



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 30. September 2021 (725 21 122 / 269)

Unfallversicherung

Rückweisung zur weiteren Abklärung aufgrund von Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung sowie an den von der Beschwerdeführerin beigebrachten ärztlichen Berichten.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Jeannine Gass

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Gaël Jenoure, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG, Postfach,
8010 Zürich, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 1971 geborene A.____ war bei der B.____ GmbH in X.____ als Fitnessinstructorin angestellt. In dieser Eigenschaft war sie bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (Allianz) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 9. September 2019 liess sie über ihre Arbeitgeberin melden, dass sie sich bei einem Autounfall

am 5. September 2019 eine Verletzung am Rücken bzw. an der Halswirbelsäule (HWS) zugezogen habe. Die Allianz richtete in der Folge die entsprechenden Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlungen und Taggeldern aus.

Mit Verfügung vom 3. September 2020 stellte die Allianz ihre Versicherungsleistungen per 31. Dezember 2019 und die Übernahme der Heilungskosten per 4. März 2020 mangels adäquatem Kausalzusammenhang der noch bestehenden Beschwerden zum Unfallereignis vom 5. September 2019 ein.

B. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache vom 24. September 2020 wies die Allianz unter Hinweis auf die kreisärztliche Beurteilung vom 19. Mai 2020 mit Entscheid vom 2. März 2021 ab.

C. Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Gaël Jenoure, Advokat, mit Schreiben vom 16. April 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht) mit dem Begehren, der Einspracheentscheid vom 2. März 2021 sei aufzuheben und die Allianz sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen, insbesondere die geschuldeten Taggeldleistungen bis und mit April 2020, auszurichten; unter o/e-Kostenfolge.

D. In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2021 schloss die Allianz auf Abweisung der Beschwerde, ebenfalls unter o/e-Kostenfolge.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

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

2. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über den 31. Dezember 2019 bzw. über den 4. März 2020 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person.

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Es genügt, wenn das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall also nicht weggedacht werden kann, ohne dass die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 438 E. 1, 129 V 181 E. 3.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 6. Juni 2018, 8C_813/2017, E. 3.2, in: SVR 2018 UV Nr. 42 S. 151). Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs ist eine Tatfrage und muss daher mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden (BGE 119 V 338 E. 1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 21. Januar 2020, 8C_623/2019, E. 2.1.2). Hierfür reicht es jedoch nicht aus, wenn – im Sinne der Formel “post hoc ergo propter hoc” – die Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht angesehen würde, weil sie *nach* diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 341 E. 2b/bb; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 29. Mai 2020, 8C_241/2020, E. 3, vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.2.3.1, in: SVR 2016 UV Nr. 18 S. 57, und vom 9. November 2009, 8C_626/2009, E. 3.2, in: SVR 2010 UV Nr. 10 S. 41).

3.3 Um die Leistungspflicht des Unfallversicherers bejahen zu können, muss zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden nicht nur ein natürlicher, sondern auch ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2007, U 56/06, E. 6.2.2 am Ende; BGE 112 V 30 E. 1b).

3.4 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 Letzter nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der 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 eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Selbiges gilt dann, wenn durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest wird. Die versicherte Person hat bis zum Erreichen des Status quo sine vel ante deshalb Anspruch auf eine

zweckgemässe Behandlung und allenfalls Taggelder (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 20. Juni 2020, 8C_956/2011, E. 4.2, vom 29. Januar 2020, 8C_614/2019, E. 5.2, in: SVR 2020 UV Nr. 24 S. 97, und vom 21. August 2015, 8C_331/2015, E. 2.1.1, in: SVR 2016 Nr. 18 S. 57). Die Beweislast für den – ebenfalls dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit unterliegenden – Wegfall der Kausalität liegt beim Unfallversicherer (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 29. Mai 2020, 8C_241/2020, E. 3, vom 19. März 2019, 8C_834/2018, E. 3, und vom 28. August 2018, 8C_421/2018, E. 3.2, in: SVR 2019 IV Nr. 9 S. 27). 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 (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. Februar 2020, 8C_840/2019, E. 3.2, vom 10. Januar 2020, 8C_548/2019, E. 3.2, und vom 5. Dezember 2018, 8C_276/2018, E. 2.3, je mit Hinweisen).

3.5 Während bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang überhaupt jemals gegeben ist, die versicherte Person beweisbelastet ist, trägt die Beweislast für einen behaupteten Wegfall der Kausalität die Unfallversicherung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 11. März 2020, 8C_68/2020, E. 3.2, und 21. Januar 2020, 8C_623/2019, E. 2.1.2). Im Sozialversicherungsprozess tragen die Parteien allerdings in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 142 E. 8a, 107 V 163 E. 3a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 221 E. 6, 117 V 264 E. 3b, je mit Hinweisen).

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese 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 davon, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 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 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 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 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

5. Die Allianz führt an, dass die geltend gemachte medizinische Gesundheitsschädigung aus medizinischer Sicht während maximal sechs Monaten als überwiegend wahrscheinlich mit einem Unfallereignis wie dem vorliegenden in Zusammenhang stehend angesehen werden könne. Es sei daher überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen, dass spätestens per 4. März 2020 die Unfallkausalität entfalle. Die Beschwerdeführerin hält dem entgegen, dass die Beschwerdegegnerin den Wegfall der Unfallkausalität nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen habe und dass insbesondere nicht nachvollzogen werden könne, weshalb die Heilungskosten für die Restbeschwerden zwar bis am 4. März 2020 übernommen würden, eine Auswirkung der Restbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit allerdings ab Januar 2020 nicht mehr anzunehmen sei.

5.1 Zur Beurteilung des Gesundheitszustands sind folgende Akten zu berücksichtigen:

5.2.1 Gemäss dem Dokumentationsbogen zur Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 9. September 2019 von Dr. med. C.____, FMH Allgemeine und Innere Medizin, habe sich die Versicherte bei der Heckkollision in aufrechter Sitzposition befunden, sei aber nicht auf die Kollision gefasst gewesen. Der Air-Bag sei nicht ausgelöst worden und eine Bewusstlosigkeit sowie eine Gedächtnislücke sei verneint worden. Als Beschwerden seien einzig Nackenbeschwerden, die sofort aufgetreten seien, und Kopfschmerzen, die mit zwölf Stunden Verzögerung aufgetreten seien, genannt worden. In der Folge seien der Versicherten schmerzstillende Medikamente verordnet worden.

5.2.2 Bei der Magnetresonanztomographie (MRT) vom 3. Oktober 2019 wurde eine geringe Chondrose und zirkuläre Diskusprotrusion der Halswirbelknochen (HWK) 4-6 jedoch ohne spinale oder foraminale Stenose, sowie eine leichte zirkuläre Diskusprotrusion, ohne wesentliche spinale oder foraminale Stenose der HWK 6/7 festgestellt. Gemäss der Einschätzung von Dr. med. D.____, FMH Radiologie, bestehe jedoch kein Nachweis einer traumatischen Läsion. Eine Diskushernie sei ebenfalls nicht ersichtlich.

5.2.3 Gemäss dem ersten Arztzeugnis von Dr. C._____ vom 17. Oktober 2019 wurde ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma Grad II infolge eines Auffahrunfalles diagnostiziert, welches sich in Form einer Druckdolenz der Nackenmuskeln und Kopfschmerzen äussere. Die Kopfbewegung sei noch leicht eingeschränkt. In der Folge sei die Versicherte vom 6. September 2019 bis zum 23. September 2019 als 100 % arbeitsunfähig und ab dem 24. September 2019 zunächst bis zum 31. Oktober 2019 50 % arbeitsunfähig einzustufen.

5.2.4 In einem weiteren ärztlichen Bericht vom 2. Dezember 2019 hielt Dr. C._____ fest, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten trotz Therapie nicht gebessert habe. So klage die Versicherte weiterhin über Kopf- und Nackenschmerzen und sei in der Kopfbewegung noch leicht eingeschränkt. Auch bestehe eine ausgeprägte Druckdolenz im Bereich der Nacken- und para-vertebralen Muskulatur. Da die Versicherte als Fitnessinstructorin auf eine tadellose Körperfunktion angewiesen sei, sei weiterhin von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In der Folge wurde der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 31. Dezember 2019 bescheinigt (anschliessend verlängert bis und mit April 2020, gemäss den vorliegenden ärztlichen Zeugnissen).

5.2.5 Die Angelegenheit wurde sodann Dr. med. E._____, FMH Allgemeinmedizin, zur medizinischen Beurteilung vorgelegt. In seiner Einschätzung vom 5. Dezember 2019 stellte dieser fest, dass sich weder ein Erstbeurteilungsbogen, ein Polizeibericht noch die genauen Befunde der ersten Arztkonsultation in den Akten befunden hätten. Dennoch sei die Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht in Anbetracht der dokumentierten Anfangsbeschwerden und dem vorhandenen Unfallbeschrieb unabhängig vom Beruf zu hoch eingeschätzt worden. In der überwiegenden Mehrheit solcher Fälle seien die Beschwerden nach höchstens vier Wochen abgeklungen. Längere Beschwerden hätten in der Regel unfallfremde Gründe. Zusammenfassend und gestützt auf die vorhandenen Informationen sei von einer medizinisch nachvollziehbaren vollen Arbeitsunfähigkeit von bis zu zehn Tagen auszugehen. Darüber hinaus könne noch für weitere zwanzig Tag eine teilweise Arbeitsunfähigkeit nachvollzogen werden.

5.2.6 Am 14. Januar 2020 wurde das Dossier sodann an den beratenden Arzt Dr. F._____, FMH Allgemeine Innere Medizin, zur Einschätzung vorgelegt. Dr. F._____ kam zum Schluss, dass unfallfremde Faktoren – leichtgradige degenerative HWS-Veränderungen – vorlägen und dass der Status quo ante bzw. sine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits Anfangs bis Mitte Oktober 2019 erreicht worden sei. Bis Mitte Oktober sei die Annahme einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit akzeptabel. Die darüberhinausgehende attestierte Arbeitsunfähigkeit sei jedoch nicht nachvollziehbar.

5.2.7 Im Weiteren wurde das Dossier Dr. med. G._____, FMH Neurologie, zur Beurteilung vorgelegt. In seiner Einschätzung vom 19. Mai 2020 hielt er fest, dass keine unfallfremden Faktoren vorliegen würden. In ihrer angestammten Tätigkeit als Fitnesstrainerin sei die Versicherte nach spätestens vier Monaten wieder zu 100 % arbeitsfähig, wobei angenommen werden könne, dass Restbeschwerden bis am 4. März 2020 bestanden hätten.

5.3 Wie oben ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie hier 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 (vgl. E. 6.2 hiavor und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Solche Zweifel liegen hier vor.

Die Allianz stützt sich bei ihrer Argumentation auf den Bericht von Dr. G.____ vom 19. Mai 2020, wonach die Beschwerdeführerin spätestens vier Monate nach dem Unfallereignis wieder zu 100 % arbeitsfähig sei, Restbeschwerden jedoch bis am 4. März 2020 angenommen werden könnten. Zunächst fällt auf, dass Dr. G.____, anders als bei gewöhnlichen versicherungsinternen Aktengutachten üblich, seinem Bericht keinen Abriss der Krankengeschichte durch eine Auflistung der zur Verfügung stehenden Vorakten voranstellt. Damit ist bereits unklar, ob er seine Beurteilung in Kenntnis der vollständigen Akten abgegeben hat. Auch erwähnt er bei seiner Einschätzung nicht, auf welche ärztlichen Berichte und bildgebenden Befunde er sich abstützt. Weiter ist zu berücksichtigen, dass ohnehin keine ausführlichen Berichte über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vorliegen, auf die er sich stützen könnte, zumal die vorhergehenden vertrauensärztlichen Aktenbeurteilungen allesamt sehr summarisch ausgefallen sind, die darin aufgeführten Einschätzungen – welche in Bezug auf den Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit allesamt unterschiedlich ausfallen – jeglicher Begründung entbehren und sich zum Teil auch auf eine lückenhafte Aktenlage stützen.

Der Beschwerdeführerin kann gefolgt werden, wenn sie anführt, dass die Angaben von Dr. G.____ nicht auf einer eingehenden Untersuchung beruhen und nur prognostische Angaben, welche sich auf Erfahrungswerte stützen, enthalten. Zudem ist ihr zuzustimmen, wenn sie ausführt, dass die Angaben zur vollständigen Arbeitsfähigkeit trotz bestehender Restbeschwerden nicht einleuchtend erscheinen. Für die Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab Januar 2020 sowie für das Bestehen von Restbeschwerden bis zum 4. März 2020, welche aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben sollen, wird keine Begründung angeführt. Die Ausführungen von Dr. G.____ sind entsprechend nicht nachvollziehbar.

Soweit die Beschwerdegegnerin geltend macht, dass auf die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse des Hausarztes nicht abgestellt werden könne, weil er die Beschwerdeführerin nach dem 10. Januar 2020 nicht mehr persönlich untersucht habe, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten, da die Taggeldleistungen von der Beschwerdegegnerin bereits per 31. Dezember 2019, also zu einem Zeitpunkt, in dem die Beschwerdeführerin noch regelmässig von Dr. C.____ untersucht wurde, eingestellt wurden. Dennoch ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, dass die Arztzeugnisse allein noch keinen Anspruch auf Taggelder bis Ende April 2020 zu begründen ver-

mögen, enthalten sie doch für die teilweise Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin – im Gegensatz zu den Berichten vom 17. Oktober und 2. Dezember 2019 – keine Ausführungen zum Gesundheitszustand der Versicherten. Zudem wurde gemäss den vorliegenden Akten nach dem 10. Januar 2020 keine persönliche Untersuchung mehr vorgenommen, was die Beweiskraft der Arbeitsunfähigkeitszeugnisse zusätzlich in Frage stellt.

Nicht nachzuvollziehen ist im Weiteren das Vorbringen der Beschwerdegegnerin, dass aus der MRT vom 3. Oktober 2019 deutliche degenerative Veränderungen hervorgehen würden, die vom Hausarzt entgegen seiner Abklärungspflicht nicht näher untersucht worden seien. Die Beschwerdegegnerin verkennt dabei einerseits, dass auf der MRT nur eine leichte Chondrose ersichtlich ist und demnach keine deutlichen degenerativen Veränderungen vorliegen und andererseits, dass die dem Hausarzt unterstellte Abklärungspflicht nicht bei ihm, sondern bei der Versicherung selbst liegt. Trotz dieser Abklärungspflicht hat es die Beschwerdegegnerin auch im Beschwerdeverfahren unterlassen, weitere – umfassendere – Abklärungen des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin in die Wege zu leiten.

Insgesamt ist somit festzuhalten, dass die vorliegenden ärztlichen Berichte, auf die sich die Beschwerdegegnerin stützt, für die streitigen Belange weder umfassend sind, noch auf allseitigen Untersuchungen beruhen. Die Berichte wurden in Unkenntnis der Vorakten erstellt und entbehren in Bezug auf die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation jeglicher Begründung, weswegen auf sie nicht abgestellt werden kann. Die ärztlichen Berichte, auf die sich die Beschwerdeführerin stützt, vermögen aufgrund ihrer mangelhaften Begründung und der fehlenden persönlichen Untersuchungen ab dem 10. Januar 2020 allerdings ebenfalls nicht als Grundlage für einen Anspruch auf Taggeldleistungen bis April 2020 zu dienen.

5.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass vorliegend Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilung sowie an den von der Beschwerdeführerin beigebrachten ärztlichen Berichten bestehen. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 5.3 hiavor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf die vorliegenden Berichte abgestellt werden. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben.

6. Hält man sich die sich aus dem Untersuchungsgrundsatz ergebende Pflicht des Versicherungsträgers, den rechtserheblichen (medizinischen) Sachverhalt vollständig festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG), vor Augen, so müssen die von der Allianz im Verwaltungsverfahren getroffenen Abklärungen letztlich als nicht ausreichend bezeichnet werden. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, die Angelegenheit an die Allianz zurückzuweisen. Diese wird nun weitere Abklärung zur Ermittlung des Gesundheitszustandes und der Dauer der teilweisen Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen haben. Anschliessend wird die Allianz 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 Es bleibt über die Kosten zu befinden. Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das UVG keine grundsätzliche Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende 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. Nach ständiger Praxis des Bundesgerichts ist unter Obsiegen im Streit um eine Leistung in der Sozialversicherung nicht nur das materielle Obsiegen in dem Sinne zu verstehen, dass die Beschwerde führende Person die beantragte Leistung erhält. Vielmehr genügt für den bundesrechtlichen Anspruch auf eine Parteientschädigung auch ein formelles Obsiegen in dem Sinne, dass der Beschwerde führenden Person durch die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Beurteilung alle Rechte im Hinblick auf eine beanspruchte Leistung gewahrt bleiben (ZAK 1987, S. 266 ff.). Nachdem die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, hat diese der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. In der Honorarnote vom 23. Juni 2021 hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Aufwand von 10 Stunden und 55 Minuten geltend gemacht, was angesichts der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden ist. Nicht zu beanstanden sind ferner die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 28.60. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin demnach eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'970.20 (10.917 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 28.60 sowie 7.7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

8. Nach Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 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. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG vom 2. März 2021 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'970.20 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) auszurichten.