

FR_GERICHTE 605 2023 105 vom 18. April 2024

FR Kantonsgericht, 2024-04-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2023_105

FR: FR_GERICHTE 605 2023 105 du 18 avril 2024

IT: FR_GERICHTE 605 2023 105 del 18 aprile 2024

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerden vom 15. Juni 2023 gegen den Einspracheentscheid der Helsana vom 15. Mai 2023 ist fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Die Beschwerde vom 16. Juni 2023 ist form- und fristgerecht beim Verwaltungsgericht Bern eingereicht worden, welches diese an die zuständige Beschwerdeinstanz überwiesen hat. Die Beschwerdeführerinnen haben ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob die Helsana zu Recht ihre Leistungspflicht ab dem 1. Juli 2020 verneint hat. Auf die Beschwerden ist einzutreten.

E. 2

Gemäss Art. 42 Abs. 1 Bst. b des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1991 (VRG; SGF 150.1) kann die Behörde aus wichtigen Gründen den gleichen Gegenstand betreffende Eingaben in einem einzigen Verfahren vereinigen. Einen wichtigen Grund stellt namentlich die Prozessökonomie dar. Die Voraussetzungen für eine Verfahrensvereinigung der Verfahren 605 2023 105 sowie 605 2023 111 sind vorliegend erfüllt. Beiden Beschwerden liegt derselbe Sachverhalt zu Grunde, es stellen sich die gleichen Rechtsfragen und die Rechtsmittel betreffen den gleichen Einspracheentscheid der Helsana vom 15. Mai 2023, weshalb es sich rechtfertigt, die beiden Verfahren zu vereinigen und in einem einzigen Urteil zu erledigen (BGE 128 V 124 E. 1 mit Hinweisen).

E. 3.1

Nach Art. 6 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt.

E. 3.2

Als Berufskrankheiten gelten gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG Krankheiten (Art. 3 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1], das hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 UVG zur Anwendung kommt), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind (Satz 1). Diese Stoffe und Arbeiten sowie die arbeitsbedingten Erkrankungen sind in Anhang 1 Ziff. 1 und

2 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) abschliessend aufgezählt (TRAUB, in Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, Art. 9 N 5). Gemäss Anhang 1 Ziff. 2 Bst. b UVV gelten als Erkrankung i. S. v. Art. 9 Abs. 1 Kantonsgericht KG Seite 4 von 14 UVG u. a. Infektionskrankheiten bei Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen. Eine "vorwiegende" Verursachung von Krankheiten durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten ist nur gegeben, wenn diese mehr wiegen als alle anderen mitbeteiligten Ursachen, mithin im gesamten Ursachenspektrum mehr als 50 % ausmachen. Liegt eine Berufskrankheit vor, so wird für ihre weiteren Folgen nur der gewöhnliche, adäquate Kausalzusammenhang gefordert (Urteil BGer 8C_474/2010 vom 29. Juli 2010 E. 2.2 f. mit Hinweis auf BGE 133 V 421 E. 4.1). Gemäss der Empfehlung Nr. 1/2003 der Ad-Hoc-Kommission Schaden UVG (in der Fassung nach der Revision vom 23. Dezember 2020) können UVG-Leistungen für eine Berufskrankheit geschuldet sein, wenn sich eine Erkrankung medizinisch eindeutig einer der in Anhang 1 Ziff. 2 Bst. b UVV erwähnten Gruppen von arbeitsbedingten Erkrankungen zuordnen lässt (wie z. B. das schwere akute respiratorische Syndrom SARS oder Covid-19 den Infektionskrankheiten) und die für diese Gruppe von Erkrankungen zusätzlichen Voraussetzungen erfüllt sind wie z. B. bei Infektionskrankheiten Arbeiten in Spitälern, Laboratorien, Versuchsanstalten und dergleichen. Bei Infektionskrankheiten, die von Mensch zu Mensch übertragen werden, besteht das entscheidende Merkmal der berufsbedingten Exposition darin, dass die konkrete Tätigkeit Arbeiten mit infizierten Patienten (Spitäler) oder Arbeiten mit einer stark infizierten/infizierenden oder kontaminierten Umgebung (Laboratorien/Versuchsanstalten) bedingt bzw. umfasst. Deshalb ist das versicherte Gesundheits- und Pflegepersonal der ambulanten und stationären Einrichtungen sowie der Pflegeeinrichtungen dem Spitalpersonal gleichgestellt, soweit es einem spezifischen beruflichen Expositionsrisiko ausgesetzt ist, indem es direkt infizierte Patienten wegen der Infektion in diesen Einrichtungen behandelt und pflegt. Empfehlungen der ad-hoc-Kommission Schaden UVG stellen zwar keine Weisungen an die Durchführungsorgane der obligatorischen Unfallversicherung dar und sind insbesondere für die Gerichte nicht verbindlich. Sie sind jedoch geeignet, eine rechtsgleiche Praxis sicherzustellen (BGE 147 V 35 E. 5.1.3; BGE 138 V 140 E. 5.3.6).

E. 3.3

Der Unfallversicherer haftet für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht. Das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges ist eine Tatfrage und muss daher mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden (Urteil BGer 8C_408/2019 vom 26. August 2019 E. 3.1 f. mit Hinweisen). Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende

natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, die Beweislast liegt hierfür beim Unfallversicherer. Dieser muss nicht den Nachweis unfallfremder Ursachen erbringen. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil BGer 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 2 mit Hinweisen). Kantonsgericht KG Seite 5 von 14

E. 3.4

Die Versicherungsleistungen werden nach Art. 11 UVV auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen). Der Unfallversicherer kann bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil BGer 8C_85/2021 vom 23. Juli 2021 E. 3.2 mit Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil BGer 8C_859/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.2 mit Hinweis).

E. 3.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; 112 V 160 E. 1c). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc). Dies gilt auch für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil BGer

9C_337/2017 vom 27. Oktober 2017 E. 3.3.6 mit Hinweisen). Ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten sind nicht an sich unzulässig, wenn es um die ärztliche Beurteilung der natürlichen Kausalität bei einem an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt und lückenlosen Befund geht. So erweist sich eine klinische Untersuchung nicht als notwendig, wenn ein komplettes Dossier inklusive Berichte zu bildgebenden Untersuchungen vorliegt und sich einzig die Frage nach der natürlichen Kausalität zwischen den Gesundheitsbeschwerden und dem Unfall stellt (Urteil BGer 8C_265/2019 vom 3. September 2019 E. 6.2 sowie Urteil BGer 8C_108/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.4.1, je mit Hinweis). Auch unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte besteht kein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung. Eine solche ist indessen aber anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4). Kantonsgericht KG Seite 6 von 14

E. 4

Es ist streitig, ob die Helsana auch ab dem 1. Juli 2020 leistungspflichtig ist.

E. 4.1.1

Die Beschwerdeführerin 1 bringt vor, sämtliche Voraussetzungen für die Diagnose Long-Covid der Weltgesundheitsorganisation WHO seien erfüllt. So sei eine Covid-Infektion nachgewiesen, zeitlich nachfolgend seien die für die Infektion typische Symptome wie Müdigkeit, Kurzatmigkeit und kognitive Funktionsstörungen aufgetreten (wobei ein zeitlicher Unterbruch von rund drei Monaten üblich sei) und diese Symptome würden seit mindestens zwei Monaten anhalten und die Symptome könnten nicht durch eine andere Diagnose erklärt werden. Zudem sei die Diagnose von Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie der F._____, des G._____, sowie Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie des I._____, das über eine spezialisierte Long-Covid Fachabteilung verfüge, bestätigt worden. Nicht gefolgt werden könne den Berichten der Suva-Ärztin. Die anfängliche Meinung, nur schwere Covid-Erkrankungen könnten zu Long-Covid führen, sei inzwischen überholt. Ebenso sei nicht relevant, dass eine zeitliche Lücke zwischen der Erkrankung und dem Rückfall vorgelegen habe, da dies gerade ein Merkmal der Krankheit sei. Zudem sei sie weder eine Neurologin noch eine Infektiologin und sie verfüge nicht über ein Fachwissen zu Covid bzw. Long-Covid. Die Covid-Infektion sei von der Helsana als Berufskrankheit qualifiziert und anerkannt worden. Entsprechend sei die Long-Covid-Erkrankung als Rückfall und ebenfalls als Berufskrankheit zu werten.

E. 4.1.2

Die Beschwerdeführerin 2 ihrerseits bringt vor, die Beschwerdeführerin 1 sei nach der Ansteckung mit Covid nie ohne Symptome gewesen. Damit handle es sich nicht um einen Rückfall, sondern weiterhin um den Grundfall. Deshalb sei es an der Helsana zu beweisen, dass die ab dem 1. Juli 2020 weiterhin bestehenden Beschwerden nicht mehr überwiegend wahrscheinlich mit der Covid-Infektion in Zusammenhang stehen würden, was ihr nicht gelinge. Die Berichte der Suva-Ärztin, auf die sich die Helsana abstütze, würden sich widersprechen. Ferner sei die Helsana den Empfehlungen der Suva-Ärztin und somit ihren Untersuchungspflichten nicht nachgekommen.

E. 4.2

Zunächst ist zu prüfen, ob es sich bei den ab Juli 2020 geltend gemachten Beschwerden um einen Rückfall handelt, wovon die Beschwerdeführerin 1 ausgeht, oder ob es sich dabei weiterhin um den Grundfall handelt, wie es Ansicht der Beschwerdeführerin 2 ist. Gemäss der Unfallmeldung vom 18. Juni 2020 (UV-Akten S. 1) erkrankte die Beschwerdeführerin 1 während der Pflege von Heimbewohnern an Covid-19. Als Schadensdatum wurde der 28. März 2020 angegeben. Der Corona-Test vom 1. April 2020 (UV-Akten S. 5) fiel positiv aus. Dem Bericht der Hausärztin Dr. med. J. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin vom 17. Mai 2021 (UV-Akten S. 38) ist zu entnehmen, dass anlässlich einer Telefonkonsultation am 27. März 2020 die Beschwerdeführerin 1 mitteilte, sie habe seit dem 17. März 2020 Fieber mit maximal 38° bis Mittwoch 18. März 2020 sowie Reizhusten und persistierend einen schweren Kopf. Gemäss Guidelines sei kein Test empfohlen gewesen. Nach Rücksprache mit Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Pflegeheimverantwortlicher), sei der Test nicht empfohlen und die Patientin solle zu Hause bleiben, bis die Symptome abgeklungen seien. Gegenüber Dr. med. L. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin der gleichen Praxis wie die Hausärztin, gab sie am 30. März 2020 per Telefon an, sie habe persistierende Gliederschmerzen, intermittierende Kantsgericht KG Seite 7 von 14 leichte bis mittelmässige Kopfschmerzen, Schlappeheit und könne so nicht arbeiten. Der trockene Husten sei insgesamt rückläufig, es bestehe keine Atemnot. Dafalgan 500 mg (1-0-1) zeige guten Effekt. Am 31. März 2020 meldete sie, sie benötige einen Test für die Arbeitgeberin. Im Pflegeheim seien Heimbewohner und Kolleginnen positiv getestet worden. Am 1. April 2020 informierte sie über den positiven Test. Anlässlich einer letzten Telefonkonsultation vom 9. April 2021 (wohl 2020) gab sie an, es würden keine Symptome mehr bestehen. Dr. med. K. _____ erklärte am 20. Mai 2021 (UV-Akten S. 24), er habe die Patientin am 31. März 2020 einmalig gesehen. Sie habe Husten und Fieber seit einer Woche sowie Hals- und Gliederschmerzen gehabt. Der Covid-Verdacht habe sich bestätigt. Die Beschwerdeführerin 1 meldete der Helsana am 31. August 2020 (UV-Akten S. 11), sie sei seit Ende Juni wieder krank. Sie habe viele Symptome und es werde jetzt ein EKG gemacht. Dem Bericht der M. _____ des G. _____ vom 9. September 2020 (UV-Akten S. 97 ff.) betreffend die Konsultation vom 3. August 2020 ist zu entnehmen, sie habe im März 2020 Covid gehabt mit Fieber, Müdigkeit, Anosmie, Schwindel sowie Kopfschmerzen mit gutem Ansprechen auf Paracetamol. Ab dem 27. Juni 2020 seien biokzipitoparietale pulsierende Kopfschmerzen aufgetreten, begleitet von Herzrasen und Kurzatmigkeit, Drehschwindel und Gangunsicherheit, Wärmegefühl im Kopf und Gefühl von verstopften Ohren. Seit Ende Juni bestehe auch eine reduzierte Belastbarkeit beim Sport (Kurzatmigkeit, reduzierte bilaterale Kraft). Weiter berichtete die N. _____ des G. _____ am 1. März 2021 (UV-Akten S. 57 ff.), die Beschwerdeführerin 1 habe sich schnell von den initialen Symptomen erholt. Jedoch sei es drei Monate später im Juli 2020 zu einem erneuten Leistungsknick gekommen. Im Bericht der U. _____ des G. _____ vom 29. März 2021 (UV-Akten S. 50 ff.) hielten die Ärzte fest, sie sei zu Beginn anlässlich der Covid-Infektion im März 2020 vier Wochen krank gewesen und habe im Juni/Juli 2020 nochmals eine Krankheitsepisode gehabt. Die Beschwerden würden kommen und gehen und seien seit Juli 2020 immer vorhanden. Aus den dargestellten Unterlagen ergibt sich, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die initiale Covid-Infektion mild verlaufen ist und die Beschwerdeführerin 1 bereits ab anfangs April 2020, wie sie es explizit gegenüber ihrer Hausärztin erklärte, keine Symptome mehr hatte und auch wieder Sport machte. Erst Ende Juni/anfangs Juli traten erneut Symptome auf.

So machten Dr. med. L. _____ und Dr. med. J. _____ im Erstbericht vom 29. Juni 2020 (nachgereicht) erst ab dem 6. Juli 2020 wieder eine Arbeitsunfähigkeit geltend und gaben an, die Beschwerdeführerin 1 habe rezidivierende Spannungskopfschmerzen sowie fluktuierende Ganz- körperschmerzen bei psychosozialer Belastung bei einem Status nach Covid-Infektion im März 2020. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin 1 gemäss dem Bericht zum MRI Schädel vom 17. Juli 2020 (nachgereicht) seit Jahren an chronisch intermittierenden Kopfschmerzen leidet. Die Helsana ging damit zu Recht von einem Rückfall aus, womit es an den Beschwerdeführerinnen ist, zu beweisen, dass die Beschwerden ab Ende Juni/anfangs Juli 2020 in einem kausalen Zusammenhang zur Covid-Infektion von März 2020 stehen. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin 1 gegenüber Dr. med. H. _____ anlässlich einer Konsultation vom 16. August 2022 (vgl. Bericht vom 23. August 2022; UV-Akten S. 173 ff.) angab, nach der Ansteckung sei sie 14 Tage zu Hause geblieben, im Anschluss habe sie Ferien resp. frei gehabt und sie habe ihre Arbeit im Mai 2020 wieder zu 50% aufgenommen und sich dabei recht gut gefühlt bis auf eine ungewöhnliche Fatigue und mit der Wiederaufnahme der Arbeit hätte sie dann gemerkt, dass ihr Allgemeinzustand sich zunehmend verschlechtert habe und sie habe in den nächsten Wochen viele Symptome entwickelt, ändert daran nichts. Gemäss der Beweismaxime, wonach die sogenannten spontanen "Aussagen der ersten Stunde" in der Regel unbefangener und zuverlässiger sind als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen beeinflusst sein können, kommt, falls die versicherte Person ihre Darstellung im Lauf der Zeit wechselt, den Angaben, die sie kurz nach dem Unfall gemacht hat, meistens grösseres Gewicht zu, als jenen, die sie nach einer Ablehnungsverfügung des Versicherers getan hat (Urteil BGer 8C_358/2016 vom 28. September 2016 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 121 V 45). Dies hat auch hier zu gelten. So ist den dargestellten Berichten jeweils zu entnehmen, dass zumindest vom Mitte April bis Ende Juni von einer symptomfreien Zeit auszugehen ist. Erst gegenüber Dr. med. H. _____ gab sie im August 2022 und damit nach der leistungsablehnenden Verfügung der Helsana vom 26. Juli 2022 (UV-Akten S. 157 f.) an, sie habe im Mai noch Symptome gehabt. In diesem Sinne sind auch die Angaben im D. _____ vom 15. November 2023 (nachgereicht) zu sehen. So gab sie gegenüber dem Internisten an, sie sei nach der Akuterkrankung im März 2020 zunächst fünf bis sechs Monate arbeitsunfähig gewesen und sei dann mit 20% eingestiegen, was nicht den dargestellten Akten entspricht. Gegenüber dem Infektiologen erklärte sie wiederum, nach den Ferien sei sie wieder im üblichen Pensum bei der Arbeit eingestiegen. Weiter fortbestanden hätten aber eine ausgeprägte Müdigkeit sowie ausgeprägte Kniegelenksschmerzen, wobei sie vorher nie explizit auf letztere hingewiesen hatte.

E. 5

Als nächstes ist zu prüfen, ob den Beschwerdeführerinnen der Beweis gelingt, dass die ab Ende Juni/anfangs Juli aufgetretenen Beschwerden im Zusammenhang mit der unbestrittenen Covid- Infektion von März 2020 stehen.

E. 5.1

Wie dargestellt, ist die Beschwerdeführerin 1 der Ansicht, es sei ein Long-Covid diagnostiziert worden, das mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang mit der ursprünglichen Covid-Infektion stehe. Die Helsana ihrerseits vertritt die Meinung, die Long-Covid Diagnose liege nicht mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit vor, sondern diese sei nur möglich.

E. 5.2

Gemäss den Angaben auf der Internetseite des Bundesamtes für Gesundheit BAG spricht die WHO von einer Post-Covid Erkrankung, wenn drei Monate nach einer bestätigten oder wahrscheinlichen Ansteckung mit dem Coronavirus Symptome bestehen, diese seit mindestens zwei Monaten andauern und diese nicht durch eine andere Diagnose erklärt werden können. Die Beschwerden können seit einer akuten Covid-Erkrankung bestehen oder nach einer anfänglichen Genesung neu auftreten. Sie können unterschiedlich stark sein und sich über die Zeit verändern oder wiederkehren (vgl.

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/post-covid-19-erkrankung/informationen-post-covid-19-erkrankung.html>, besucht am 18. April 2024). Es ist unbestritten, dass drei Monate nach der ursprünglichen Covid-Infektion Symptome aufgetreten sind, die mehr als zwei Monate gedauert haben. Streitig ist aber, ob es dabei um ein Long-/Post-Covid handelt oder ob diese Beschwerden durch eine andere Diagnose erklärt werden können.

E. 5.3

Dr. med. O. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, erwähnte am 24. August 2020 (nachgereicht), der Befund sei grundsätzlich normal, mit Ausnahme der inadäquaten Sinus Tachykardie. Einen Zusammenhang mit der durchgemachten Covid-Infektion könne nicht ausgeschlossen werden. Im vorerwähnten Bericht des G. _____ vom 9. September 2020 (Kopfschmerzsprechstunde) wurde angegeben, die Beschwerdeführerin 1 werde wegen unklaren Kopfschmerzen zugewiesen. Die Ätiologie der beschriebenen Dekonditionierung mit Dyspnoe und Palpitationen müsse aktuell offenbleiben, ein Zusammenhang mit dem durchgemachten Covid-Infekt könne nicht ausgeschlossen werden. Im Folgebericht der Klinik vom 1. Dezember 2020 (psychosomatische Sprechstunde; UV-Akten S. 66 f.) wurde eine somatische Belastungsstörung mit Spannungskopfschmerz, Rückenschmerz, Palpitationen, Schwindel, thorakales Druckgefühl und Parästhesien diagnostiziert. Subjektiv würden keine Stressoren bestehen. Von aussen betrachtet könnten mit der schwierigen Trennungssituation zum Noch-Ehemann und dem Rechtsstreit um die Alimente durchaus psychosoziale Stressoren erahnt werden. Inzwischen gehe es ihr deutlich besser und sie habe die Arbeit zu 30% wieder aufgenommen. Am 22. Februar 2021 (UV-Akten S. 102 ff.) erklärten die Ärzte der Klinik, die Behandlung sei abgeschlossen; die Kopfschmerzen hätten sich deutlich gebessert. Weiterhin müsse die Ätiologie der beschriebenen Dekonditionierung mit Dyspnoe und Palpitationen offenbleiben, differentialdiagnostisch seien diese im Rahmen der somatischen Belastungsstörung zu sehen. Ein Zusammenhang mit dem durchgemachten Covid-Infekt könne nicht ausgeschlossen werden. Per 1. März 2021 wurde die Beschwerdeführerin 1 in die Long-Covid-Studie des G. _____ eingeschlossen. Am gleichen Tag notierten die Ärzte der N. _____ des G. _____ (UV-Akten S. 57 ff.) zur Untersuchung in der Long-Covid Sprechstunde als Diagnose eine unklare Leistungsminderung und Belastungsdyspnoe bei Status nach Covid-19. Die Belastungsdyspnoe sei nicht geklärt. Die Ärzte der U. _____ bestätigten am 29. März 2021 (UV-Akten S. 50 ff.) die Diagnose. Die Beschwerdesymptomatik könne aktuell nicht einem Krankheitsbild aus dem entzündlichen Formenkreis zugeordnet werden. Es bestehe eine Hypermobilität und die muskuloskelettalen Beschwerden könnten in diesem Kontext gewertet werden. Bei der vor der Infektion sehr aktiven Patientin habe die Fatigue sicher

zu einer Dekonditionierung geführt, mit nun unzureichender muskulärer Stabilisierung. Die vorgenannte Diagnose wurde am 20. April 2021 (UV-Akten S. 90 ff.) ebenso von der P. _____ des G. _____ im Rahmen der Long-Covid Sprechstunde bestätigt. Es liege eine knapp altersentsprechende körperliche Leistungsfähigkeit vor. Es gebe keine Hinweise für eine kardiale oder pulmonale Limitierung, jedoch auf eine muskuläre Dekonditionierung. Die Patientin sei in einem kardiopulmonal kompensierten Zustand, zeige sich aber sehr leidend und emotionell erschöpft. Eine definitive Ursache der Anstrengungsdyspnoe bleibe offen (Dekonditionierung gut möglich). Am 31. Mai 2021 (UV-Akten S. 62 ff.) wiesen auch die Ärzte der N. _____, bei gleicher Diagnose wie im Vorbericht, darauf hin, die Patientin sei in einem guten Allgemeinzustand, jedoch subjektiv emotional erschöpft. Die Symptome (Herzrasen) würden im Rahmen der Dekonditionierung interpretiert. Differentialdiagnostisch kämen auch Panikattacken in Frage (typische Symptome wie Herzrasen, Kribbelparästhesien und Atemnot in Ruhe). Weitere Kontrollen wurden nicht vorgesehen. Auch die P. _____ (Long-Covid Sprechstunde) schloss am 7. Juni 2021 (UV-Akten S. 93 ff.) die Behandlung ab. Nach ausführlicher Abklärung zeige sich als Korrelat der Leistungsminderung und Belastungsdyspnoe am ehesten eine muskuläre Dekonditionierung, weshalb regelmässiges körperliches Training sowie Physiotherapie empfohlen wurden. Es würden keine Einschränkungen für ein körperliches Training bestehen. Am 24. August 2021 (vgl. Bericht vom 27. August 2021; UV-Akten S. 68) war die Beschwerdeführerin 1 erneut in der psychosomatischen Sprechstunde bei der M. _____. Dabei gab sie an, es sei zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden gekommen und sie arbeite zu 60%. Sie gehe nicht mehr zum Psychiater. Die Oberärztin hielt fest, der Wunsch nach einer psychosomatischen oder psychotherapeutischen Behandlung bestehe nicht. Die Patientin erkläre ihre Beschwerden subjektiv ausschliesslich im Rahmen eines Long-Covid-Syndroms. Eine Offenheit für die biopsychosoziale Zusammenhänge ihrer Beschwerden bestehe nicht. Auf der Grundlage dieser Akten äusserte sich Dr. med. Q. _____, Fachärztin für Arbeitsmedizin der Suva, am 14. Januar 2022 (UV-Akten S. 106 ff.) zum Fall und erachtete ein Long-Covid-Syndrom als wenig wahrscheinlich. In der Folge lehnte die Helsana am 26. Januar 2022 (UV-Akten Kantonsgericht KG Seite 10 von 14 S. 112 f.) ihre Leistungspflicht ab dem 1. Juli 2020 im formlosen Verfahren ab. Ohne an dieser Stelle weiter auf den Bericht der Suva-Ärztin einzugehen, ist festzuhalten, dass obwohl die Beschwerdeführerin 1 sowohl in der Long-Covid-Studie des G. _____ eingeschlossen wurde und die Long-Covid-Sprechstunde besuchte, wurde bis zu diesem Zeitpunkt von keinem der involvierten Ärzte des G. _____ die Diagnose Long-Covid gestellt. Ein Zusammenhang mit der durchgemachten Covid-Infektion wurde zwar nicht ausgeschlossen, jedoch wurden jeweils andere Möglichkeiten in den Vordergrund gestellt. So eine körperliche Dekonditionierung, eine somatische Belastungsstörung und differentialdiagnostisch Panikattacken. Ferner wurde darauf hingewiesen, die Beschwerdeführerin sehe subjektiv die Beschwerden einzig im Rahmen eines Long-Covid.

E. 5.4

Zum ersten Mal wurde ein Long-Covid-Syndrom erwähnt im Bericht vom 3. März 2022 (UV-Akten S. 121 f.) von Dr. med. E. _____ des G. _____. Er beantwortete darin nicht bekannte Fragen der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin 1. Diese leide an einem Long-Covid-Syndrom und sei interdisziplinär beurteilt worden. Long-Covid impliziere, dass Beschwerden durchgehend vorhanden gewesen seien und Post-Covid, dass diese im Anschluss an die Infektion aufgetreten seien, durchaus mit einem zeitlichen

Unterbruch. Es gebe keinen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer Covid-Infektion und Long-Covid. Die von der Patientin beschriebenen Beschwerden würden sehr konsistent von sämtlichen Patienten in der Long-Covid-Sprechstunde angegeben, weshalb er keinen Grund sehe, diese als lediglich unspezifische Symptome anzusehen. Aktuell werde eine mögliche Pathologie im Bereich des Übergangs zwischen der Nerveninnervation und der Muskulatur diskutiert. Dazu passe, dass sehr viele Patienten, auch die Beschwerdeführerin 1, ein auffällig erniedrigtes Myoglobin habe. Die Resultate seien bis anhin nicht publiziert worden. Die Ärzte der R. _____, wo die Beschwerdeführerin 1 vom 13. April bis 21. Mai 2022 stationär war, stellten am 24. Mai 2022 (UV-Akten S. 149 ff.) die Diagnose Post-Covid-Syndrom bestehend seit der Infektion. Die Patientin sei zur psychosomatischen Rehabilitation eingetreten aufgrund einer nach Covid-Infektion persistierenden Erschöpfung im Sinne eines Post-Covid-Syndroms, begleitet von Kraftlosigkeit, geringer Stresstoleranz sowie neurokognitiven Einschränkungen. Zudem bestehe eine multilokuläre gelenksbetonte Schmerzstörung, die sich mit der Covid-Infektion sprunghaft verstärkt habe und mit signifikanten Einschränkungen im Alltag einhergehe. Die längerfristigen Ziele seien u. a. eine allgemeine Rekonditionierung. Ebenfalls Dr. med. H. _____ des I. _____ diagnostizierte am 23. August 2022 (UV-Akten S. 173 ff.) ein Post-Covid-Syndrom. Die Symptome seien insbesondere Atemnot, Schwindel, Kribbelparästhesien, vermehrter Haarausfall, Kieferschmerzen, innere Unruhe, sehr starke Menstruationsbeschwerden, Herzsrasen, Schlafstörungen und Schmerzen. Es liege definitionsgemäss ein Post-Covid-Syndrom vor. Es bestehe keinerlei Zweifel an der Kausalität bezüglich Ansteckung am Arbeitsplatz und Entwicklung der Long-Covid-Symptomatik. Er teile die Meinung von Dr. med. E. _____, der ebenso von einem Long-Covid ausgehe. Bei diesen drei Berichten fällt auf, dass die involvierten Ärzte jeweils von einem Long-/Post-Covid ausgehen, sie sich aber jeweils nicht mit den umfangreichen Vorakten des G. _____ auseinandersetzen, in denen diese Diagnose eben gerade nicht gestellt wurde, sondern jeweils andere Diagnosen genannt wurden, womit die vorne dargestellten Voraussetzungen der WHO für die Annahme einer Post-Covid Erkrankung nicht erfüllt waren. Ferner wird jeweils im Widerspruch zu den Akten notiert, die Beschwerden seien seit der Covid-Infektion im März 2020 durchgehend vorhanden gewesen. Weiter fällt auf, dass Dr. med. H. _____ ein Post-Covid bejahte, dann aber notierte, er teile die Meinung von Dr. med. E. _____, der von einem Long-Covid ausgehe. Dabei ist die Unterscheidung zwischen Long- und Post-Covid im Bereich der Unfallversicherung durchaus von Bedeutung. Kantonsgericht KG Seite 11 von 14 tung für die Kausalität und der damit zusammenhängenden Frage, ob es sich um den Grundfall handelt oder ob ein Rückfall vorliegt. Zudem wurden jeweils gestützt auf die Angabe der Beschwerdeführerin 1 eine Vielzahl von Symptomen vermerkt, obwohl nach dem Wiederauftreten der Beschwerden Ende Juni/anfangs Juli 2020 zunächst vordergründig rezidivierende Spannungskopfschmerzen geltend gemacht wurden. So gab die Beschwerdeführerin 1 z. B. gegenüber Dr. med. H. _____ Wortfindungsstörungen an. Anlässlich der zahlreichen Arztkonsultationen wurden solche jedoch von keinem der involvierten Ärzte festgehalten und nie eine entsprechende Diagnose gestellt, selbst nicht im Rahmen der bei der D. _____ erfolgten polydisziplinären IV-Begutachtung. Diesen Berichten, die sich nicht unerheblich auf die Angaben der Beschwerdeführerin 1 abstützen, die ihre Beschwerden ausschliesslich im Rahmen eines Long-Covid sieht, die aber die Vorberichte des G. _____ ausblenden, kann somit nicht ohne Weiteres gefolgt werden.

E. 5.5

Die Suva-Ärztin vertrat in ihrem vorerwähnten Erstbericht vom 14. Januar 2022 die – inzwi- schen überholte – Meinung, das Risiko an einem Long-Covid zu leiden, korreliere mit der Schwere der akuten Covid-Erkrankung, weshalb ein Long-Covid nicht bewiesen werden könne bzw. wenig wahrscheinlich sei. Die Beschwerdeführerin 1 habe einzig eine leichte Covid-Infektion durchgemacht und die andauernden Symptome seien erst drei Monate später aufgetreten und seien daher nicht als residuelle Symptome anzusehen. In ihrem Folgebericht vom 2. Mai 2022 (UV-Akten S. 142), in Kenntnis des Berichts von Dr. med. E._____, erklärte sie, es werde nicht in Abrede gestellt, dass die initiale Erkrankung kausal mit den drei Monate später aufgetretenen Beschwerden i. S. eines Long-Covid zusammenhängen könne. Jedoch müsse aus versicherungsmedizinischer Sicht dieser Zusammenhang ausschliesslich oder überwiegend wahrscheinlich sein. Ferner bemerkte sie zu Recht, in den Berichten zu den Long-Covid Sprechstunden sei die Diagnose Long-Covid nie gestellt worden. Da die Resultate der von Dr. med. E._____, genannten These, wonach ein vermindertes Myoglobin für ein Long-Covid sprechen könne, noch nicht publiziert waren, empfahl sie ein Gutach- ten bei einem Covid-Experten einzuholen, der auch zu versicherungsmedizinischen Fragen Stellung nehme. Andernfalls könne, da in Zukunft mit der Erstellung von Richtlinien mit diagnostischen Krite- rien gerechnet werden könne, eine vorläufige Anerkennung erfolgen, jedoch unter einer regelmäs- sigen Prüfung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Bezüglich des von der Beschwerdeführerin 1 gegen die Suva-Ärztin vorgebrachte Arguments, diese sei weder Neurologin noch Infektiologin, ist darauf hinzuweisen, dass dies ebenso weder für Dr. med. E._____, noch für Dr. med. H._____, zutrifft. Dafür fällt auf, dass, obwohl sich die Helsana im hier streitigen Einspracheentscheid weiterhin auf die Berichte der Suva-Ärztin stützt, sie deren Empfehlungen nicht nachkam.

E. 5.6

Am 5. Juni 2023 (Beschwerdebeilage Nr. 21 Dossier 605 2023 111) äusserte sich der Vertrauensarzt der Visana, Dr. med. S._____, Facharzt für Arbeitsmedizin, zum Fall. Es liege ein Vorzustand in Form eines chronisch rezidivierenden myofaszialen Schmerzsyndrom bei muskulärer Dysbalance vor. Ein krankhafter psychischer oder psychosomatischer Vorzustand sei nicht bekannt. Ein bis drei Monate nach der Covid-Infektion hätten sich gemäss den Akten eine starke Fatigue, Leistungsintoleranz, Kribbelparästhesien, Kopfschmerzen sowie weitere Symptome eingestellt. Aus rein medizinischer Sicht würden im Rahmen der vorgenommenen Abklärungen (bei unauffälligen somatischen Befunden) die Diagnosen einer psychischen, z. B. somatoformen Erkrankung bei aus Sicht Aussenstehender vorhandenen Belastungsfaktoren (z. B. Sorgerechtsstreit) mit einem soma- tisch bedingten Post-Covid-Syndrom "konkurrieren", das sich aktuell (noch) nicht zweifelsfrei nach- weisen lasse. Gegen eine psychische Genese spreche, dass sich die Versicherte psychisch nicht belastet fühle, vor dem Erkrankungsbeginn als "sehr aktiv" und gut leistungsfähig beschrieben werde und dass trotz mehrfacher Untersuchungen keine psychiatrische Diagnose gestellt worden sei. Kantonsgericht KG Seite 12 von 14 Nachdem psychische wie organbedingte Erkrankungen ausgeschlossen werden konnten, habe für die behandelnde Ärzte (G._____, R._____, I._____) die Diagnose eines Long-/Post- Covid-Syndroms festgestanden. Die Schwierigkeit bei der Kausalitätsbeurteilung bestehe darin, dass der Mechanismus der Krankheit bislang nicht verstanden werde. Gerade die "Fatigue-Sympto- matik" lasse sich

kaum beweisen. Unter der Berücksichtigung der etablierten Leitlinie (Long-/Post- Covid) werde nur klar, dass neue Symptome auch nach dem Ende der akuten Phase auftreten könnten und als Folge der Infektion verstanden werden könnten. Die von der Versicherten aufgeführten Symptome liessen sich unter Berücksichtigung der Guideline sehr gut zu einem Post-Covid-Syndrom zuordnen. Aus diesem Grund erachte er aktuell die überwiegende natürliche Kausalität für gegeben. Dieser Bericht spricht zu Recht auch den Vorzustand der Beschwerdeführerin 1 an, der namentlich von Dr. med. E. _____ nicht berücksichtigt wurde. Zwar ist der Vertrauensarzt der Ansicht, die Kausalität sei gegeben. Jedoch ergibt sich aus seinem Bericht vor allem, die Symptome würden gut einem Long-/Post-Covid entsprechen, womit er eigentlich einzig von einer Möglichkeit ausgeht, was nicht genügt. Zudem handelt sich bei den von ihm genannten Leitlinie Long-/Post-Covid (https://register.awmf.org/assets/guidelines/020-0271_S1_Long-Post-Covid_2023-11.pdf, besucht am 18. April 2024), um eine Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., dem Netzwerk der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland. Darin werden die aktuellen Long-/Post-Covid-Symptome mit diagnostischen Ansätzen und Therapien aufgezeigt. Darauf ergibt sich jedoch nicht eine eigentliche Herleitung der Diagnose, weshalb diese Leitlinien hier nicht wirklich weiterhelfen.

E. 5.7

Schliesslich liegt das Gutachten der D. _____ vom 15. November 2023 (nachgereicht) vor, worin die Diagnose einer Post-Covid Erkrankung mit persistierender Müdigkeit und Erschöpfung, führend körperlich sowie mittelschwerer neurokognitiver Leistungsminderung gestellt wurde. Es ist daran zu erinnern, dass die Angaben der Beschwerdeführerin 1 gegenüber den Gutachtern hinsichtlich des Krankheitsverlaufs nicht den ursprünglichen Akten entsprachen. Zudem äusserten sich die Gutachter, wie in einem Gutachten im Rahmen eines IV-Verfahrens nicht anders zu erwarten, nicht zur Frage der natürlichen Kausalität, weshalb auf das Gutachten nicht abgestützt werden kann.

E. 5.8

Insgesamt ergibt sich, dass zunächst die involvierten Ärzte des G. _____ selbst im Rahmen der Long-Covid Sprechstunde die Long-Covid-Diagnose nicht gestellt haben. In der Folge ging zwar von Dr. med. E. _____ von dieser Diagnose aus, was von den nachfolgenden Ärzten übernommen wurde. Jedoch fand jeweils keine Auseinandersetzung mit den ursprünglichen Unterlagen, in denen diese Diagnose nicht gestellt wurde, statt. Weiter stützt sich Dr. med. E. _____ für seine Ansicht auf eine noch nicht publizierte Studie. Überdies darf der Vorzustand der Beschwerdeführerin, der zumindest einen Teil der Beschwerden erklären könnte, nicht komplett ausgeblendet werden. Die vorliegenden Unterlagen genügen damit nicht, um über den Fall entscheiden zu können. Es rechtfertigt sich daher, wie es bereits die Suva-Ärztin empfahl, ein Gutachten bei einem Covid-Experten einzuholen. Dieser hat sich zur Frage zu äussern, ob ein Long-/Post-Covid vorliegt sowie zur Frage der natürlichen Kausalität und damit, ob die ab Ende Juni/anfangs Juli 2020 im Rahmen eines Rückfalls geltend gemachten Beschwerden in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit der als Berufskrankheit anerkannten ursprünglichen Covid-Infektion von März 2020 stehen und falls ja, zu welchem Zeitpunkt der Status quo ante vel sine gegeben war. Der Experte darf sich noch nicht mit dem Fall befassen und für die Wahl des Experten ist allenfalls Rücksprache mit der Suva Kantonsgericht KG Seite

13 von 14 zu nehmen, da der von der Suva-Ärztin vorgeschlagene Dr. med. T. _____ soweit ersichtlich nicht mehr beruflich tätig ist. Hierfür ist die Angelegenheit an die Helsana zurückzuweisen.

E. 6

Zusammenfassend ging die Helsana zu Recht davon aus, dass die ursprüngliche Covid-Infektion von März 2020 schnell abklang und die Beschwerdeführerin 1 während wenigen Monaten beschwerdefrei war. Demgegenüber genügen die vorliegenden Unterlagen nicht, um die Frage der Kausalität der Ende Juni/anfangs Juli aufgetretenen Symptome zur ursprünglichen Covid-Infektion zu beantworten. Für die Einholung eines Gutachtens bei einem Covid-Experten wird die Angelegenheit an die Helsana zurückgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben, da hier das Prinzip der Kostenlosigkeit des Verfahrens gestützt auf Art. 61 Bst. fbis ATSG in seiner Fassung seit dem 1. Januar 2021 weiter zur Anwendung kommt. Die obsiegende Beschwerdeführerin 1 hat einen Anspruch auf Parteientschädigung. Unter der Berücksichtigung von Art. 146 ff. VRG, des Tarifs vom 17. Dezember 1991 über die Verfahrenskosten und Entschädigungen in der Verwaltungsjustiz (Tarif VJ; SGF 150.12) und der am 28. März 2024 eingereichten Kostenliste ihrer Rechtsvertreterin ist die Parteientschädigung hinsichtlich der Operationen bis Ende Dezember 2023 auf CHF 2'875.- festzusetzen (11.5 h à CHF 250.-). Zu diesem Betrag kommen die Auslagen von CHF 51.60 und die Mehrwertsteuer in der Höhe von CHF 225.35 (7.7% von CHF 2'926.60) hinzu, was einen Betrag von CHF 3'151.95 ergibt. Bezüglich der Operationen im Jahr 2024 ist die Parteientschädigung auf CHF 250.- festzusetzen (1 h à CHF 250.-). Zu diesem Betrag kommt die Mehrwertsteuer in der Höhe von CHF 20.25 (8.1% von CHF 250.-) hinzu, was einen Betrag von CHF 270.25 ergibt. Der Totalbetrag von CHF 3'422.20 geht zu Lasten der Helsana. Da die obsiegende Beschwerdeführerin 2 eine Bundesaufgabe wahrnimmt, hat sie praxisgemäss keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 127 V 196). (Dispositiv auf der nächsten Seite) Kantonsgericht KG Seite 14 von 14 Der Hof erkennt: I. Die Beschwerdeverfahren 605 2023 105 und 605 2023 111 werden vereinigt. II. Die Beschwerden von A. _____ (605 2023 105) und der Visana (605 2023 111) werden gutgeheissen. Die Angelegenheiten werden für weitere Abklärungen im Sinne der Erwägungen an die Helsana Unfall AG zurückgewiesen. III. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. IV. A. _____ wird zuhanden von Rechtsanwältin Sandra Nussbaumer und zu Lasten der Helsana Unfall AG für das vorliegende Verfahren eine Parteientschädigung für Honorar und Auslagen ihrer Rechtsvertreterin von CHF 3'176.60, zuzüglich der Mehrwertsteuer von CHF 245.60 und damit insgesamt CHF 3'422.20 zugesprochen. V. Die Visana AG hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung. VI. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 18. April 2024/bsc Der Präsident Der Gerichtsschreiber-Berichterstatter

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