Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 11. April 2019 (725 18 405 / 97)

Unfallversicherung

Behandlungs- und Pflegeleistungen gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG stellen Dauerleistungen dar. Ihre Einstellung setzt deshalb einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 2 ATSG voraus

Besetzung	Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler
Parteien	**CSS Versicherung AG**, Recht & Compliance, Tribschenstrasse 21, Postfach 2568, 6002 Luzern, Beschwerdeführerin gegen **Helsana Unfall AG**, Recht & Compliance, Postfach, 8081 Zürich, Beschwerdegegnerin
Beigeladene	A.____, vertreten durch Dr. Patrick Somm, Advokat und Notar, Steinenvorstadt 73, Postfach, 4002 Basel
Betreff	Leistungen

A. Die 1968 geborene A.____ arbeitete ursprünglich im B.____ in X.____, wo sie zum grössten Teil ihre Ausbildung zur Heilerzieherin und Heilpädagogin absolvierte. Durch ihren Arbeitgeber war sie bei der Helsana Unfall AG (Helsana) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 21. Januar 1991 wurde A.____ von einer Heimbewohnerin angegriffen und mit voller Wucht mehrmals mit dem Kopf gegen die Wand geschleudert. Für die Verletzungen am Kopf und an der Halswirbelsäule (HWS) erbrachte die Helsana die gesetzlichen Leistungen (Taggelder, Heilbehandlung).

B. Am 3. September 1995 meldete sich die Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft sprach ihr gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 71 % ab 1. Mai 1995 eine ganze Invalidenrente zu. Nach weiteren Abklärungen der gesundheitlichen Verhältnisse gewährte ihr die Helsana mit Verfügung vom 12. Februar 1998 eine Komplementärrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 71 % mit Wirkung ab 1. Januar 1997 und eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 50 %.

C. Am 6. November 2012 teilte die Helsana der Versicherten mit, für welche Heilbehandlungen im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. c des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 sie fortan die Kosten übernehme. Im Jahr 2016 liess die Helsana den aktuellen Gesundheitszustand der Versicherten medizinisch abklären. Mit Verfügung vom 14. Juni 2016 informierte sie die Versicherte, dass ab 31. Dezember 2015 kein Anspruch auf Übernahme der Heilbehandlungskosten mehr bestehe. Dabei verneinte sie auch ihre Leistungspflicht für die am 9. Juni 2015 vorgenommene Explantation des am 15. Juli 2003 eingesetzten Occipitalstimulators. Die gegen diese Verfügung erhobenen Einsprachen der Versicherten und der zuständigen Krankenkasse, die CSS Versicherung AG (CSS), hiess die Helsana mit Entscheid vom 13. Oktober 2016 insoweit gut, als sie die Heilbehandlungskosten für die im Zusammenhang mit der Entfernung des Stimulationssystems übernehme, sofern es sich dabei um Massnahmen handle, welche im Schreiben vom 6. November 2012 umschrieben seien. Im Übrigen wies sie die Einsprachen ab.

D. Gegen diesen Entscheid erhob A.____, vertreten durch Advokat Dr. Patrick Somm, am 28. Oktober 2016 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Mit Urteil vom 9. Februar 2017 hiess das Kantonsgericht die Beschwerde in dem Sinne gut, als es den angefochtenen Einspracheentscheid aufhob und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Helsana zurückwies. Zur Begründung führte es aus, dass die hier strittige Frage, ob und welche Massnahmen die Versicherte zur Erhaltung ihrer Restarbeitsfähigkeit gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG benötige, nicht abschliessend beurteilt werden könne, da keiner der vorliegenden Arztberichte aussagekräftig genug sei, um darauf abzustellen. Das Kantonsgericht wies die Helsana an, als Erstes den Leistungsumfang der mit Entscheid vom 13. Oktober 2016 bzw. der mit Schreiben vom 6. November 2012 zugesprochenen Massnahmen klar zu umschreiben. Weiter sei die Frage, welche Massnahmen die

Versicherte zur Erhaltung ihrer Restarbeitsfähigkeit bedürfe, durch versicherungsexterne Fachpersonen mit den Disziplinen Psychiatrie und Neurologie gutachterlich abzuklären.

E. In der Folge beauftragte die Helsana die Gutachterstelle Zofingen (GUTSO) mit der Begutachtung der Versicherten. Gestützt auf deren Gutachten mit den Disziplinen Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie vom 28. Mai 2018 teilte die Helsana der Versicherten mit Verfügung vom 10. Juli 2018 mit, dass sie die Übernahme der Heilbehandlungen per 31. Dezember 2015 einstelle. Die dagegen erhobene Einsprache der CSS wies die Helsana mit Entscheid vom 13. November 2018 ab.

F. Dagegen reichte die CSS am 17. Dezember 2018 Beschwerde ans Kantonsgericht ein mit dem Antrag, es sei die Helsana in Aufhebung des angefochtenen Entscheids zu verpflichten, der Versicherten für die Folgen des Ereignisses vom 21. Januar 1991 über den 31. Dezember 2015 hinaus die gesetzlichen Leistungen, insbesondere nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG, zu erbringen; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung führte sie aus, dass das Gutachten der GUTSO nicht geeignet sei, die Frage zu beantworten, welcher medizinischen Massnahmen die Versicherte zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit bedürfe. Die Einstellung der Versicherungsleistungen sei deshalb zu Unrecht erfolgt.

G. Mit Verfügung vom 21. Dezember 2018 lud das Kantonsgericht die Versicherte zum Verfahren bei.

H. In ihrer Vernehmlassung vom 1. Februar 2019 schloss die Helsana auf Abweisung der Beschwerde.

I. Die Beigeladene, vertreten durch Advokat Patrick Somm, beantragte am 19. Februar 2019 die Gutheissung der Beschwerde.

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

1.1 Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 UVG auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich der Wohnsitz der beigeladenen Versicherten in Y.____, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Zur Beschwerde berechtigt ist gemäss Art. 59 ATSG nebst der versicherten Person auch, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Die CSS erfüllt diese Voraussetzungen, denn der angefochtene Einspracheentscheid tangiert ihre Leistungspflicht als Krankenversicherer der Beigeladenen. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der CSS vom 17. Dezember 2018 ist demnach einzutreten.

1.3 Die Versicherte selber hat gegen den Einspracheentscheid der Helsana vom 13. November 2018 keine Beschwerde erhoben. Da sie jedoch vom Ausgang des Prozesses mitbetroffen ist, hat sie das Kantonsgericht mit Verfügung vom 21. Dezember 2018 zum vorliegenden Beschwerdeverfahren beigeladen.

2. Im versicherungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen der zuständige Sozialversicherer vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 f. E. 2.1, 125 V 414 E. 1a und b, je mit Hinweisen). Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid der Helsana vom 13. November 2018, in welchem beurteilt wurde, ob die Beigeladene die Anspruchsvoraussetzungen gemäss Art. 21 Abs. lit. c UVG erfüllt. Soweit die Beschwerdeführerin über diese Bestimmung hinausgehende Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung überprüft haben möchte, kann mangels Vorliegens eines Anfechtungsgegenstandes darauf nicht eingetreten werden. Streitgegenstand bildet somit einzig die Frage, ob die Beigeladene über den 31. Dezember 2015 hinaus Anspruch auf Leistungen gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG hat.

3.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des UVG und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG). Vorliegend fand das Unfallereignis am 21. Januar 1991 statt, womit auf den vorliegenden Fall die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Rechtslage zur Anwendung gelangt.

3.2 Gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG werden der versicherten Person nach der Festsetzung der Rente Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Art. 10 - 13 UVG) gewährt, wenn sie zur Erhaltung ihrer verbleibenden Erwerbsfähigkeit dauernd der Behandlung und Pflege bedarf. Diese Bestimmung bezieht sich auf Personen, welche bereits eine Rente beziehen, aber noch erwerbsfähig sind, d.h. einen Invaliditätsgrad zwischen 10 % und weniger als 100 % aufweisen (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2011, 8C_1011/2010, E. 5.4). Vorliegend bezieht die Beigeladene nebst der IV-Rente eine UVG-Komplementärrente. Der Erwerbsunfähigkeitsgrad beträgt dabei 71 %, d.h. es besteht eine Resterwerbsfähigkeit von 29 %. Damit bleibt zu prüfen,

ob die Beigeladene künftig noch dauernd der Behandlung und Pflege bedarf, um ihre verbleibende Resterwerbsfähigkeit zu erhalten.

3.3 Bei der Prüfung von Ansprüchen gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG ist zu beachten, dass entsprechende Behandlungs- und Pflegeleistungen gemäss neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung als Dauerleistungen zu qualifizieren sind. Ihre nachträgliche Aufhebung oder eine wesentliche Anpassung im Leistungsumfang setzt deshalb einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 2 ATSG voraus (BGE 144 V 418 E. 3.4). Gemäss Art. 17 Abs. 2 ATSG wird jede formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat. Diese höchstrichterliche Rechtsprechung ist ab Zeitpunkt der Publikation (hier: 4. Oktober 2018) auf alle hängigen Fälle und somit auch auf den vorliegenden Fall ohne weiteres unmittelbar anwendbar (Urteil des Kantonsgerichts vom 20. September 2008 [720 07 447], E. 7.4.3). Das bedeutet, dass eine Aufhebung der gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG erbrachten Leistungen oder eine Anpassung ihres Umfangs nicht im Zuge voraussetzungsloser Neubeurteilung aufgrund besserer Erkenntnis erfolgen kann, sondern hierfür ein Revisionsgrund vorliegen muss. Zu fragen ist daher nach Änderungen des Sachverhalts, die aus Sicht des Eingliederungsziels (Erhalt der Erwerbsfähigkeit) geeignet sind, Bestand und Umfang der zugesprochenen Heilbehandlung und Pflege anhaltend zu beeinflussen (vgl. auch BGE 135 I 161 E. 4.2 mit Hinweis). Dabei gilt es dies durch entsprechenden revisionsrechtlichen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Leistungszusprache mit jenem anlässlich der Neubeurteilung zu ermitteln (BGE 144 V 418 E. 3.4; vgl. auch UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich/Basel/Genf 2015, zu Art. 17 Rz. 68). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (BGE 138 V 218 E. 6), bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134, 8C_441/2012 E. 3.1.3 mit Hinweis).

3.4.1 Vorliegend legte die Helsana gestützt auf die medizinische Beurteilung ihres Vertrauensarztes, Dr. med. C.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, vom 31. Oktober 2012 in ihrem Schreiben vom 6. November 2012 fest, welche Leistungen sie im Rahmen von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG fortan vergütet. Diese Mitteilung erfolgte in einem formlosen Verfahren im Sinne von Art. 51 Abs. 1 ATSG. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die Helsana der Beigeladenen den im Schreiben vom 6. November 2012 umschriebenen Leistungsumfang der Heilbehandlungen zu Recht formlos eröffnet hat. Diese Frage ist von Bedeutung, weil der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung die letzte rechtskräftige Verfügung bildet, welche auf einer materiellen Prüfung des Leistungsanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruht (BGE 133 V 108).

3.4.2 Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger schriftlich Verfügungen zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können in einem formlosen Verfahren behandelt werden (Art. 51 Abs. 1 ATSG). Die betroffene Person kann diesfalls den Erlass einer Verfügung verlangen (Art. 51 Abs. 2 ATSG). Der bereits vor dem Inkrafttreten des ATSG gültig gewesene, unverändert gebliebene

Art. 124 UVV hält in lit. b fest, dass bei Kürzungen oder Verweigerungen von Versicherungsleistungen eine schriftliche Verfügung zu erlassen ist.

3.4.3 Den Akten zufolge übernahm die Helsana bis zum Schreiben vom 6. November 2012 grundsätzlich die Kosten für Physiotherapien, Massagen, Injektionen, Laboruntersuchungen, Medikamente und ärztliche Kontrollen (vgl. Schreiben vom 24. Januar 2002 und Verfügung vom 30. Mai 2002). Im Einzelnen lehnte sie aber Kostengesuche für Leistungen wie Taxifahrten, Fussreflexzonentherapie sowie gewisse Medikamente ab. In der Mitteilung vom 6. November 2012 beschränkte die Helsana die Vergütung von Medikamenten auf ärztlich verordnete Schmerzmittel (u.a. Jurnista, Palladon) sowie das Benzodiazepin Seresta und das Muskelrela-xans Sirdalud. Weiter limitierte sie die Anzahl der physiotherapeutischen Behandlungen auf eine pro Woche. Kosten für Arztkonsultationen würden nur diejenigen in der Klinik D.____ nach Bedarf und medizinischer Notwendigkeit und für Lidocain-Infusionen nur noch auf schriftliches Gesuch und medizinischer Begründung hin sowie mit Einverständnis des beratenden Arztes bezahlt werden. Heilbehandlungen, welche nicht von diesem Leistungskatalog erfasst seien, müssten beim Unfallversicherer vorgängig schriftlich beantragt werden. Am 4. April 2013 erweiterte sie aufgrund der Empfehlung von Dr. C.____ vom 3. April 2013 den Leistungskatalog, indem sie sich bereit erklärte, auch die Kosten für 1 – 2 Behandlungen mit dem Lokalanästhetikum Naropin und Kenacort (enthält einen entzündungshemmenden, antiallergischen und immunsupressiven Wirkstoff) zu übernehmen. Damit steht fest, dass die Helsana mit Schreiben vom 6. Oktober 2012 die bisher ausgerichteten Versicherungsleistungen gekürzt hat. Dieser Ansicht ist wohl auch die Helsana, spricht sie doch in diesem Schreiben auch von Einschränkungen und Limitierungen. Eine Kürzung von Versicherungsleistungen hat gemäss Art. 124 lit. b UVV jedoch nicht in einem formlosen Verfahren, sondern in Verfügungsform zu erfolgen (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Hat der Versicherer – wie hier die Helsana - die Einschränkung von Leistungen zu Unrecht nicht in Verfügungsform, sondern formlos mitgeteilt, erlangt der Entscheid erst rechtliche Wirksamkeit, wenn die versicherte Person innert einer bestimmten Zeitspanne nicht dagegen interveniert. Die Frist beträgt im Regelfall ein Jahr und kann bei rechtsunkundigen und nicht anwaltlich vertretenen Versicherten unter Umständen auch länger sein (vgl. BGE 134 V 145 E. 5.3.2). Den Akten sind keine Hinweise zu entnehmen, dass die Beigeladene mit dem Schreiben der Helsana vom 6. November 2012 nicht einverstanden war. Dadurch entfaltet die an sich unzulässige formlos vorgenommene Einschränkung der Leistungen gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG per 6. November 2012 trotzdem Wirkung, wie wenn sie in Form einer anfechtbaren Verfügung ergangen wäre. Rund 3 ½ Jahre später stellte die Helsana mit Verfügung vom 14. Juni 2016 ihre Leistungspflicht für Behandlungs- und Pflegekosten gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG per 31. Dezember 2015 ein, weil davon auszugehen sei, dass die Beigeladene zukünftig keine Erwerbstätigkeit mehr ausführen werde. In ihrem Entscheid vom 13. Oktober 2016 hiess die Helsana die Einsprache insofern teilweise gut, als sie feststellte, dass die Beigeladene weiterhin Anspruch auf die Übernahme von Heilbehandlungskosten gemäss Schreiben vom 6. November 2012 habe, sofern sie im Zusammenhang mit der Entfernung des Stimulationssystems am 9. Juni 2015 ständen. Diesen Entscheid hob das Kantonsgericht mit Urteil vom 9. Februar 2017 auf und wies die Sache zur ergänzenden Abklärung an die Helsana zurück. Die Einstellungsverfügung vom 14. Juni 2016 und der Einspracheentscheid vom 13. Oktober 2016 sind somit nicht rechtskräftig geworden. Damit bildet die Mitteilung vom 6. November 2012 die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen

Prüfung des Leistungsanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruht. Sie bildet somit den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Gesundheitszustandes (vgl. Erwägung 3.4.1).

3.5 Als das GUTSO-Gutachten vom 28. Mai 2018 vorlag, verfügte die Helsana erneut die Einstellung der Leistungen gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG per 31. Dezember 2015. Diese Einstellungsverfügung bestätigte sie mit Einspracheentscheid vom 13. November 2018. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine Einstellung der Behandlungs- und Pflegekosten im Sinne von Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Mitteilung vom 6. November 2012 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt des Erlasses des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheids vom 13. November 2018.

4.1 Der Bestand und Umfang der zugesprochenen Heilbehandlungen kann durch eine Veränderung des Gesundheitszustandes anhaltend beeinflusst werden. Es fallen auch erwerbliche Gründe und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Anpassung oder Angewöhnung an die Behinderung für eine bedeutsame Änderung des Behandlungsbedarfs in Betracht (BGE 144 V 418 E. 5.4 und 141 V 9 E. 2.3). Vorliegend ist die Beigeladene seit dem 6. November 2012 weder einer Erwerbstätigkeit nachgegangen noch gibt es Anhaltspunkte, dass sie sich an ihre Schmerzen gewöhnt hat. Es bleibt deshalb zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beigeladenen seit dem 6. November 2012 mit Auswirkungen auf den Behandlungsbedarf wesentlich verändert hat.

4.2. Für die Beurteilung der strittigen Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Beigeladenen bzw. deren Behandlungsbedarf gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG verändert hat, ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss mit den ärztlichen Beurteilungen deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen bzw. des Behandlungsbedarfs geführt haben (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.2 mit Hinweis).

4.3 Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob

die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.4 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Diese im Bereich der Unfallversicherung entwickelten Grundsätze finden für das IV-Verwaltungsverfahren sinngemäss Anwendung (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 9. August 2000, I 437/99 und I 575/99, E. 4b/bb).

5.1 Bei der Festlegung des Leistungsumfangs gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG am 6. November 2012 stützte sich die Helsana auf die Beurteilungen von Dr. C.____ vom 31. Oktober 2012 und 3. April 2013. Dieser ging davon aus, dass die Beigeladene beim Ereignis vom 21. Januar 1991 multiple Kontusionen, eine Commotio cerebri und ein Schleudertrauma der HWS erlitten habe. Seither bestünden chronische Schmerzen am Kopf und am Nacken mit Ausstrahlungen sowie eine posttraumatische Belastungsstörung. Seine Beurteilung beruht auf der damaligen medizinischen Aktenlage (vgl. insbesondere die Berichte von Dr. med. E.____, FMH Praxislabor, vom 9. Februar 1991, 30. April 1991, 25. Januar 1992, 6. und 12. Juni 1992, von Dr. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 17. März 1994, Gutachten der Klinik G.____ vom 19. Juli 1994, Berichte von Dr. med. H.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, Klinik D.____, vom 19. Oktober 2001 und 11. Dezember 2001 sowie von Dr. med. I.____, FMH Anästhesiologie, Klinik D.____, vom 14. August 2008 und vom 7. Juni 2010). Er ging mit den behandelnden Ärzten grundsätzlich davon aus, dass die chronischen Schmerzen am Kopf und Nacken mit Ausstrahlungen sowie die posttraumatische Belastungsstörung unfallkausal seien. Einzig das im Bericht von Dr. I.____ vom 12. Juni 2008 erstmals diagnostizierte Fibromyalgie-Syndrom betrachtete er als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal, da dieses erst nach dem Unfallereignis entstanden sei. Die von ihm als leistungspflichtige bezeichnete Behandlungsmassnahmen basieren desgleichen auf Berichten der behandelnden Ärzte der Beigeladenen. So ist den Akten zu entnehmen, dass Dr. H.____ und Dr.

I.____ das Muskelrelaxans Sirdalud und das Benzodiazepin Lexotanil zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes der Beigeladenen sowie Physiotherapie wegen HWS-Blockierungen verordneten (vgl. Berichte vom 7. September 1999, 8. August 2000, 27. November 2000, 12. Dezember 2006 und 12. Juni 2008). Dabei erachtete Dr. I.____ gemäss Bericht vom 3. Mai 2012 eine physiotherapeutische Behandlung in der Woche bei stabilem Gesundheitszustand als genügend. Gegen die Schmerzen verschrieb er ihr die starken Schmerzmittel Jurnista und Palladon und bei Bedarf leichtere Schmerzmittel (vgl. Berichte vom 18. Mai 2009, 7. Juni 2010 und 3. Mai 2012). Am 19. Juli 2012 teilte er sodann mit, dass die Beigeladene aufgrund einer akuten Exazerbation der Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich im Juni 2012 fünf Lidocain-Infusionen erhalten habe. Mit Hilfe dieser Therapie hätten die Schmerzen auf ein erträgliches Mass reduziert werden können. Gestützt auf den Bericht von Dr. I.____ vom 15. März 2013 kam Dr. C.____ zum Schluss, dass aufgrund der Facettengelenksschmerzen an der HWS auch die Medikamente Naropin und Kenacort in den Leistungskatalog aufzunehmen seien (vgl. Stellungnahme vom 3. April 2013).

5.2 Der Einstellungsverfügung vom 10. Juli 2018 bzw. dem Einspracheentscheid vom 13. November 2018 liegen folgende ärztliche Berichte zugrunde: In dem im Auftrag der IV-Stelle erstellten polydisziplinären Gutachten des Begutachtungszentrum Baselland (BEGAZ) vom 24. April 2013 sind als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein posttraumatisches chronisches zervikogenes Schmerzsyndrom bei Status nach zervikozephalem Trauma am 20. November 1991 (recte: 21. Januar 1991), bei zervikozephalem Schmerzsyndrom und Zervikobrachialgie rechts, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine posttraumatische, mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung aufgeführt. Nach wie vor bestände ein namhaftes posttraumatisches, zervikozephales Schmerzsyndrom mit unberechenbar auftretenden intermittierenden Exazerbationen, welches multimodale Schmerzbehandlungen erfordere. Dazu käme die psychiatrische, insbesondere die mittelschwere neuropsychologische Problematik, welche die Leistungsfähigkeit der Beigeladenen quantitativ und qualitativ einschränke. Aufgrund der chronifizierten Kopf- und Nackenschmerzen, teilweise auch Armschmerzen, leide sie an Schlafstörungen, welche Tagesmüdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit und verminderte Belastbarkeit nach sich zögen. Aus gesamtmedizinischer Sicht habe sich der Umfang der Arbeitsfähigkeit von 30 % nicht verändert.

5.3 Vom 16. Oktober 2013 bis 2. November 2013 hielt sich die Beigeladene aufgrund heftiger Kopfschmerzen und einer mittelgradigen depressiven Episode stationär in der Klinik D.____ auf (vgl. Berichte vom 20. Juni 2013). Dem Bericht vom 11. November 2013 sind als Diagnose eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig leichtgradiger Episode, Insomnie, mittelgradiger neuropsychologischer Störung nach leichtem Schädelhirntraum sowie Status nach posttraumatischer Belastungsstörung und beidseitiger intermittierender Occipitalisneuralgie zu entnehmen. In psychischer Hinsicht ständen im Rahmen einer leichtgradigen depressiven Symptomatik Müdigkeit, Erschöpfung und Schlafstörungen im Vordergrund. In somatischer Hinsicht bestehe ein chronisches zervikozephales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts posttraumatischer Genese mit rechtsseitiger Bewegungseinschränkung der HWS und Muskelhartspann im Bereich der Nacken- und Schultermuskulatur. Im Verlauf des Aufenthalts hätten die depressive Grundstimmung, der

Schlaf und das Schmerzempfinden mit der Dosiserhöhung des Antidepressivums Valdoxan verbessert werden können.

5.4 Ein weiterer stationärer Aufenthalt erfolgte vom 9. Juni bis 12. Juni 2015 im Spital J.____, als der Beigeladenen das Stimulationssystem aufgrund einer Fehlfunktion entfernt wurde (vgl. Berichte vom 10. Juni 2015 und vom 12. Juni 2015).

5.5 Am 27. Januar 2016 berichtete Dr. med. K.____, FMH Neuraltherapie, Klinik D.____, dass sich die Beigeladene seit Ende 2013 regelmässig in ihrer neuraltherapeutischen Behandlung befinde. Dabei würden Injektionen am Nervus occipitalis major rechts, an schmerzhaften Strukturen, an verspannten Muskeln sowie an übergeordneten Ganglien und am Nervenplexus durchgeführt. Begleitend fänden Gespräche im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung statt. Der Gesundheitszustand der Beigeladenen habe sich insofern verbessert, als seither deutlich seltener invasive Massnahmen zur Schmerzreduktion durchgeführt werden müssten. Nach wie vor komme es jedoch immer wieder zu Schmerzverstärkungen. Es bestehe nach wie vor ein hoher Schmerzlevel. Es sei auffällig, dass in Phasen von erträglichen Schmerzen die Panikattacken und die Flashbacks bezüglich des Traumas zunähmen. Sie erachte deshalb eine begleitende psychologische Behandlung als indiziert. Medikamentös kämen nach wie vor angstlösende antidepressive Medikamente (Valdoxan) zum Einsatz. Auf unverändertem hohem Level befinde sich die Opiattherapie mit Jurnista und Dronabinol sowie weiteren Schmerzmitteln.

5.6 Am 19. April 2016 nahm Prof. Dr. med. L.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Auftrag der Helsana Stellung zur medizinischen Aktenlage. Er wies darauf hin, dass die therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft seien und diese nicht mehr eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beigeladenen herbeiführen könnten. Weitere Behandlungen seien deshalb nutzlos.

5.7 Gestützt auf das Urteil des Kantonsgerichts vom 9. Februar 2017 beauftragte die Helsana die GUTSO mit einer Begutachtung der Beigeladenen. Im Auftrag vom 21. Juli 2017 wies die Helsana die GUTSO darauf hin, dass einzig der Anspruch der Beigeladenen auf Leistungen nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG gutachterlich abzuklären sei. Der dem Gutachterauftrag beigelegte Fragekatalog beschränkte sich daher auf die Frage, ob die versicherte Person zur Erhaltung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit dauernd ärztlicher Behandlung und Pflege bedürfe und wenn ja, welche und in welchen Intervallen. Die Beigeladene wurde sodann in rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Hinsicht begutachtet. In ihrem Gutachten vom 28. Mai 2018 nannten die Gutachter als Diagnosen einen Status nach Unfall vom 21. Januar 1991 mit leichter traumatischer Hirnverletzung, inzwischen folgenlos ausgeheilt und möglicher/wahrscheinlicher HWS-Distorsion, spätestens im Sommer 1994 ausgeheilt, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein chronisches zervikovertebrales und zervikozephales Schmerzsyndrom, rezidivierend seit 1988 mit intermittierenden Brachalgien, diskreter Fehlstatik bei vorbestehender leichter rechtskonvexer Skoliose sowie Status nach Einsetzen, Wechsel und Explantation des Stimulators, einen Status nach psychogenen nicht-epileptischen Anfällen in Kindheit und Jugend, einen Schmerzmittelabusus, einen Status nach Metallentfernung der Me-

tatarsale II und III und Osteotomie des Grossezehengrundgelenks sowie Resektion der Schwellung an der Innenfläche des Grosszehengrundgelenks. In ihrer Beurteilung wiesen die Experten als Erstes darauf hin, dass die Kausalität zwischen dem Unfallereignis und den geklagten Beschwerden bei der Beurteilung der Frage, welcher ärztlichen Behandlung und Pflege die Beigeladene zur Erhaltung der Restarbeitsfähigkeit bedürfe, nicht ausser Acht gelassen werden könne. In der Folge setzten sie sich ausführlich mit den Beurteilungen der Vorgutachter auseinander und kamen zum Schluss, dass die geklagten Beeinträchtigungen – entgegen der Ansicht der behandelnden Ärzte - nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall im Januar 1991 zurückgeführt werden könnten. Den langjährigen Beschwerden der Beigeladenen lägen keine organisch-strukturelle Pathologien zugrunde. Auch der Krankheitsverlauf spreche gegen das Vorliegen von unfallkausalen gesundheitlichen Störungen. Die Frage der Helsana, ob ein Bedarf an ärztlicher Behandlung und Pflege zur Erhaltung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit bestehe, verneinten die Gutachter. Zur Begründung führten sie an, dass die Beigeladene auf eine Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit von 30 % im Sommer 2010 verzichtet habe. Sie bedürfe folglich keiner ärztlichen Behandlung und Pflege zur Erhaltung oder allfälligen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit mehr. Gestützt auf das Gutachten der GUTSO stellte die Helsana mit Verfügung vom 10. Juli 2018 die Behandlungs- und Pflegekosten per 31. Dezember 2015 ein und bestätigte ihren Standpunkt in ihrem Entscheid vom 13. November 2018.

6.1.1 Dieser vorinstanzlichen Auffassung kann nicht beigepflichtet werden. Im Rahmen der Prüfung des Vorliegens eines Revisionsgrundes im Sinne von Art. 17 Abs. 2 ATSG gilt es aufzuzeigen, ob und aus welchen konkreten Gründen sich der Gesundheitszustand der Beigeladenen bzw. der Behandlungsbedarf seit der Mitteilung vom 6. November 2012 verändert hat. Mit dieser Frage setzten sich die GUTSO-Gutachter nicht auseinander. Stattdessen überprüften sie die Einschätzungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen. Sie kamen zum Schluss, dass nicht alle bisher gestellten Diagnosen bestätigt werden könnten. Zu beanstanden sei insbesondere, dass dem Vorzustand der Beigeladenen keine Rechnung getragen worden sei und den geklagten Beschwerden keine organisch-strukturellen Pathologien zugrunde lägen, welche mit dem Unfallereignis noch in Zusammenhang ständen. Auch die Beschwerdeentwicklung nach dem Ereignis spreche eindeutig gegen das Vorliegen eines unfallbedingten Gesundheitsschadens. So habe die Beigeladene beim Unfall vom 21. Januar 1991 – entgegen der Ansicht der behandelnden Ärzte – keine Contusio cerebri erlitten. Auch das Vorliegen einer HWS-Distorsion stellte das Gutachterteam aus heutiger Sicht in Frage. Die Nacken- und Kopfschmerzen seien zwar auf ein Zervikalsyndrom zurückzuführen; dieses beruhe jedoch auf einen Vorzustand, welcher unfallfremd sei. Bei den in den Vorakten beschriebenen Anfällen handle es sich nicht um eine Epilepsie, sondern wahrscheinlich um dissoziative Krampfanfälle. Die Dia-gnose einer Fibromyalgie könne aus rheumatologischer Sicht nicht bestätigt werden. Die Beigeladene zeige auch keine mittelschweren Funktionsstörungen auf. Es sei davon auszugehen, dass die psychiatrischen Fachpersonen in ihrer Einschätzung durch die im Raum stehende Diagnose einer traumatischen Hirnverletzung fehlgeleitet worden seien. Eine wesentliche psychische Störung liege nicht vor. Eine depressive Störung unklaren Ausmasses könnte bestanden haben; diese sei jedoch abgeklungen, ansonsten eine antidepressive Medikamentenbehandlung hätte eingeleitet werden müssen. Die aus psychiatrischer Sicht gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei in den Akten gut belegt,

sie sei aber nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 21. Januar 1991 zurückzuführen. Aus ihren Erkenntnissen folgerten die GUTSO-Gutachter, dass die behandelnden Ärzte aufgrund teilweise unzutreffender Diagnosen nicht das richtige Behandlungskonzept gewählt hätten.

6.1.2 Die von den früheren ärztlichen Beurteilungen abweichende Einschätzung der GUTSO-Gutachter wäre im vorliegenden revisionsrechtlichen Verfahren nur beachtlich, wenn sich der Gesundheitszustand der Beigeladenen seit 6. November 2012 verändert hätte (BGE 137 V 253 E. 3.4.2.3, Urteil des Bundesgerichts vom 12. Dezember 2012, 8C_549/2012, E. 2.3). Eine solche Veränderung ist jedoch dem Gutachten der GUTSO nicht zu entnehmen, weshalb kein Revisionsgrund vorliegt. Desgleichen geht aus der Auseinandersetzung mit der aktuellen Medikation, den Infusionen sowie der Neural- und Physiotherapie ab Seite 71 des Gutachtens nicht hervor, aufgrund welcher Veränderungen sie die aktuellen Massnahmen nicht mehr oder in veränderter Form empfehlen. Sie stellen lediglich fest, dass die eingenommenen Medikamente zu keiner wesentlichen Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Beigeladenen geführt hätten. Auch hinsichtlich der Neuraltherapie zweifeln sie daran, dass diese zu einer anhaltenden Verbesserung der Schmerzsituation beitrage. In dieser Hinsicht ist darauf hinzuweisen, dass für den Leistungsanspruch nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nicht die Verbesserung des Gesundheitszustandes, sondern die Erhaltung der Restarbeitsfähigkeit massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2018, 8C_50/2018, E. 2.3). Aus dem gleichen Grund kann im Übrigen auch nicht auf die vertrauensärztliche Einschätzung von Prof. Dr. L.____ vom 19. April 2016 abgestellt werden, welcher keinen Behandlungsbedarf mehr sah, da nicht zu erwarten sei, dass therapeutischen Massnahmen den Gesundheitszustand der Beigeladenen verbesserten. Auch die übrigen Ausführungen der GUTSO-Experten zu den Behandlungsmassnahmen sind für den vorliegenden Fall nicht stichhaltig.

6.2 Dem Gericht ist es bewusst, dass sich die Helsana gestützt auf das Urteil vom 9. Februar 2017 nicht veranlasst sah, das GUTSO im Gutachtensauftrag auf die revisionsrechtliche Fragen hinzuweisen. Dies ist damit zu erklären, dass der hier massgebende BGE 144 V 418 erst im Oktober 2018, also nach Gutachtenserstellung, publiziert wurde (vgl. Erwägung 3.3). Aber selbst wenn der vorliegende Fall nicht nach revisionsrechtlichen Gesichtspunkten zu beurteilen wäre, überzeugen die gutachterlichen Ausführungen zur Frage, ob und welche Massnahmen zur Erhaltung der verbleibenden Erwerbsfähigkeit notwendig sind, nicht. Ihre Feststellung, dass die Beigeladene keiner Behandlung und Pflege mehr für die Erhaltung oder eine allfällige Erhöhung der Arbeitsfähigkeit mehr bedürfe, weil sie ihre Restarbeitsfähigkeit seit Sommer 2010 nicht mehr verwerten möchte, ist aus rechtlicher Sicht unbeachtlich. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs nach Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nicht von Bedeutung, ob die versicherte Person ihre Restarbeitsfähigkeit effektiv verwertet (Urteil des Bundesgerichts vom 20. Juli 2018, 8C_50/2018, E. 2.3 mit Hinweis auf KASPAR GEHRING, in: Kommentar KVG/UVG, Kieser/Gehring/Bollinger [Hrsg.], Zürich 2018, Rz. 7 zu Art. 21 UVG). Damit kann ein Leistungsanspruch gestützt auf Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG nicht mit der Begründung abgelehnt werden, die versicherte Person beabsichtige nicht, eine Erwerbstätigkeit im Rahmen ihrer Restarbeitsfähigkeit auszuüben.

6.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine anspruchserhebliche Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse bzw. des Behandlungsbedarfs der Beigeladenen in tatsächlicher Hinsicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Eine Einstellung der Rentenleistungen unter dem Titel der Revision erweist sich mithin als unzulässig. Demzufolge muss es beim bisherigen Rechtszustand sein Bewenden haben (vgl. Erwägung 3.3). Der vorinstanzliche Einspracheentscheid ist bei diesem Ergebnis aufzuheben und die Helsana zu verpflichten, der Beigeladenen über den 31. Dezember 2015 hinaus weiterhin die gesetzlichen Pflegeleistungen und Kostenvergütungen gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zu erbringen. Dabei ist es der Helsana unbenommen, die Behandlungsleistungen mit Bezug auf das Behandlungsziel auch ohne Vorliegen eines Revisionsgrundes im Sinne einer wesentlichen Veränderung der gesundheitlichen Situation laufend auf ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (Art. 10 Abs. 1 und 54 UVG) zu überprüfen. Die vorliegende Beschwerde der CSS ist in diesem Sinne gutzuheissen.

7.1 Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden. Gestützt auf Art. 61 lit. a ATSG ist das vorliegende Verfahren kostenlos. Der ganz oder teilweise obsiegenden Partei ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 21 Abs. 1 VPO für den Beizug eines Anwalts bzw. einer Anwältin eine angemessene Parteientschädigung zulasten der Gegenpartei zuzusprechen. Diesem Ausgang entsprechend ist der Beigeladenen deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Helsana zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beigeladenen hat in seiner Honorarnote vom 1. März 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 7,75 Stunden geltend gemacht. Darin befinden sich 7 kleinere Bemühungen im Umfang von insgesamt 0,82 Stunden, welche auf den Kontakt des Rechtsvertreters mit der Rechtsschutzversicherung der Beigeladenen zurückzuführen sind. Solche Bemühungen würden im Falle einer nicht rechtsschutzversicherten Person nicht anfallen und müssen daher unberücksichtigt bleiben. Diese Bemühungen sind deshalb in Abzug zu bringen. Der verbleibende Aufwand von 6,93 Stunden erweist sich angesichts der sich stellenden Rechtsfragen als angemessen. Seine 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 in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 53.50. Der Beigeladenen ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'923.50 (6,93 Stunden à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 53.50 zuzüglich 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Helsana zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde der CSS wird, soweit darauf eingetreten werden kann, in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 13. November 2018 aufgehoben und die Helsana Unfall AG verpflichtet wird, der Beigeladenen über den 31. Dezember 2015 hinaus weiterhin die gesetzlichen Pflegeleistungen und Kostenvergütungen gemäss Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG zu erbringen.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Helsana Unfall AG hat der Beigeladenen eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'923.50 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwert-steuer) auszurichten.