



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 16. November 2022 (730 22 132 / 264)

Krankenversicherung

Kollektive Krankentaggeldversicherung nach KVG; Verfahrensgrundsätze; Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes durch den Krankenversicherer

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**_____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Oliver Gloor, Rechtsanwalt, Ankerstrasse 24, 8004 Zürich

gegen

HOTELA Krankenkasse, Rechtsdienst, Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Lorenz Fivian, Rechtsanwalt, ELSIG & FIVIAN Rechtsanwälte, Freiburgstrasse 25, Postfach 73, 3280 Murten

Betreff Leistungen

A. A._____, geboren 1999, arbeitete ab dem 1. Mai 2020 in einem Pensum von 100 % als Commis de Cuisine bei der Hotel B.____ AG. Über ihre Arbeitgeberin war sie bei der HOTELA Krankenkasse (HOTELA) im Rahmen einer kollektiven Taggeldversicherung nach KVG versichert. Am 4. Dezember 2020 meldete die Arbeitgeberin eine Arbeitsunfähigkeit der Versicherten ab 24. November 2020. Nach Abklärung der medizinischen Verhältnisse teilte die HOTELA

A. _____ mit Verfügung vom 31. Januar 2022 mit, dass sie die Ausrichtung von Taggeldleistungen vollumfänglich ablehne. Die Krankentaggeldversicherung diene dem vollen oder teilweisen Ersatz von Verdienstaussfällen infolge Krankheit oder Mutterschaft im Sinne von Art. 3 und 5 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000. Kein Ersatz des Erwerbsausfalles bei Arbeitsunfähigkeit erfolge bei einem Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG, einem Rückfall oder Spätfolgen eines Unfalles im Sinne von Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982, einer Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 UVG und einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne von Art. 9 UVV (heute: Art. 6 Abs. 2 UVG). Da die Arbeitsunfähigkeit auf einen Rückfall oder auf Spätfolgen eines früheren Unfalles zurückzuführen und die Operation diesbezüglich erfolgt sei, werde die Übernahme des Erwerbsersatzes ab 24. November 2020 abgelehnt. Die dagegen von der Versicherten am 18. Februar 2022 erhobene Einsprache wies die HOTELA mit Einspracheentscheid vom 22. März 2022 ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A. _____, vertreten durch Rechtsanwalt Oliver Gloor, mit Eingabe vom 4. Mai 2022 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht. Sie beantragte unter o/e-Kostenfolge die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids und der Verfügung vom 31. Januar 2022 sowie die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, ihr Krankentaggeldleistungen für die Zeit vom 24. November 2020 bis 14. März 2021 nach Ablauf der Wartefrist von 30 Tagen auszurichten, zuzüglich 5 % Zinsen nach Ablauf von 24 Monaten nach Entstehung des Leistungsanspruchs. Eventualiter sei bei einem ausgewiesenen Handchirurgen zur Frage der Ursache der Arbeitsunfähigkeit ein medizinisches Gutachten einzuholen. In prozessualer Hinsicht beantragte sie die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, dem Kantonsgericht das vollständige und akturierte Dossier ins Recht zu legen.

C. Mit Vernehmlassung vom 20. Juni 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt Lorenz Fivian, die Abweisung der Beschwerde.

Der Präsident zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 60 Abs. 1 ATSG kann gegen Verfügungen und Einspracheentscheide eines Sozialversicherungsträgers beim zuständigen Versicherungsgericht innerhalb von 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Da die Beschwerdeführerin ihren Wohnsitz in X. _____ hat, ist die örtliche und gemäss § 54 Abs. 1 lit. d des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 auch die sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts gegeben. Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist deshalb einzutreten.

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. Die Beschwerdeführerin war unbestrittenermassen vom 24. November

2020 bis 28. Februar 2021 zu 100 % und vom 1. März 2021 bis 14. März 2021 zu 70 % arbeitsunfähig. Bei einem versicherten Monatslohn von Fr. 4'300.-- brutto zuzüglich 13. Monatslohn und einem Krankentaggeld von 80 % des versicherten Lohnes ab dem 31. Tag der Arbeitsunfähigkeit liegt der Streitwert zweifellos unter dem Betrag von Fr. 20'000.--, weshalb präsidial über die Beschwerde zu entscheiden ist.

3. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Ausrichtung von Krankentaggeldleistungen zu Recht verweigerte.

4.1 Wer in der Schweiz Wohnsitz hat und das 15., aber noch nicht das 65. Altersjahr zurückgelegt hat, kann gemäss Art. 67 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994 eine Taggeldversicherung abschliessen. Arbeitgebende können eine Taggeldversicherung für sich und ihre Arbeitnehmenden als Kollektivversicherung abschliessen (Art. 67 Abs. 3 lit. a KVG). Wurde ein solcher Versicherungsvertrag abgeschlossen, entsteht ein Anspruch auf Taggeldleistungen gemäss Art. 72 Abs. 2 Satz 1 KVG dann, wenn die versicherte Person mindestens zur Hälfte arbeitsunfähig ist. Den Versicherungen steht es jedoch frei, in ihren Reglementen vorzusehen, dass bereits bei einer Arbeitsunfähigkeit von weniger als 50 % Taggelder ausgerichtet werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. März 2003, K 85/02, E. 3.1 mit Hinweisen).

4.2 Gemäss Ziff. 1.2 des Reglements der Beschwerdegegnerin über die Taggeldversicherung bei Krankheit und Mutterschaft (Ausgabe Januar 2014 [Reglement]) dient die Taggeldversicherung dem vollen oder teilweisen Ersatz von Verdientsausfällen infolge Krankheit oder Mutterschaft im Sinne von Art. 3 und 5 ATSG. Kein Ersatz des Erwerbsausfalles erfolgt laut Ziff. 1.4 des Reglements bei Arbeitsunfähigkeit infolge eines Unfalles im Sinne von Art. 4 ATSG, eines Rückfalles oder Spätfolgen eines Unfalles im Sinne von Art. 11 UVV, einer Berufskrankheit im Sinne von Art. 9 UVG und einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne von Art. 9 UVV (heute: Art. 6 Abs. 2 UVG). Die von der Beschwerdegegnerin in Ziff. 2 des Reglements gewählten Definitionen entsprechen denjenigen von Art. 3-6 ATSG. Die Beschwerdegegnerin richtet sodann gemäss Ziff. 16.1 des Reglements Taggeldleistungen bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 25 % anteilmässig entsprechend dem Grad der Arbeitsunfähigkeit aus.

5.1 In verfahrensrechtlicher Hinsicht ist auf die folgenden Grundsätze hinzuweisen:

5.2 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist somit dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, und zwar richtig und vollständig, so dass gestützt darauf die Verfügung über die jeweils in Frage stehende Leistung ergehen kann (BGE 136 V 376 E. 4.1.1). Es gilt damit der Untersuchungsgrundsatz. Dieser schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des prüfenden Versicherungsträgers ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen die Parteien deshalb in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im

Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b mit Hinweisen).

5.3 Der Versicherungsträger als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Sozialversicherungsgericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Sie haben ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Vielmehr ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste erscheint (Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2008, 8C_317/2008, E. 1 mit weiteren Hinweisen).

5.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Sozialversicherungsgericht 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 alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen sind und danach zu entscheiden ist, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Sozialversicherungsgericht 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.

5.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3a). 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). Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu. An die Beweiswürdigung sind 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 142 V 58 E. 5.1; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 f. E. 4.4 und 4.5). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen darf und soll gemäss

Bundesgericht der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

6.1 Der medizinische Sachverhalt zur Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin präsentiert sich wie folgt:

6.2 Dr. med. C.____, FMH für Allgemeinmedizin, bestätigt gegenüber der Arbeitgeberin mit Schreiben vom 16. November 2020, dass die Operation der Patientin über Krankheit abgerechnet werde (Beilage 4 der Beschwerde).

6.3 Mit Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 25. November 2020 attestiert Dr. med. D.____, Spital E.____, eine Arbeitsunfähigkeit vom 24. November 2020 bis 4. Januar 2021 von 100 % (Beilage 2 der Vernehmlassung). Der Grund für die Krankschreibung kann dem Attest nicht entnommen werden.

6.4 In seinem Bericht vom 15. Dezember 2020 zuhanden der Beschwerdegegnerin führt Dr. C.____ aus, dass die Patientin am 11. August 2020 in der Sprechstunde gewesen sei. Sie habe mitgeteilt, dass sie bereits seit mehreren Wochen zunehmende Schmerzen im linken Handgelenk verspüre. Es habe ihr immer mehr an Kraft gefehlt und sie habe auch leichte Gegenstände nur noch unter starken Schmerzen bewegen können. Der Schmerz strahle bis in den Oberarm und in die Finger aus. Es sei kein neues Trauma "dabei". Klinisch zeige sich eine massive Druckdolenz im Handgelenk links mit auch deutlicher Bewegungseinschränkung. Er habe die Patientin sofort an den Chefarzt der Handchirurgie des Spitals E.____ überwiesen, da eine Vorgeschichte mit einer komplexen Operation im Jahr 2014 bestehe (Beilage 7 der Beschwerde).

6.5 Mit Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 4. Januar 2021 attestiert Dr. med. F.____ vom Spital E.____ infolge Krankheit eine Arbeitsunfähigkeit vom 4. Januar 2021 bis 17. Februar 2021 im Umfang von 100 % (Beilage 3 der Vernehmlassung).

6.6 Im Sprechstundenbericht vom 5. Januar 2021 hält Dr. F.____ als Diagnosen den Status nach diagnostischer Arthroskopie radiocarpal/midcarpal, offene TFCC-Refixation nach Nakamura (2-0 Ethibond, Arthrex Push Lock) vom 24. November 2020 mit/bei Reruptur TFC (Palmer 1B/1D) links bei Status nach offener TFCC-Refixation und SL-Transfixation links vom 3. Juni 2014 bei Status nach Hyperextensionstrauma Handgelenk 2014 mit fovealer Läsion TFCC links (Stadium 1B nach Palmer/Class 3 nach Atzei), kompletter dorsaler SL-Bandruptur (Stadium II nach Garcia-Elias), proximale LT-Bandruptur. Es bestehe ein regelrechter Verlauf im Rahmen der klinischen Verlaufskontrolle sechs Wochen postoperativ (Beilage 6 der Vernehmlassung).

6.7 Mit Arbeitsunfähigkeitszeugnis vom 17. Februar 2021 attestiert Dr. F.____ infolge Unfall vom 17. Februar 2021 bis 28. Februar 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und vom 1. März 2021 bis 14. März 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von 70% (Beilage 4 der Vernehmlassung).

6.8 Dr. med. G.____, Médecin conseil, hält in seiner Aktennotiz vom 4. April 2021 auf Anfrage der Beschwerdegegnerin fest, dass die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit für sechs Monate postoperativ gerechtfertigt sei. Auf die Frage, ob das Leiden auf einen Unfall oder auf eine Krankheit zurückzuführen sei, führt er aus: "En 2014, l'assurée a fait une chute sur le poignet gauche qui a induit une atteinte de la structure cartilagineuse entre l'ulna et les petits os de la main gauche. Elle a bénéficié d'une opération de refixation le 3.06.2014. En 2020, il y a eu une nouvelle rupture de cette zone appelée TFCC, rupture opérée le 24.11.2020. Je pense que nous pouvons affirmer qu'il s'agit d'une suite d'accident". Weiter hält er fest, dass die Prognose gut sei. Ein medizinisches Gutachten sei nicht notwendig (Beilage 7 der Vernehmlassung).

6.9 Mit Schreiben vom 11. November 2021 verweist Dr. C.____ auf die Berichte des Spitals E.____ vom 2. Februar 2020 und vom 18. Mai 2021. Die Patientin sei am 11. August 2020 in die Sprechstunde gekommen. Sie habe über bereits seit mehreren Wochen bestehende Schmerzen im Handgelenk ohne effektives erinnerliches Trauma berichtet. Es habe ihr auch die Kraft (im Handgelenk) gefehlt. Sie habe von einer extrem schweren und intensiven Arbeit in dieser Zeit berichtet. Klinisch sei das Ergebnis der Untersuchung offen gewesen, es habe auch Anzeichen einer Tendovaginitis gegeben. Die Patientin habe jedoch angegeben, dass sie 2014 an diesem Handgelenk Probleme gehabt und operiert habe werden müssen. Seit der Operation seien sechs Jahre vergangen. Auch habe die Patientin erst ein paar Wochen vorher zunehmende Schmerzen erfahren. Ebenfalls sei möglich, dass sich durch das Unihockeyspielen mit immer wieder Zusammenstössen und auch Prellungen insbesondere am Handgelenk ein Unfall ereignet habe, der von der Patientin nicht unmittelbar bemerkt worden sei, der aber zu den Verletzungen im Handgelenk geführt habe. Tatsache sei, dass die Patientin während der letzten sechs Jahre körperlich sehr intensiv habe arbeiten müssen und auch immer wieder schwere Lasten habe heben und tragen müssen. Über viele Jahre sei sie trotz dieser intensiven Arbeiten beschwerdefrei gewesen. Daraus schliesse er ganz klar, dass die Patientin nach dem Ereignis 2014 eine Ausheilung erfahren habe. Erst im Sommer 2020 seien neue Beschwerden aufgetreten. Aus diesem Grund sei es für ihn ganz klar, dass es sich insgesamt um ein neues Problem handle. Auch sei für ihn nicht restlos geklärt, ob die Verletzungen möglicherweise durch einen (neuen) Unfall bedingt gewesen seien (Beilage 5 der Beschwerde).

6.10 Mit Sprechstundenbericht vom 10. Dezember 2021 (Beilage 11 der Vernehmlassung) führt PD Dr. med. H.____, Leitender Arzt der Abteilung Hand- und periphere Nerven Chirurgie des Spitals E.____, aus, dass die Versicherte nach dem Unfall und der Operation 2014 den Vorzustand dokumentiert wieder erreicht habe und im Verlauf nach der Operation beschwerdefrei gewesen sei. Damit habe sie den Status quo ante erreicht. Die neu aufgetretenen Beschwerden vom letzten Jahr seien nach dieser langen Zeit der Beschwerdefreiheit aus medizinischer Sicht nicht auf das damalige Ereignis zurückzuführen, auch wenn kein unmittelbares Unfallereignis

vorgelegen habe. Es sei denkbar, dass die neu aufgetretenen Beschwerden durch eine chronische Belastung des Handgelenks aufgetreten seien.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Einspracheentscheid bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts auf die Aktennotiz von Dr. G.____. Dieser vertrete die Auffassung, dass es sich bei den im Herbst 2020 aufgetretenen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um einen Rückfall oder Spätfolgen des Unfalles im Jahre 2014 handle. Nachdem die Versicherte ihren Hausarzt mit den Schmerzen an der linken Hand konsultiert habe, sei sie mit dem Hinweis, dass sie bereits eine Vorgeschichte mit einer komplexen Operation im Jahre 2014 gehabt habe, direkt an den Spezialisten überwiesen worden. Die Bestätigung von PD Dr. H.____ vom 10. Dezember 2021 könne die Vermutung der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht widerlegen, da sie rückwirkend vom behandelnden Arzt ausgestellt worden sei. Zudem habe es die Versicherte unterlassen abzuklären, ob die im Jahre 2014 vom zuständigen Unfallversicherer anerkannte Leistungspflicht weiterhin bestehe. Diese Abklärung sei gemäss Ziffer 1.4 des Reglements nötig, da kein Ersatz des Erwerbsausfalles bei einem Rückfall oder Spätfolgen eines Unfalles im Sinne von Art. 11 UVV erfolgen könne.

7.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, gestützt auf die Berichte und Stellungnahmen der behandelnden Ärzte sei davon auszugehen, dass die neu aufgetretenen und heute relevanten Beschwerden aus medizinischer Sicht nicht auf das Ereignis aus dem Jahr 2014 zurückzuführen seien. Der Vorzustand quo ante sei seinerzeit erreicht worden und die Beschwerdeführerin sei danach für Jahre beschwerdefrei gewesen. Vor der Operation im November 2020 sei es auch nicht zu einem Trauma gekommen. Stattdessen sei denkbar, dass die Beschwerden auf eine chronische Belastung des Handgelenkes zurückzuführen seien. Sie arbeite in der Patisserie des Restaurants des Hotels B.____, wo die Hände sehr stark gefordert würden. Sie sei weder im Jahr 2014 noch im 2020 auf ihre Hand gefallen. Vielmehr handle es sich um eine häufige Berufskrankheit bei Mitarbeitenden in der Patisserie. Die Auffassung der Beschwerdegegnerin, wonach dem Bericht von PD Dr. H.____ kein Beweiswert zukomme, werde bestritten. Die nicht unterzeichnete Stellungnahme von Dr. G.____ vom 4. April 2021, bei der es sich nur um ein internes Papier handle, sei nicht bei den Akten gelegen. Auch sei die Qualifikation des beratenden Arztes unklar. Gemäss Internetrecherche handle es sich um einen Allgemeinpraktiker, der in den Gebieten der Geriatrie, der medizinischen Hypnose, der psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie tätig sei. Für eine kompetente Beurteilung der Ursache der vorliegenden Arbeitsunfähigkeit fehle ihm das Fachwissen. Darüber hinaus springe ins Auge, dass bereits in der Instruktion von Dr. G.____ davon ausgegangen werde, dass es sich um die Folgen eines früheren Unfalles handle. Die Stellungnahme vom 4. April 2021 enthalte auch keine Begründung der Schlussfolgerung. Sie habe daher keinerlei Beweiswert, sondern stelle eine reine Parteibehauptung dar und könne die übrigen Krankenakten nicht entkräften. Bei PD Dr. H.____ hingegen handle es sich um einen unabhängigen Facharzt, der als leitender Arzt des Spitals E.____ über alle Zweifel erhaben sei. Es handle sich um eine neue Krankheit, für welche die Beschwerdegegnerin gemäss Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG vorleistungspflichtig sei.

7.3 In der Vernehmlassung führt die Beschwerdegegnerin aus, sie gehe gestützt auf die Stellungnahme ihres beratenden Arztes vom 4. April 2021 und aufgrund der im Jahr 2014 zugezogenen Verletzungen und der heute gestellten Diagnosen davon aus, dass es sich bei den neuen Beschwerden um einen Folgeschaden des Unfalles aus dem Jahr 2014 handle. Die Beschwerdeführerin habe den damals zuständigen Unfallversicherer bis heute nicht kontaktiert und keine Leistungen für Rückfälle oder Spätfolgen geltend gemacht. Somit habe der für den im Jahr 2014 erlittene Unfall zuständige Unfallversicherer nicht abklären können, ob eine Kausalität zwischen dem Unfall und den im Jahre 2020 neu aufgetretenen Beschwerden vorliege. Dies sei für die Abgrenzung der Leistungszuständigkeit der Unfallversicherung und der Krankentaggeldversicherung wichtig und müsse gemäss Reglement zwingend abgeklärt werden. Die Beschwerdeführerin mache einen Anspruch auf Krankentaggeld geltend und müsse aufgrund der Mitwirkungspflicht mithelfen, dass die möglicherweise involvierten Versicherungen ihre Abklärungspflicht wahrnehmen. Nicht massgebend sei dabei, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Unfalles aufgrund des Alters über ihre damalige Unfallversicherung mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht für Taggeldleistungen aus Unfall versichert gewesen sei. Dies vermöge, anders als von der Beschwerdeführerin behauptet, keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu begründen. Auch nicht wichtig sei, ob es sich bei den Beschwerden, die auf den früheren Unfall zurückzuführen seien, um Spätfolgen oder einen Rückfall handle. Einzig entscheidend sei, dass der damalige Unfallversicherer prüfe, ob die aktuellen Beschwerden kausal auf den Unfall aus dem Jahr 2014 zurückzuführen seien. Nur durch dessen Prüfung der Kausalitätsfrage werde Ziff. 1.4 des Reglements genügend Rechnung getragen. Eine Vorleistungspflicht könne ausgeschlossen werden, da für die geltend gemachte Leistung nicht zwei Versicherungsträger leistungspflichtig seien.

8.1 Vorliegend ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin für den vollen oder teilweisen Ersatz von Verdienstaufschlägen infolge Krankheit versichert ist. Ebenfalls unbestritten geblieben sind Dauer und Umfang der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit nach der Operation vom 24. November 2020, weshalb davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin vom 24. November 2020 bis 28. Februar 2021 zu 100 % und vom 1. März 2021 bis 14. März 2021 zu 70 % arbeitsunfähig war. Zwischen den Parteien besteht jedoch Uneinigkeit bezüglich der rechtsgenügenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts durch die Beschwerdegegnerin sowie der Frage, ob die am 24. November 2020 operativ behobenen Beschwerden auf eine Krankheit oder einen Unfall zurückzuführen sind.

8.2 Die Beschwerdeführerin bestreitet den Beweiswert der Aktennotiz von Dr. G.____ vom 4. April 2021. Dr. G.____ ist beratender Arzt der Beschwerdegegnerin. Damit wird seine Stellungnahme gleich behandelt wie diejenige eines versicherungsinternen Arztes, weshalb bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit genügen, um weitere medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten (vgl. Erwägung 5.5 hiervor). In Bezug auf die formellen Anforderungen an einen medizinischen Bericht ist zunächst festzustellen, dass Dr. G.____ die Aktennotiz vom 4. April 2021 nicht unterschrieben hat und sein Facharztstitel nicht erkennbar ist. Wünschenswert wäre es, wenn die Beschwerdegegnerin die Facharztstitel ihrer beratenden Ärzte klar offenlegen würde und die Stellungnahmen jeweils persönlich unterschrieben wären. Wie von der Beschwerdeführerin dargelegt, handelt es sich bei Dr. G.____ um einen Allgemeinmediziner mit

Fachgebiet Geriatrie. Er hat damit keine fachärztlichen Kenntnisse in Bezug auf die Handchirurgie. Sowohl die fehlenden fachärztlichen Kenntnisse als auch die nicht unterschriebene Aktennotiz führen aber noch nicht zur Verneinung des Beweiswerts der Einschätzung von Dr. G.____. Sie verleihen ihr aber beschränktes Gewicht. Aus inhaltlicher Sicht ist festzustellen, dass die Formulierung von Dr. G.____ sehr vorsichtig gewählt wurde ("Je pense que nous pouvons affirmer"). Darüber hinaus fehlt es seiner Behauptung an einer vertieften medizinischen Begründung und an der Auseinandersetzung mit anderslautenden medizinischen Einschätzungen. Allein der Hinweis auf den Umstand, dass im Jahr 2020 eine neue Ruptur an der gleichen Stelle erfolgt sei, reicht unter Berücksichtigung aller Aspekte daher nicht aus, um die Frage, ob ein Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin besteht, gestützt auf die Aktennotiz von Dr. G.____ vom 4. April 2021 rechtsgenüglich zu beantworten.

8.3 Aber auch gestützt auf die Ausführungen von PD Dr. H.____ und diejenigen von Dr. C.____ kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht einwandfrei beurteilt werden, ob die Ursache der operativ behobenen Beschwerden an der linken Hand krankheitsbedingt oder unfallbedingt ist. PD Dr. H.____ ist zwar ein ausgewiesener Experte betreffend Handchirurgie und ist seit vielen Jahren leitender Arzt der Abteilung Handchirurgie am Spital E.____. Da er aber behandelnder Arzt ist, gelten auch für ihn spezielle Beweisgrundsätze (vgl. dazu Erwägung 5.5 hiavor). Dr. C.____, auch er behandelnder Arzt der Beschwerdeführerin, stellt sodann eine neue Ursache für die Beschwerden zur Diskussion, indem er es als möglich erachtet, dass es im Jahr 2020 zu einem neuen Unfall gekommen ist. Es liegen damit drei unterschiedliche ärztliche Einschätzungen vor, die allesamt nicht per se von der Hand zu weisen sind. Bei dieser Ausgangslage ist die Einholung eines Gutachtens gemäss Art. 44 ATSG unumgänglich. Anders als von der Beschwerdegegnerin behauptet, ist es nicht die Aufgabe des ehemaligen Unfallversicherers der Beschwerdeführerin, die Ursache der Beschwerden zu prüfen. Geht ein Gesuch bei einem Sozialversicherungsträger ein, hat dieser den Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären (vgl. dazu Erwägung 5.2 hiavor). Mit ihrer Vorgehensweise verletzte die Beschwerdegegnerin damit den Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG.

9.1 Zum jetzigen Zeitpunkt kann somit nicht entschieden werden, welche medizinische Einschätzung überwiegend wahrscheinlich die richtige ist. Es besteht weiterer Abklärungsbedarf in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt, namentlich die Frage der Ursache der im Rahmen der Operation vom 24. November 2020 behobenen Handgelenksbeschwerden und der nachfolgenden Arbeitsunfähigkeit bis März 2021. Dafür sind offensichtlich spezifische fachärztliche Kenntnisse notwendig. Folglich ist die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein versicherungsunabhängiges externes Gutachten veranlasst. Mit der Abklärung ist sodann ein Spezialist bzw. eine Spezialistin für Handchirurgie zu betrauen. Bei diesem Vorgang sind die Mitwirkungsrechte der Beschwerdeführerin gemäss Art. 44 ATSG einzuhalten. Vor Anordnung des Gutachtens kommt ihr der Anspruch zu, sich zur Gutachterperson und zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9). Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wird die Beschwerdeführerin folglich die Möglichkeit haben, dem Experten bzw. der Expertin allfällige Fragen zu unterbreiten.

9.2 Soweit die Beschwerdeführerin in Ziff. 5 der Beschwerde auf die Vorleistungspflicht der Beschwerdegegnerin gemäss Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG hinweist, kann diese Frage unter den gegebenen Umständen offengelassen werden. Auch ohne Vorleistungspflicht ist es Aufgabe der Beschwerdegegnerin, den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären. Sie hätte daher aus eigener Initiative vorgehen müssen und hätte die Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht mit der Begründung abtun dürfen, sie seien nicht belegt. Sie hätte sich die medizinischen Unterlagen, die notwendig sind, um den Leistungsanspruch rechtsgenügend beurteilen zu können, selbst besorgen müssen. Damit ist auch der Hinweis der Beschwerdegegnerin, die Beschwerdeführerin habe die Mitwirkungspflicht verletzt, weil sie die Beschwerden nicht beim Unfallversicherer gemeldet habe, fehl am Platz.

10. Zusammenfassend ist als Ergebnis festzuhalten, dass eine abschliessende Beurteilung der Angelegenheit gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage nicht möglich ist. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. März 2022 ist deshalb aufzuheben und die Angelegenheit ist zur Vervollständigung des medizinischen Sachverhalts im Sinne der vorstehenden Erwägung 9.1 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Anschliessend wird diese gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

11.1 Abschliessend bleibt über die Kosten des Verfahrens zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Einspracheentscheid auf und weist es die Angelegenheit zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an den Versicherungsträger zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und der Versicherungsträger als unterliegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1).

11.2 Nach Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Da das KVG keine Kostenpflicht vorsieht, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

11.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Beschwerdeführerin obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 14. Juli 2022 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9,6 Stunden geltend gemacht. Dieser Aufwand erweist sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die geltend gemachten Auslagen von Fr. 52.90. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'641.75 (9,6 Std. à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 52.90 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

12. 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 wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenenergänzung 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 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, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. März 2022 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von insgesamt Fr. 2'641.75 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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