

BL_GERICHTE 725 2025 42 vom 18. Dezember 2025

BL Gerichte, 2025-12-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_725_2025_42

FR: BL_GERICHTE 725 2025 42 du 18 décembre 2025

IT: BL_GERICHTE 725 2025 42 del 18 dicembre 2025

Regeste

Leistungseinstellung zufolge angeblichen Erreichens des Satus quo sine

Erwägungen

E. 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 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 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 dieser in D.____ (BL), 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. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 3. Februar 2025 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt war, ihre gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls vom 16. Januar 2024 zu Recht in Bezug auf die Taggelder per 16. Februar 2024 und in Bezug auf die Kosten der Heilbehandlung per 16. Juli 2024 einzustellen.

E. 3

Gemäss 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. Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). 4.1

Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungsverfahren und der Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 144 V 427 E. 3.2). Massnahmen zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts müssen vorgenommen oder veranlasst werden, wenn dazu auf Grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht. Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juni 2021, 9C_146/2021, E. 3.4 mit Hinweis). Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat die rechtsanwendende Behörde ihren Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Verwaltung und Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen).

4.2 Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum - auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden - Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte oder vorweg genommene Beweiswürdigung). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (BGE 151 V 258 E. 4.4 mit zahlreichen Hinweisen).

4.3 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Bei einander widersprechenden medizinischen Berichten darf das Gericht den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). 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 mit Hinweis).

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 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. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 am Ende, mit Hinweis). 5.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt (unter anderem) voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 147 V 161 E. 3.2 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; vgl. dazu auch E. 4.1 hiervor). 5.2 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu E. 4.1 hiervor) nachgewiesen sein. Da es sich um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen).

E. 6

Die medizinischen Akten des vorliegenden Falls präsentieren sich wie folgt:

E. 6.1

Im Zeugnis des erstbehandelnden Arztes Dr. C.____ vom 22. Januar 2024 wurden die Diagnosen eines HWS-Distorsionstraumas Grad 2 und einer Commotio Cerebri Grad 1 erhoben. Erwähnt wird auch, dass die Patientin weitere Verkehrsunfälle im Herbst 2022 und im Jahr 2003 erlitten habe. Zum aktuellen Ereignis führte Dr. C.____ aus, die Patientin habe

ihm geschildert, dass sie nach der Kollision das Auto um die Ecke abgestellt und mit der Unfallverursacherin die Daten ausgetauscht habe. Danach sei sie direkt zur Arbeit gefahren. Im Büro seien dann starkes Zittern, Übelkeit, Kopfschmerzen und ein steifer Nacken im Verlauf von ca. einer Stunde aufgetreten. Anlässlich der Erstbehandlung vom 18. Januar 2024 hätten frontale Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Rückenschmerzen, eine Nackensteifigkeit und ein Druck auf den Ohren bestanden.

E. 6.2

Am 23. Januar 2024 führte Dr. med. E.____, Radiologie F.____ AG, bei der Versicherten ein MRT des Neurokraniums und der HWS nativ durch. Laut seiner Beurteilung konnten im Bereich des Neurokraniums keine Hinweise auf traumabedingte Verletzungsfolgen, insbesondere keine Parenchymdefekte, keine postkontusionellen Gliosezonen und keine Blutungsresiduen festgestellt werden. Im Bereich der HWS habe sich keine wesentliche Befundänderung gegenüber einem MRI vom 24. April 2022 gezeigt. Auch seien keine klaren Zeichen einer traumabedingten Verletzungsfolge vorhanden. Festhalten lasse sich eine stationär initiale Chondrose bei HWK 5/6 ohne Kompromittierung neuraler Strukturen.

E. 6.3

In einem weiteren Bericht vom 1. Februar 2024 hielt Dr. C.____ fest, dass die Patientin nach einem Auffahrunfall vom 16. Januar 2024 über massive Beschwerden eines HWS-Beschleunigungstraumas mit insbesondere starken invalidisierenden Kopfschmerzen, Lichtempfindlichkeit, Übelkeit, Gangunsicherheit und starker Konzentrationsstörung klage. Sodann verwies er wiederum darauf, dass die Patientin bereits im Herbst 2022 und im Jahr 2003 Autounfälle erlitten habe, bei denen es zu ähnlichen Symptomen gekommen sei. Im Weiteren listete Dr. C.____ in diesem Bericht verschiedene, auch nicht mit dem aktuellen Unfall zusammenhängende Diagnosen auf.

E. 6.4

Die Allianz ersuchte ihren beratenden Arzt Dr. med. G.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, um Beurteilung der Frage, ob die von der Versicherten beklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem vorliegenden Unfallereignis stünden. In seinem Antwortschreiben vom 4. Februar 2024 wies Dr. G.____ darauf hin, dass er keinen HWS-Dokumentationsbogen gesehen habe. Der Hausarzt beschreibe die Befunde aber detailliert. Die Energie des Ereignisses sei nicht gut abschätzbar, er brauche eine ungefähre Einschätzung davon. Gegebenenfalls sollte eine Delta V-Berechnung veranlasst werden und zudem sollten die Unterlagen des Traumas vom Herbst 2022 angefordert werden. In einem zweiten, nach der Zustellung weiterer Unterlagen verfassten Bericht vom 6. Februar 2024 führte Dr. G.____ sodann aus, dass ihm der Bericht des Neurologen nicht helfe, die Energie des Ereignisses abzuschätzen. Was die im Bericht des Hausarztes erwähnten Panikattacken betreffe, sei fraglich, ob diese unfallkausal seien. Sollte dies geltend gemacht werden, müsste dies vom beratenden Arzt der Psychiatrie beurteilt werden. Beim protrahierten Verlauf müssten, da offenbar drei HWS-Distorsionen stattgefunden hätten, die Unterlagen der früheren Unfälle beigezogen und der Fall dann auf "Level Fachspezialist (Neurologie oder Rheumatologie, je nach Beschwerden)" beurteilt werden.

E. 6.5

Dr. med. H.____, Neurologie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 8. Februar 2024 bei der Versicherten persistierende Beschwerden bei Status nach kraniozervikalem

Beschleunigungstrauma ohne fokale neurologische Ausfälle und ohne Hinweise auf eine unfallbedingte Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems in der aktuellen Untersuchung. Im Rahmen der Anamneseerhebung habe die Versicherte über Schwindel und Übelkeit nach dem Unfall sowie über Spannungen und Verkrampfungen im ganzen Körper berichtet. Im Verlauf seien noch Einschlaf- und Durchschlafstörungen, verschwommenes Sehen, Lichtüberempfindlichkeit, Nackensteife, Konzentrationsprobleme, schnelle Ermüdbarkeit, verminderte Belastbarkeit und Reizüberflutung in Situationen mit vielen Menschen dazugekommen. Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Übelkeit und ungerichteter Schwankschwindel mit Gleichgewichtsproblemen würden bis heute unverändert anhalten. Immer wieder trete auch ein Pfeifen im rechten Ohr auf. In seiner Beurteilung hielt Dr. H.____ sodann fest, dass sich in der klinischen neurologischen Untersuchung keine fokalen Ausfälle und keine Hinweise auf eine unfallbedingte Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems finden würden. Im Ruhe-Wach-EEG hätten sich keine pathologischen Auffälligkeiten, jedoch deutliche Hinweise auf eine starke Anspannung und gleichzeitig eine Müdigkeit der Patientin ergeben. In der MRT-Untersuchung vom 23. Januar 2024 hätten sich keine relevanten pathologischen Auffälligkeiten und keine Hinweise auf Traumafolgen gezeigt.

E. 6.6

Laut der von Dr. C.____ am 7. Februar 2024 erstellten Übersicht über die Krankengeschichte habe die Patientin am 1. Februar 2024 über eine massive Licht- und Geräuschempfindlichkeit, Schwindel, Gangunsicherheiten und starke Konzentrationsstörungen geklagt. Anlässlich dieses Gesprächs habe sie sich affektlabil, erstmals weinend, "maximal am Boden zerstört" und mit Angst vor der Zukunft gezeigt.

E. 6.7

Die Allianz unterbreitete daraufhin die Akten ihrem beratenden Arzt Dr. med. I.____, Neurologie FMH, und bat ihn um Beurteilung der Frage, ob die von der Versicherten geltend gemachte Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Ereignisses vom 16. Januar 2024 sei. In seiner stichwortartig verfassten Antwort vom 14. Februar 2024 bejahte der genannte Arzt die Unfallkausalität in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit für die Dauer von drei Wochen und in Bezug auf die Heilbehandlung für den Zeitraum von vier Monaten. Auf die weitere Frage nach dem Vorliegen von unfallfremden Faktoren erwähnte er die Diagnose "Depression und Angst gemischt". Das Ereignis vom 16. Januar 2024 habe aber nicht zu einer vorübergehenden oder zu einer richtunggebenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren geführt. Den Bezug von weiteren Unterlagen erachte er nicht für nötig. Im Sinne einer Schlussbemerkung hielt Dr. I.____ sodann fest, dass nach vier Monaten ein Endzustand bezüglich der unfallkausalen Beschwerden angenommen werden sollte.

E. 6.8

Im Bericht des Spitals J.____ vom 11. März 2024 wurde als Hauptdiagnose ein cervicovertebrales Schmerzsyndrom beidseits, rechts betont, nach rezidivierendem HWS-Beschleunigungstrauma nach Auffahrunfall am 16. Januar 2024 erhoben. Es bestehe ein hoher Leidensdruck mit Konzentrationsstörungen und Lichtempfindlichkeit. Der Versicherten seien die Anbindung an die Schwindelprechstunde und die Wiederaufnahme der Physiotherapie empfohlen worden.

E. 6.9

Die untersuchende Ärztin der Rehaklinik K.____ hielt bei der Versicherten im "Ambulanzbericht" vom 17. April 2024 als Hauptdiagnose ebenfalls einen Status nach erneutem HWS-Beschleunigungstrauma und Schädelhirntrauma nach Auffahrunfall am 16. Januar 2024 fest. Die aktuellen Beschwerden der Patientin würden den organischen Korrelaten entsprechen, insgesamt zeige sich jedoch ein ungünstiger Verlauf mit Chronifizierungstendenz auf der Basis der vorbestehenden unfallbedingten Nackenschmerzen. Der Versicherten seien eine stationäre neurologische Rehabilitation, eine Schwindelbehandlung, eine Kräftigung der gesamten Rumpfmuskulatur sowie das Erlernen von Copingstrategien im Umgang mit Schmerzen zu ermöglichen.

E. 6.10

Im "Definitiven Austrittsbericht" der Rehaklinik K.____ vom 6. Juni 2024 über den vom 10. Mai 2024 bis 6. Juni 2024 erfolgten stationären Aufenthalt der Versicherten wurden als Hauptdiagnosen ein Status nach erneutem HWS-Beschleunigungstrauma und Schädelhirntrauma nach Auffahrunfall am 16. Januar 2024, ein Status nach HWS-Beschleunigungstrauma im Herbst 2022, eine Whiplash-Injury 2003 und ein migräniformer Kopfschmerz erhoben. Als Nebendiagnosen wurden unter anderem rezidivierende depressive Episoden erwähnt. Der Bericht enthält im Weiteren eine Auflistung der bekannten Symptome und die Hinweise, dass die Versicherte depressive Zustände von früher kenne, und dass sie unter Sorgen bezüglich der weiteren Genesung und der beruflichen Zukunft gelitten habe.

E. 6.11

Mitte Juli 2024 legte die Allianz die Akten nochmals ihrem beratenden Arzt Dr. I.____ vor, wobei sie ihn wiederum hauptsächlich um Beurteilung der Frage ersuchte, ob die von der Versicherten geltend gemachte Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Ereignisses vom 16. Januar 2024 sei. In seinem Bericht vom 18. Juli 2024 wies Dr. I.____ darauf hin, dass das kurz nach dem Unfall durchgeführte MRT keine Hinweise auf traumabedingte Verletzungsfolgen gezeigt habe. Ebenso habe die anschließende neurologische Untersuchung durch Dr. H.____ keine Hinweise auf eine unfallbedingte Läsion des zentralen oder des peripheren Nervensystems ergeben. Entgegen der Aussage im Bericht der Rehaklinik K.____ könne hier auch nicht von einem Schädel-Hirn-Trauma gesprochen werden. Hingegen seien die Beschwerden nach dem Ereignis durchaus vereinbar mit einem HWS-Distorsionstrauma. Zu den Fragen, die ihm die Allianz unterbreitete, hielt Dr. I.____ sodann fest, dass die gesundheitliche Schädigung in der Initialphase Folge des Ereignisses vom Januar 2024 sei. Dabei müssten jedoch die konkurrierenden gesundheitlichen Probleme und Beschwerden der Versicherten miteinbezogen werden. Starke Beschwerden während einiger Tage müssten als durchaus normal angesehen werden. Im natürlichen Verlauf würden sich die Beschwerden jedoch bessern und nach drei bis vier Wochen sei, auch wenn gewisse Beschwerden persistieren würden, nur noch eine minime funktionelle Einschränkung zu sehen. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100% sei für die ersten 14 Tage und eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit für weitere 14 Tage ausgewiesen. Eine Arbeitsunfähigkeit, die über diesen Zeitraum hinausgehe, sei nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt. Festzuhalten sei in diesem Zusammenhang, dass keine strukturellen Läsionen vorliegen würden und die neurologische Untersuchung keine pathologischen Befunde zu Tage gefördert habe. Rein unfallbedingt sei keine über die Dauer von vier Wochen hinausgehende Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Als vorbestehend seien bei der

Versicherten Migräne-Kopfschmerzen und daneben auch HWS-Beschwerden und rezidivierende depressive Verstimmungen beschrieben. Das Ereignis habe zu einer vorübergehenden Verschlechterung geführt. Die Beschwerden könnten noch bis zu sechs Monaten andauern. Spätestens dann seien die Nackenbeschwerden nicht mehr überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt. Der Status quo sine sei sechs Monate nach dem Unfall erreicht. Die Einholung weiterer Unterlagen sei nicht nötig.

E. 6.12

In den IV-Akten findet sich schliesslich noch eine Beurteilung von Dr. med. L.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, welche diese am 4. März 2024 als beratende Ärztin für die M.____ AG, den Krankentaggeldversicherer der Beschwerdeführerin, verfasst hatte. Darin hielt die genannte Ärztin fest, sie gehe einig mit der Beurteilung der Allianz, dass sich die Versicherte keine unfallkausale strukturelle Läsion zugezogen habe. Trotzdem liege hier eine HWS-Distorsion vor. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass die unfallkausalen Beschwerden innerhalb von vier Wochen komplett abgeklungen seien. Bei einer HWS-Distorsion, insbesondere bei dokumentierten früheren HWS-Distorsionen, sei von einer "Heilungszeit" von mindestens drei, eher sechs Monaten zu rechnen. Die Ablehnung der Allianz sei deutlich zu früh erfolgt und so nicht zu akzeptieren. Die M.____ AG erhob daraufhin Einsprache gegen die von der Allianz am 13. März 2024 verfügte Einstellung der Taggeldleistungen. Sie zog diese in der Folge jedoch weder zurück, allerdings mit dem Hinweis, dass dies nicht bedeute, dass man mit der Verfügung einverstanden sei; man verzichte lediglich auf die Ergreifung eines Rechtsmittels. 7.1 Im Hinblick auf die beweisrechtliche Würdigung der geschilderten medizinischen Unterlagen ist im Sinne einer Vorbemerkung festzuhalten, dass es nicht per se nachvollziehbar ist, dass die Allianz eine vollständige Arbeitsfähigkeit der Versicherten ab Mitte Februar 2024 bejaht und gleichzeitig weitere Behandlungen als notwendig erachtet. Eine solche "Zweiteilung" ist zwar zulässig, wenn aber weiterhin behandlungsbedürftige Beschwerden vorliegen, sollte die vollständige Arbeitsfähigkeit jedoch entsprechend klar erstellt sein. Nicht ohne Weiteres erklärbar ist sodann auch, dass die Allianz zwar die Behandlungsbedürftigkeit bis Mitte Juli 2024 anerkennt, der vom 10. Mai 2024 bis 6. Juni 2024 absolvierte stationäre Reha-Aufenthalt aber, soweit ersichtlich, nicht von ihr, sondern vom Krankenversicherer der Beschwerdeführerin bezahlt wurde. 7.2 Die Allianz stütze sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Dr. I.____. Unter Hinweis auf dessen Kurzbeurteilung vom 14. Februar 2024 stellte sie in einer ersten Verfügung vom 13. März 2024 ihre Taggeldleistungen per 16. Februar 2024 ein und gestützt auf dessen Bericht vom 18. Juli 2024 ordnete sie in einer zweiten Verfügung vom 8. August 2024 die Einstellung der "Versicherungsleistungen" - und somit auch der Kosten der Heilbehandlung - per 16. Juli 2024 an. Diese beiden Verfügungen schützte die Vorinstanz im vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2024 vollumfänglich. Entgegen der Auffassung der Allianz kann nun aber den genannten Beurteilungen von Dr. I.____ im vorliegenden Beschwerdeverfahren keine ausschlaggebende Beweiskraft beigemessen werden. Bei der beweisrechtlichen Würdigung seiner Einschätzungen ist vorab daran zu erinnern, dass Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen - wie bereits weiter oben festgehalten (vgl. E. 4.4 hiavor) - nicht derselbe Beweiswert zukommt 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 145 V 97 E. 8.5 am Ende, mit Hinweis). Solche Zweifel liegen hier in verschiedener Hinsicht vor. 7.3 So begründete Dr. I. ____ in der ersten, lediglich stichwortartig verfassten Kurzbeurteilung vom 14. Februar 2024 seine Einschätzungen in keiner Weise, was deren Nachvollziehbarkeit verunmöglicht. Von Interesse wäre insbesondere, wie er zur Auffassung gelangte, dass bei der Versicherten bereits vier Wochen nach dem Ereignis - trotz weiterhin bestehender und von ihm ausdrücklich anerkannter Behandlungsbedürftigkeit - wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit vorgelegen haben soll. Im zweiten, ausführlicher ausgefallenen Bericht vom 18. Juli 2024 äusserte sich Dr. I. ____ zwar zu einzelnen Feststellungen in den ihm unterbreiteten Berichten. So wies er darauf hin, dass das kurz nach dem Unfall durchgeführte MRT keine Hinweise auf traumabedingte Verletzungsfolgen gezeigt habe. Ebenso habe die anschliessende neurologische Untersuchung durch Dr. H. ____ keine Hinweise auf eine unfallbedingte Läsion des zentralen oder des peripheren Nervensystems ergeben. Zum Bericht der Rehaklinik K. ____ vom 17. April 2024 nahm er dahingehend Stellung, dass nicht von einem Schädelhirntrauma gesprochen werden könne, höchstens von einer Contusio capitis. Die initialen Beschwerden seien aber durchaus vereinbar mit einem HWS-Distorsionstrauma. Die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit und der weiteren Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten nahm Dr. I. ____ nun allerdings nicht anhand einer weitergehenden, vertiefteren Würdigung der betreffenden Arztberichte vor, er stützte seine Einschätzungen in den beiden Berichten vielmehr hauptsächlich auf sogenannte Erfahrungswerte. Dadurch unterliess er es aber, sich im erforderlichen Masse mit den konkreten Umständen des vorliegenden (Einzel-) Falles zu befassen. Entsprechend ging er nicht auf die persistierenden, in den Berichten der Rehaklinik K. ____ dokumentierten Beschwerden der Versicherten ein. Ebenso wenig diskutierte er, ob und wie sich die im Herbst 2022 erlittene HWS-Distorsion oder der von ihm erwähnte krankhafte Vorzustand auf die Folgen des neuen Ereignisses vom Januar 2024 auswirkten. Gerade bei einer durch HWS-Distorsionen vorbelasteten Versicherten wäre eine Erörterung dieser Aspekte nicht nur von Interesse, sondern angezeigt gewesen. In Anbetracht all dieser Mängel kann bei der Beurteilung des massgebenden medizinischen Sachverhalts klarerweise nicht auf die Einschätzungen des beratenden Arztes Dr. I. ____ abgestellt werden. 8.1 Nach dem Gesagten bieten die Berichte von Dr. I. ____ - entgegen der Auffassung der Allianz - keine zuverlässige Grundlage, um den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt des vorliegenden Falles zu beurteilen. Insbesondere lassen sich mit ihnen die massgebenden Fragen, ob und in welchem Zeitpunkt vom Erreichen des Status quo sine und vom Wiedererlangen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden kann, nicht abschliessend beantworten. Indem die Vorinstanz den Sachverhalt unvollständig erhob, muss sie sich eine Verletzung des ihr obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG; vgl. E. 4.1 hiervor) vorwerfen lassen. Die Angelegenheit ist deshalb zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die Allianz zurückzuweisen. In diesem Zusammenhang ist noch folgender Aspekt zu beachten: Das IV-Dossier der Versicherten enthält den Hinweis, dass diese Ende Juli 2024 eine neue Arbeitsstelle antreten konnte (Einwand vom 16. September 2024, IV-act. 73). Näheres dazu lässt sich den Akten nicht entnehmen. So ist nicht ersichtlich, ob es sich dabei um einen Arbeitsversuch oder um einen eigentlichen Stellenantritt handelte und ob die Anstellung im Rahmen eines Voll- oder eines Teilzeitpensums erfolgte. Da diese Punkte Auswirkungen auf den Umfang und die Dauer

einer allfälligen Leistungspflicht haben können, wird die Allianz nicht nur weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen, sondern auch diesen Aspekten des Sachverhalts nachzugehen haben. Gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung wird die Beschwerdegegnerin anschliessend über den Umfang und die Dauer ihrer Leistungspflicht für die Folgen des Ereignisses vom 16. Januar 2024 neu zu befinden haben. 8.2 Somit ist als Ergebnis festzuhalten, dass die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen ist, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2024 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Allianz zurückzuweisen ist. 9.1 Gemäss § 20 Abs. 2 VPO ist das kantonsgerichtliche Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen vorbehaltlich des hier nicht zu beachtenden Abs. 2 bis für die Parteien kostenlos. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. 9.2 Beim Entscheid über die Verlegung der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und Entscheidung (mit noch offenem Ausgang) für die Frage der Auferlegung der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen der Beschwerde führenden Person, unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE 137 V 210 E. 7.1 mit Hinweisen). Dieser Grundsatz gilt ausdrücklich auch für das kantonale Beschwerdeverfahren (Urteil des Bundesgerichts vom 23. August 2023, 9C_379/2022, E. 4.2; BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2 mit Hinweisen). 9.3 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. Mit Verfügung vom 5. Juni 2025 forderte das Kantonsgericht den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin auf, innert unerstreckbarer Frist bis 20. Juni 2025 seine detaillierte Honorarnote nach Zeitaufwand einzureichen. Gleichzeitig wurde der Rechtsvertreter darauf hingewiesen, dass das Honorar nach Ermessen festgesetzt werde, falls bis zum genannten Termin keine Honorarnote eingehen sollte. In der Folge liess der Rechtsvertreter dem Kantonsgericht keine Kostennote zukommen, sodass das Honorar ankündigungsgemäss nach Ermessen festzusetzen ist. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren ging es im Wesentlichen um die Frage, ob die Allianz den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt vor Erlass des Einspracheentscheids ausreichend abgeklärt hatte. In Anbetracht dieser begrenzten Thematik und des eher geringen Umfangs der zu berücksichtigenden Akten hatte der Rechtsvertreter hier in zeitlicher Hinsicht weniger Aufwand zu leisten als in einer sonstigen, durchschnittlichen UVG-Leistungstreitigkeit. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, das Honorar des Rechtsvertreters auf der Basis eines Zeitaufwands von insgesamt fünf Stunden festzusetzen. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1'351.25 (5 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich 8,1 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. 10.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlichrechtlichen 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 öffentlichrechtlichen 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).

10.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlichrechtlichen 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.

10.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Regelung der (Kosten- und) Entschädigungsfolgen in einem Rückweisungsentscheid ebenfalls einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 BGG darstellt. Ein derartiger Zwischenentscheid verursacht keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG), weil der Kostenentscheid im Anschluss an den aufgrund des Rückweisungsentscheids neu ergehenden Endentscheid in der Sache angefochten werden kann (Art. 93 Abs. 3 BGG). Wird die von der unteren Instanz aufgrund des Rückweisungsentscheids erlassene neue Verfügung in der Sache nicht mehr angefochten, kann direkt im Anschluss an diese neue Verfügung die Kostenregelung im Rückweisungsentscheid innert der Beschwerdefrist von Art. 100 BGG beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 142 V 551 E. 3.2 mit Hinweisen). Demgemäss

wird e r k a n n t : //: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG vom 18. Dezember 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG 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. 1'351.25 (inkl. 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.