schwindel. Es bestehe keine Bewusstlosigkeit und keine Amnesie. Alsdann konnten keine neurologischen Ausfälle ausgemacht werden. Im Rahmen eines am 18. Februar 2019 veranlassten MRT sowie im konventionellen Röntgen vom 19. Februar 2019 konnten im Bereich der HWS sowie der LWS keine Frakturen bestätigt werden.

4.3 Mit Arzzeugnis UVG vom 26. Februar 2019 bezüglich einer am 19. Februar 2019 erfolgten Konsultation diagnostizierte Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, ein HWS-Distorsionstrauma Grad II sowie Kontusionen am Knie, am Vorderarm links und am Handgelenk rechts sowie am unteren Rücken. Im beigelegten Dokumentationsfragebogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 19. Februar 2019 wurden Kopf- und Nackenbeschwerden sowie Schwindel und Übelkeit angegeben. Für die Zeit vom 19. Februar bis 15. März 2019 wurde eine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit attestiert und ab 16. März 2019 eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50% prognostiziert.

4.4 Ein am 12. März 2019 durchgeführtes MRT am linken Knie ergab die folgenden Diagnosen: eine Femoropatellararthrose mit randständigen Osteophyten und unscharf begrenzten bis auf die Corticalis reichenden Knorpeldefekten retropatellar ohne abgrenzbaren freien Gelenkkörper, ein geringes Ödem im suprapatellaren Abschnitt des Hoffa'schen Fettkörpers, Differenzialdiagnose (DD) posttraumatisch, DD im Rahmen eines Patellarsehnen- lateralen Femurkondylus-Frictions-Syndroms, eine geringe Zerrung am Musculus gastrocnemius, keine Ruptur des hinteren Kreuzbandes, eine geringe Chondropathie im medialen Femurkondylus ohne Knorpeldefekt, eher chronisch imponierende, geringe intratendinöse Teilruptur der distalen Semimembranosus-Sehne, länglich konfigurierte Baker-Zyste sowie ein mässiger Gelenkerguss.

4.5 Am 4. April 2019 legte die Beschwerdegegnerin die Akten in Bezug auf die Kniebeschwerden ihrer beratenden Ärztin, Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vor. Diese führte hierzu aus, dass das MRI des Knies deutlich vorbestehende degenerative Änderungen femorotibial (Grad II) und femoropatellär (Grad III) gezeigt habe. Das Ereignis habe lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimme-

rung geführt. Eine strukturelle Läsion sei im MRI nicht dargestellt, die Menisken und Kreuzbänder seien intakt. Es sei davon auszugehen, dass die unfallkausalen Beschwerden 6-8 Wochen nach dem Ereignis abgeklungen seien.

4.6 In einer weiteren Aktenbeurteilung vom 9. April 2019 gelangte Dr. E.____ auch in Bezug auf die HWS sowie die LWS zur Auffassung, dass keine Kausalität mehr nachgewiesen sei. Am 18. bzw. am 19. Februar 2019 seien die Diagnosen einer HWS-Distorsion Grad II, einer LWS-Kontusion sowie einer Kniekontusion links gestellt worden. Das Ereignis habe zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt. Am 18. Februar 2019 hätten strukturelle Läsionen in diesen Bereich jedoch mittels CT sowie konventionellem Röntgen ausgeschlossen werden können, weshalb auch diesbezüglich davon auszugehen sei, dass die Beschwerden 6-8 Wochen nach dem Ereignis abgeklungen seien.

4.7 Mit Austrittsbericht vom 15. Mai 2019 des Spitals C.____ wurden muskuloskelettale Schmerzen im Bereich der LWS diagnostiziert. Die notfallmässige Selbstvorstellung sei bei stärksten stechenden Rückenschmerzen ohne vorangehendes Trauma erfolgt. Seit einem Verkehrsunfall am 18. Februar 2019 hätte die Patientin bereits im Vorfeld unter intermittierenden lumbalen Rückenschmerzen gelitten und sei nur zu 50% arbeitsfähig gewesen. Die aktuellsten Beschwerden hätten sich über Tage hinweg bis zu stärksten Schmerzen mit Ausstrahlung in die linke Flanke und konsekutiver Atemnot entwickelt. Laborchemisch hätten sich keine wegweisenden Befunde ergeben. Im EKG habe ein normofrequenter Sinusrhythmus dokumentiert werden können. Radiologisch hätte eine Wirbelfraktur oder eine Gefügealteration ausgeschlossen werden können. Unter einer Kombination von Opioiden, NSAR und passager Sirdalud hätten sich die Schmerzen im Verlauf gelindert. Es wurde die Fortsetzung der Physiotherapie empfohlen und bis zum Datum der Untersuchung eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert.

4.8 Am 7. Juni 2019 führte Dr. E.____ hierzu aus, dass die akuten, plötzlich auftretenden Beschwerden nach einer Wirbelsäulenkontusion ohne strukturelle Läsion lediglich möglicherweise unfallkausal seien. Mit Beurteilung vom 17. September 2019 hielt sie ergänzend fest, dass im Bericht vom 15. Mai 2019 lediglich LWS-Beschwerden beklagt würden. Die anderen betroffenen Regionen (HWS, Knie und Handgelenk) seien nicht explizit erwähnt.

4.9 Mit Beurteilung vom 17. September 2019 berichtete Dr. D.____, dass die eingesetzte antientzündliche und analgetische Therapie inkl. Muskelentspanner (Mydocalm) sowie die Physiotherapie zunächst eine kontinuierliche Verbesserung gezeigt hätten. Allerdings hätte schon bald auf Irren verzichtet werden müssen, da die Patientin einen massiven diastolischen Hypertonus entwickelt habe. Da die Patientin bereits seit dem 28. März 2019 zu 50% gearbeitet habe, sei zu einer weiteren Reduktion der Tablettenzahl der Versuch gemacht worden, Mydocalm zu pausieren. Die Patientin hätte jedoch in der Folge massive Verkrampfungen erlitten, dies auch infolge des noch nicht ganz runden Gangbildes aufgrund der Kniekontusion und der noch nicht geheilten HWS-Problematik. So sei es zu einer muskuloskelettalen Lumbalgie gekommen, die stationär habe behandelt werden müssen. Nach Wiedereinsetzen der Analgetika und des Muskelrelaxans habe eine Besserung bis zur vollständigen Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Die Patientin sei seit dem 1. Juli 2019 für leichte Arbeiten wieder zu 100% arbeitsfähig.

4.10 In einer weiteren Aktenbeurteilung vom 31. Oktober 2019 führte Dr. E.____ aus, dass sie an ihrer Beurteilung vom 17. September 2019 festhalte. Dem Bericht von Dr. D.____ seien keine neuen Erkenntnisse zu entnehmen. Das anlässlich der Hospitalisation vom 8. Mai 2019 beschriebene unrunde Gangbild des linken Knies sei überwiegend wahrscheinlich auf die vorbestehenden degenerativen Veränderungen zurückzuführen. Dem Bericht von Dr. D.____ sei zu entnehmen, dass die Versicherte bereits an akuten Lumbalgien gelitten habe. Die am 8. Mai 2019 diagnostizierten muskuloskelettalen Beschwerden seien lediglich möglicherweise auf das Unfallereignis zurückzuführen.

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts in erster Linie auf die Ergebnisse, zu denen Dr. E.____, namentlich in ihren Aktenbeurteilungen vom 17. September und 31. Oktober 2019, gelangt war. Auf dieser Grundlage stellte sie ihre Leistungen zuletzt mit Einspracheentscheid vom 2. April 2020 per 30. Juni 2019 ein. Gleichzeitig verweigerte sie jedoch die Übernahme der Kosten für den stationären Aufenthalt vom 8. - 11. Mai 2019, wobei sie sich auf den Standpunkt stellte, dass die dort erhobenen Beschwerden nicht (mehr) überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 18. Februar 2019 zurückzuführen seien.

5.2 Entgegen ihrer Auffassung gelingt es der Beschwerdegegnerin vorliegend nicht, das Dahinfallen der natürlichen Kausalität für die am 8. Mai 2019 erhobenen Beschwerden gestützt auf diese Beurteilungen mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

5.3.1 Dr. E.____ führte in ihren Beurteilungen, zuletzt am 31. Oktober 2019, aus, dass die bei der Hospitalisation am 8. Mai 2019 (lediglich) im Bereich der LWS angegebenen Beschwerden nur möglicherweise auf das Unfallereignis zurückzuführen seien. Auf dieser Grundlage hält auch die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 1. November 2019 bzw. in ihrem Einspracheentscheid vom 2. April 2020 dafür, dass der Kausalzusammenhang lediglich als möglich zu betrachten sei. Das mag zutreffen, damit ist aber gerade nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Wegfall der Kausalität nachgewiesen. Die Beschwerdegegnerin verkennt bei ihrer Argumentation, dass sie die Beweislast für den Nachweis des Dahinfallens jeder kausalen Bedeutung der unfallbedingten Ursache trägt, nachdem sie ihre Leistungspflicht auch in Bezug auf die Beschwerden im Bereich der LWS anerkannt hatte. In diesem Sinne bekräftigte auch Dr. E.____ am 17. September 2019 erneut, dass das Unfallereignis zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden Rückenbeschwerden geführt habe, wobei sie die LWS-Kontusion nicht in Abrede stellt. Wie die Beschwerdeführerin zutreffend vorbringt, findet sich in ihrer Beurteilung jedoch keine nähere Begründung, weshalb der Status quo sine bzw. ante just 6-8 Wochen nach dem Ereignis eingetreten sein soll. Soweit sich Dr. E.____ bei ihrer Beurteilung auf die Erfahrungstatsache beruft, wonach bei einem fehlenden Nachweis von strukturellen Läsionen nach derzeitigem medizinischen Wissensstand das Erreichen des Status quo sine bei posttraumatischen Lumbalgien und Lumboischialgien nach drei bis vier Monaten zu erwarten ist (statt vieler Urteil des Bundesgerichts vom 19. März 2019, 8C_834/2018, E. 3.3), kann ihr mit

Blick auf die nicht ganz drei Monate nach dem Unfall erfolgte Hospitalisation ebenfalls nicht gefolgt werden.

5.3.2 Die Zweifel am leistungsverweigernden Erfordernis, wonach die am 8. Mai 2019 erhobenen Beschwerden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen zu beruhen hätten, werden ferner dadurch bekräftigt, dass die medizinische Behandlung der Unfallfolgen zum Zeitpunkt der Hospitalisation am 8. Mai 2019 noch andauerte und die Beschwerdeführerin seit dem Unfallereignis ohne Unterbruch lediglich zu 50% arbeitsfähig war (vgl. act. M11, act. K25 und K26). Nach Art. 19 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer die vorübergehenden Leistungen, wie Taggelder und Heilbehandlung, so lange zu gewähren, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung der unfallbedingten Beschwerden noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Wie sich diesbezüglich dem Bericht von Dr. D. _____ vom 17. September 2019 entnehmen lässt, seien die akuten muskuloskelettalen LWS-Beschwerden im Wesentlichen auf den Versuch, die bisher eingenommenen Medikamente (insbesondere das Muskelrelaxan), die zunächst eine Verbesserung des Gesundheitszustands herbeigeführt hätten, zu pausieren. Diese Zweifel werden auch nicht durch die daraufhin ergangene Beurteilung vom 31. Oktober 2019 ausgeräumt, worin Dr. E. _____ das beschriebene unrunde Gangbild überwiegend wahrscheinlich auf vorbestehende degenerative Veränderungen zurückführt. Dies umso weniger, als sie die LWS-Beschwerden erneut als möglich kausal bezeichnet. Dessen ungeachtet erfolgte die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 14. Juni 2019 erst im Anschluss an dieses Ereignis und mit Wirkung per 30. Juni 2019, wobei sie für die attestierte Arbeitsunfähigkeit bis zu diesem Zeitpunkt Taggelder ausgerichtet hat (vgl. act. K21 und K26).

5.4 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen fehlenden Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den am 8. Mai 2019 erhobenen Beschwerden nicht rechtsgenügend dargetan, weshalb sie die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat. Demzufolge ist die Beschwerde gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 2. April 2020 insoweit aufzuheben, als damit die Vergütung der Kosten für den Spitalaufenthalt vom 8. - 11. Mai 2019 verweigert wird. Die Beschwerdegegnerin ist zu verpflichten, der Versicherten die durch den stationären Aufenthalt vom 8. - 11. Mai 2019 entstandenen Behandlungskosten in der Höhe von insgesamt Fr. 3'377.50 zu vergüten.

6. Die Beschwerdeführerin beantragt ferner die Verzinsung der geltend gemachten Beträge mit 5% seit dem 19. Oktober 2019. Gemäss Art. 26 Abs. 2 ATSG werden die Sozialversicherungen, sofern die versicherte Person ihrer Mitwirkungspflicht vollumfänglich nachgekommen ist, für ihre Leistungen nach Ablauf von 24 Monaten nach der Entstehung des Anspruchs, frühestens aber 12 Monate nach dessen Geltendmachung verzugszinspflichtig. Die Frist von 24 Monaten ist im Sinne einer Mindestvoraussetzung zu verstehen. Selbst wenn die Leistungen später als 12 Monate nach deren Geltendmachung ausgerichtet werden, sind keine Verzugszinsen geschuldet, wenn nicht zugleich mindestens 24 Monate seit der Anspruchsentstehung verstrichen sind (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Rz. 53 zu Art. 26 ATSG). Vorliegend besteht demnach keine Zinspflicht der Beschwerdegegnerin auf die ausstehenden Beträge.

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 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nachdem die Beschwerdeführerin obsiegt hat, hat sie Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen (vgl. § 3 Abs. 1 der Tarifordnung für Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 25. August 2020 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 13 Stunden und 15 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen zwar als hoch, aber noch als angemessen zu bezeichnen ist. Nicht zu beanstanden sind die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 150.60. Ihm ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'729.75 (13 Stunden und 15 Minuten à Fr. 250.-- zuzüglich Spesen und Auslagen von Fr. 150.60 sowie 7.7% Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 2. April 2020 insoweit aufgehoben, als damit die Vergütung der Kosten für den stationären Aufenthalt vom 8. - 11. Mai 2019 verweigert wird. Die Helsana Unfall AG wird verpflichtet, die Kosten für den stationären Aufenthalt vom 8. - 11. Mai 2019 in der Höhe von Fr. 2'495.50 sowie Fr. 882.-- vollumfänglich zu übernehmen
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'729.75 (inkl. Auslagen und 7.7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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