

GL_GERICHTE GL-298 vom 12. März 2014

GL Gerichte, 2014-03-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-298

FR: GL_GERICHTE GL-298 du 12 mars 2014

IT: GL_GERICHTE GL-298 del 12 marzo 2014

Erwägungen

E. 1

1.1 Die bei der Suva versicherte A. _____ erlitt am 20. September 2012 eine Heckkollision. Gemäss Rapport der Kantonspolizei St. Gallen vom 15. November 2012 brachte sie ihr Fahrzeug vor einem Fussgängerstreifen in Uznach zum Stillstand, als ein Lenker mit seinem Fahrzeug in den hinter ihr positionierten Lieferwagen prallte, wodurch dieser mit ihrem Fahrzeug zusammensties. Sie erlitt ein Schleudertrauma und es stellten sich bei ihr diverse Beschwerden ein.

1.2 A. _____ war seit 1. Juli 2012 bei der Arbeitslosenkasse des Kantons Glarus gemeldet. Zuvor arbeitete die gelernte Pflegeassistentin mit einem Pensum von 40 % im Restaurant [] im Hausdienst. Ihr Hausarzt schrieb sie ab dem 21. September 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. Dennoch führte sie ab Mitte Juli 2012 bis anfangs März 2013 in einem Pensum von zwei Stunden pro Woche Reinigungsarbeiten in einem Privathaushalt durch. Nach dem Unfallereignis übernahm die Suva die Kosten für die Heilbehandlung und richtete A. _____ ab 23. September 2012 Taggelder in der Höhe von Fr. 35.35 aus.

E. 2

Am 22. Mai 2013 stellte die Suva die Versicherungsleistungen per 20. Juni 2013 ein. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, es lägen keine adäquaten Unfallfolgen mehr vor. Dagegen erhob A. _____ am 21. Juni 2013 Einsprache. Die Suva wies die Einsprache am 22. Juli 2013 ab.

E. 3

3.1 Es ist Aufgabe des Arztes, sämtliche Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls auf den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und gegebenenfalls dazu Stellung zu nehmen, bezüglich welchen konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang sie arbeitsunfähig bzw. in ihrer körperlichen und geistigen Integrität beeinträchtigt ist. Nach dem für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Richter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

3.2 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation des Patienten einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den

Beweiswert ist grundsätzlich somit 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).

3.3 Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4).

Demgegenüber entspricht es einer allgemeinen Erfahrung, dass Hausärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2. A., Zürich/Basel/Genf 2010, S. 353). Auch Parteigutachten besitzen nicht den gleichen Beweiswert wie ein vom Gericht oder von einer Unfallversicherung nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3b-c).

3.4 Weil die Suva in beweisrechtlicher Hinsicht ein zur Objektivität verpflichtetes gesetzesvollziehendes Organ ist, kann auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Kreisarzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt jedenfalls nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Bestehen aber auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ee, 122 V 157 E. 1c).

E. 4

4.1 Strittig ist zunächst, ob die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf Heilbehandlung und Taggelder hat. Die Beschwerdeführerin macht unter anderem geltend, der Fallabschluss sei zu früh erfolgt. Die Leistungen seien eingestellt worden, obwohl sie nach wie vor an unfallbedingten körperlichen Beeinträchtigungen leide und insofern von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Besserung ihres Gesundheitszustands zu erwarten sei. Die Beschwerdegegnerin ihrerseits anerkennt, dass die typischen Schleudertrauma-Beschwerden vom Unfall her stammen. Sie bestreitet indessen, dass diese eine am Körper nachweisbare Ursache haben und von Relevanz für die Ausschöpfung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind.

4.2 Zu prüfen ist deshalb vorab, ob bei der Beschwerdeführerin organisch nachweisbare Beschwerden vorhanden sind, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 20. September 2012 zurückgeführt werden können. Steht eine solche körperliche Beeinträchtigung in leistungsbegründendem Ausmass fest, ist sodann der Frage nachzugehen, ob die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 20. Juni 2013 abgeschlossen hat und gegebenenfalls ist eine Renten- und Integritätsentschädigungsprüfung vorzunehmen. Sind hingegen keine Beeinträchtigungen

der Gesundheit mit körperlichem Substrat auszumachen, ist die Adäquanz des Kausalzusammenhangs zwischen den Beschwerden und dem Unfallereignis zu beurteilen. Ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen den noch geklagten Beschwerden und dem Unfall nicht gegeben, können die Leistungen in der Regel ohne Einholung eines inter- bzw. polydisziplinären Gutachtens eingestellt werden (vgl. BGer-Urteil 8C_797/2008 vom 19. März 2009 E. 4).

E. 5

5.1 Unmittelbar nach dem Unfall gab die Beschwerdeführerin der Kantonspolizei St. Gallen gegenüber zu Protokoll, sie leide an Nackenschmerzen (vgl. Polizeirapport vom 15. November 2012). Am 21. September 2012, 15.40 Uhr, begab sie sich erstmals in ärztliche Behandlung bei Hausarzt Dr. med. C._____, FMH Allgemeinmedizin. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 21. September 2012 hielt dieser fest, dass die Beschwerdeführerin den Kopf während des Unfalls nicht angeschlagen habe. Vor dem Unfall habe sie an keinen behandlungsbedürftigen Beschwerden gelitten. Seit dem Unfall klagt sie über Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel und Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich. Dr. C._____ diagnostizierte Nackenschmerzen und muskuloskelettale Befunde im Sinne einer verminderten Beweglichkeit und punktuellen Druckschmerzhaftigkeit im Schultergürtel- und Nackenbereich. Parästhesien oder Sensibilitätsdefizite stellte er keine fest.

Im Erhebungsblatt für die Abklärung von Halswirbelsäulen-Fällen vom 24. Oktober 2012 gab die Beschwerdeführerin an, sie sei anlässlich des Unfalls weder mit dem Kopf noch mit einem anderen Körperteil irgendwo angeprallt. Auf den Unfall sei sie nicht gefasst gewesen. Innert Stunden nach dem Unfall hätten sich Atembeschwerden, Oberkörperschmerzen, Schlafprobleme, Schulterschmerzen, Schmerzen an der Hals- und Lendenwirbelsäule, Kopfschmerzen, Schwindel und Nackenstarre eingestellt. Vor dem Unfall habe sie an migräneartigen Kopfschmerzen gelitten.

Am 26. Oktober 2012 führte die Beschwerdeführerin anlässlich eines Standortgespräches gegenüber der Beschwerdegegnerin aus, sie habe Schmerzen im Rücken, von der Lenden- bis zur Halswirbelsäule. Zudem habe sie Probleme beim Drehen des Kopfes, könne nicht lange schmerzfrei sitzen und beim Bücken und Aufrichten werde es ihr schwindlig.

In einem ambulanten Assessment in der Klinik D._____ am 7. November 2012 klagte die Beschwerdeführerin unter anderem über Dauerschmerzen im Schulterbereich und über ein Einschlafgefühl bezüglich der vertebrealen Muskulatur im thorakolumbalen Übergangsbereich. Überdies berichtete sie von einem Kopfanprall am Lenkrad. Der Assistenzarzt und der stellvertretende Medizinische Leiter zogen den Schluss, dass die rechte Schulter einer kernspintomographischen Abklärung zu unterziehen sei. Bei etwas auffälligem Schmerzverhalten und mässiger Leistungsbereitschaft spreche nach Absolvierung einer Therapie nichts gegen die baldige Suche einer neuen Arbeit.

Dr. C._____ führte am 27. November 2012 aus, bei der Beschwerdeführerin zeigten sich zunehmend persistierende Schmerzen in der Schulter rechts. Sie weigere sich standhaft die Arbeit aufzunehmen, bevor die rechte Schulter nicht abgeklärt worden sei. Das in der Folge im Spital E._____ am 7. Dezember 2012 angefertigte MRI der rechten Schulter zeigte eine Tendinopathie am Ansatz der Supraspinatussehne im Bereich des Tuberculum majus.

5.2 Am 7. Januar 2013 nahm Suva-Kreisarzt Dr. med. F._____, FMH Chirurgie, eine Untersuchung vor. Er diagnostizierte ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom mit einer Tendinopathie der Supraspinatussehne und ausgeprägten Myogelosen. Seiner Auffassung zufolge sei aufgrund des Unfallmechanismus eine strukturelle Läsion der rechten Schulter nicht überwiegend wahrscheinlich zu erwarten. Passend dazu finde sich im MRI-Bericht eine Tendinopathie der Supraspinatussehne. Es seien keine Hinweise auf eine Schulterschleimbeutelentzündung erkennbar. Mit den degenerativen Veränderungen könnten die beklagten, teilweise nuchal und in die Hand ausstrahlenden Beschwerden nicht ausreichend erklärt werden. Am ehesten seien die Schmerzen weichteilbedingt zu erklären. Unter Intensivierung der therapeutischen Massnahmen sollte bis anfangs Februar mindestens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zu erreichen sein. Bis Ende April 2013 sei von einem stabilen Zustand auszugehen.

5.3 Dr. C._____ berichtete am 15. Februar 2013 gegenüber Dr. F._____, die Beschwerdeführerin klagte immer noch über sehr starke Schmerzen im Bereich der oberen zervikalen Areale, über ein Einschlafgefühl über dem Schulterblatt und über eine Schmerzausstrahlung in den rechten Oberarm. Er habe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit verordnet, weil sich die Beschwerdeführerin subjektiv in keiner Weise arbeitsfähig fühle.

Im MRI der Halswirbelsäule vom 7. März 2013 konnte eine breitbasige Diskushernie C5/C6 mit möglicher beidseitiger C6-Tangierung festgestellt werden. Diese Diagnose stellte im Wesentlichen auch die Oberärztin der Neurologischen Praxis der Klinik G._____, Dr. med. H._____, FMH Neurologie, am 11. März 2013.

Am 2. April 2013 nahm Dr. F._____ erneut eine ärztliche Beurteilung vor. Zusammenfassend gab er an, dass durch die ihm vorliegenden Akten eine strukturelle Unfallfolge bis anhin nicht bestätigt werden können. Die von der Neurologin beschriebene radikuläre, also die Nervenwurzel betreffende, Symptomatik sei nicht weiter abgeklärt worden. Das späte Auftreten der Symptomatik spreche überwiegend wahrscheinlich gegen eine unfallkausale Pathologie.

5.4 Die Beschwerdeführerin begab sich am 11. und am 19. April sowie am 13. Mai 2013 in Behandlung in der Klinik I._____. Dort wurde eine breitbasige, rechtsbetonte Diskushernie C5/C6 bei Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma am 20. September 2012, eine Zervikozephalgie sowie eine Zervikobrachialgie rechts, vereinbar mit einem C6-Reizsyndrom diagnostiziert. Radiologisch zeige sich eine deutliche Diskushernie C5/C6 mit Einengung der Nervenwurzel C6 beidseits. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden seien mit einem radikulären Reizsyndrom C6 rechts vereinbar. Elektrophysiologisch seien die Neurographien an den Armen normal, ebenso die Kurz-Elektromyografie für die Kennmuskulatur C5-C7.

5.5 In der Folge nahm Dr. F._____ am 30. April 2013 eine abschliessende Beurteilung vor. Er verneinte einen Zusammenhang der von der Diskushernie herkommenden Nervenwurzelbeschwerden mit dem Unfall und fügte an, dass insgesamt eine namhafte Verbesserung aufgrund der Unfallfolgen nicht mehr überwiegend wahrscheinlich zu erwarten sei.

5.6 Am 13. Mai 2013 hielt der Assistenzarzt der Orthopädie der Klinik I._____ fest, von Seiten der Schulter könne strukturell lediglich eine Alteration im Sinne einer chronischen Schulterschleimbeutelentzündung festgestellt werden. Die übrigen Strukturen stellten sich

intakt dar. Die ausgeprägten Beschwerden liessen sich dadurch nicht erklären. Nach einer Infiltration seien die Beschwerden unverändert gewesen, was zusätzlich für eine Pathologie ausserhalb des Schultergelenkes als Schmerzursache spreche. Hierzu führte Dr. F. _____ am 25. Juni 2013 aus, dass auch dieser Bericht keine strukturellen Unfallfolgen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweise.

E. 6

6.1 Vor allem gestützt auf die kreisärztlichen Beurteilungen folgte die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid, dass bei der Beschwerdeführerin keine mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisbaren, unfallkausalen, strukturellen Läsionen vorhanden seien. Da keine widersprechenden medizinischen Einschätzungen bei den Akten lägen, stehe ausser Frage, dass sich bildgebend oder mit anderweitigen apparativen medizinischen Methoden eine relevante, unfallbedingte, objektivierbare Gesundheitsschädigung mit dem notwendigen Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegen lasse. Daraufhin verneinte die Beschwerdegegnerin einen adäquaten, rechtserheblichen Zusammenhang der heute noch geklagten Beschwerden (ohne organisches Korrelat) mit dem Verkehrsunfall der Beschwerdeführerin.

6.2 Die Beschwerdeführerin macht geltend, die von einer Diskushernie herstammende radikuläre Symptomatik beim Wirbelkörper C6 habe ihre Ursache im Unfallereignis vom 20. September 2012. Hierzu nahm Dr. F. _____ als einziger Mediziner Stellung. Am 2. April 2013 führt er aus, gemäss Dr. H. _____ bestehe rechts eine Sensibilitätsveränderung im Bereich C6. Die Diskushernie sei jedoch eher linksbetont. Eine Empfindungsstörung habe zuvor nicht bestätigt werden können. Weder in der kreisärztlichen Untersuchung noch während des ambulanten Assessments hätten sich Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik gefunden. Im Dokumentationsbogen für Erstkonsultationen seien keine Sensibilitätsstörungen dokumentiert. Bei einer richtungsweisenden Verschlimmerung einer Diskopathie müsste die Radikulopathie, welche durch eine Kompression verursacht werde, innerhalb weniger Stunden auftreten. Des Weiteren finde sich keine motorische Auffälligkeit. Am 30. April 2013 fügte er ergänzend an, elektrophysiologisch habe keine strukturelle Läsion nachgewiesen werden können. Auch die Neurochirurgen der Klinik I. _____ seien bezüglich eines radikulären Syndroms zurückhaltend und beurteilten den Zusammenhang der Diskushernie als fraglich. Aufgrund des Verlaufs mit den anfänglich unauffälligen klinischen Befunden sowohl im Dokumentationsbogen wie auch während des Assessments sei eine richtungsweisende Verschlimmerung einer vorbestehend degenerativ veränderten Halswirbelsäule nicht überwiegend wahrscheinlich anzunehmen.

6.3 Soweit die Beschwerdeführerin gegen diese in sich stimmige und schlüssige Beurteilung des Kreisarztes vorbringt, ein rezidivierendes Einschlaf- und Einklemmgefühl im Bereich des thorakolumbalen Übergangs rechts habe bereits beim Assessment in der Klinik D. _____ Eingang in den medizinischen Bericht gefunden, so ist sie darauf hinzuweisen, dass als medizinische Erfahrungstatsache gilt, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise als eigentliche Ursache davon in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie nur betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen und die Symptome der Diskushernie unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (statt vieler: BGer-Urteil 8C_467/2007 vom 25. Oktober 2007 E. 3.2; U 354/04

vom 11. April 2005 E. 1.2). Vorliegend war das Unfallereignis weder besonders schwer noch war es geeignet, eine Diskushernie zu verursachen (siehe dazu die biomechanische Kurzbeurteilung vom 7. März 2013). Medizinisch ausgewiesen sind die Symptome der Diskushernie unbestrittenermassen nicht unverzüglich nach dem Unfall, sondern frühestens im Assessment der Klinik D._____, also rund eineinhalb Monate nach dem Unfallereignis. Es kann deshalb auch nicht davon ausgegangen werden, das Unfallereignis habe eine bereits bestehende Diskushernie nur ausgelöst, aber nicht verursacht (vgl. BGer-Urteil 8C_902/2011 vom 10. Februar 2012 E. 2.1). Entsprechend ist irrelevant, ob Dr. F._____ die Diagnose der Sensibilitätsstörung am 2. April 2013 als neu erachten durfte oder nicht.

6.4An der Beurteilung durch Dr. F._____, wonach die Beschwerden aufgrund eines radikulären Symptoms nicht unfallbedingt sind, bestehen daher keine Zweifel und es ist darauf abzustellen. Gegenteilige medizinische Auffassungen wurden nicht geäussert. Die Einholung eines Gutachtens zur Beschwerdesymptomatik C6 würde somit keine neuen rechtserheblichen Tatsachen zu Tage fördern, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung darauf zu verzichten ist.

E. 7

Was die Beschwerden an der rechten Schulter anbetrifft, so erscheint in Würdigung der dargestellten medizinischen Berichte und Stellungnahmen (vgl. oben E. II/5) zunächst als fraglich, ob die Schmerzen der Beschwerdeführerin auf einem organischen Korrelat beruhen, das auf das Unfallereignis vom 20. September 2012 zurückgeführt werden kann.

7.1Nach Anhebung der Beschwerde wurde nun aber am 24. September 2013 in einem MRI im Spital J._____ festgestellt, dass die Supraspinatussehne der rechten Schulter gelenkseitig teilweise verletzt ist. Zudem zeigte sich im subacromialen Raum zwischen Schulterdach und Rotatorenmanschette ein ausgedehntes, teils entzündliches, teils vernarbtes Bursagewebe. Oberarzt Dr. med. K._____ äussert sich dazu in seinem Bericht vom 14. November 2013 dahingehend, dass die vormals klinisch festgestellte, subacromiale Reizsymptomatik von der Sehnenläsion hergerührt habe. Aufgrund der anhaltenden Beschwerdesymptomatik und der erhobenen Befunde sei ein operativer Eingriff erforderlich.

Bezüglich der Ursache der Sehnenverletzung sowie der Beschwerden in der rechten Schulter führte Dr. K._____ aus, dass es rückwirkend schwierig sei zu beurteilen, ob diese Pathologien auf den Unfall im September 2012 zurückgeführt werden können. Zumindest gebe es in der medizinischen Literatur Publikationen zu Untersuchungen, wonach gewisse Traumamechanismen Ursache einer traumatischen Rotatorenmanschettenläsion sein können. Beim Auffahrereignis am 20. September 2012 sei davon auszugehen, dass die Krafteinwirkung auf die rechte Schulter passiv erfolgt sei. Der Unfall sei deshalb durchaus geeignet gewesen, die Schulterverletzung der Beschwerdeführerin zu verursachen. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfall beschwerdefrei gewesen sei. Es sei zwar möglich, dass die Sehnenverletzung bereits vor dem Unfall bestanden habe, sie aber asymptomatisch gewesen sei. Er tendiere jedoch dahin, dass die Schulterverletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 20. September 2012 zurückzuführen sei.

7.2Mit der Beschwerdeführerin ist einig zu gehen, dass mit den Erkenntnissen aus dem letzten MRI der rechten Schulter und der medizinischen Beurteilung durch Dr. K._____ der angefochtene Entscheid mitsamt der Einschätzung des Kreisarztes in einem neuen Licht

erscheint. Bei den neuesten Befunden handelt es sich deshalb um Tatsachen, die zwar erst nach dem Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheids aufgetaucht, für den vorliegenden Entscheid aber dennoch zu berücksichtigen sind (vgl. dazu BGE 99 V 98 E. 4).

Im Gegensatz zu Kreisarzt Dr. F. _____ geht Dr. K. _____ vom Vorliegen einer unfallbedingten Läsion der Schultersehne aus. Das Bestehen einer Sehnenverletzung an sich wird von der Beschwerdegegnerin nicht in Abrede gestellt. Hingegen bestreitet sie, dass die Beschwerdeführerin sich die Läsion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bei der Heckkollision im September 2012 zugezogen hat. Dabei verkennt die Beschwerdegegnerin, dass Dr. K. _____ die Sehnenverletzung nicht nur als mögliche Folge des Unfalles sieht, sondern als die überwiegend wahrscheinliche. Der Arzt hält es lediglich für "durchaus möglich", dass die Partialläsion bereits vor dem Unfall vorhanden gewesen sei. Dennoch bezeichnet er den Unfall als die (überwiegend) wahrscheinlichste aller in Betracht kommenden Ursachen (zum im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vgl. BGE 115 V 133 E. 8b). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin beruht die Beurteilung durch Dr. K. _____ nicht nur auf dem Argument, die Beschwerdeführerin habe vor dem Unfall keinerlei Beschwerden gehabt (vgl. Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. A., Zürich/Basel/Genf 2012, S. 55). Immerhin zieht er zur Begründung auch die Krafteinwirkung anlässlich des Unfalls, die gesamte medizinische Aktenlage sowie die medizinische Literatur heran. Da Dr. K. _____ ausserdem von einer passiven Krafteinwirkung auf die rechte Schulter ausging, tut nichts zur Sache, ob die Beschwerdeführerin beim Unfall die Schulter anschlug oder nicht.

7.3 Auch wenn die Untersuchung im Spital J. _____ und die Einschätzung durch Dr. K. _____ von der Beschwerdeführerin selbst in Auftrag gegeben wurden, kommen dadurch Zweifel an der Richtigkeit der Stellungnahme von Dr. F. _____ auf. Die neuesten Erkenntnisse lagen ihm anlässlich seiner letzten Berichterstattung am 13. Mai 2013 denn auch nicht vor. Es kann deshalb nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, die Beschwerdeführerin leide nicht mehr an einer unfallbedingten, organischen Gesundheitsbeeinträchtigung. Sind an den Feststellungen eines versicherungsinternen Arztes auch nur geringe Zweifel auszumachen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Dies wird die Beschwerdegegnerin nachholen, indem sie medizinisch untersuchen lässt, ob die Partialläsion der Supraspinatussehne eine Unfallfolge ist. Einer interdisziplinären Begutachtung bedarf es vorliegend (vorerst) jedoch nicht, zumal sich bei der Klärung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Unfallereignis und den übrigen Beschwerden bislang keine besonderen Schwierigkeiten ergeben haben (vgl. BGer-Urteil 8C_797/2008 vom 19. März 2009 E. 4).

7.4 Liegen bei der Beschwerdeführerin allenfalls noch körperlich nachweisbare und auf den Unfall zurückführbare Gesundheitsmängel vor, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich bei ihr noch eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustands einstellt. In diesem Sinne hat die Beschwerdegegnerin den Fall zu früh abgeschlossen und es sind der Beschwerdeführerin weiterhin die Kosten der Heilbehandlung und Taggelder auszurichten.

8.1 Zusammenfassend ergibt sich, dass die radikuläre Beschwerdesymptomatik des Halswirbelsäulenbereichs nicht unfallkausal ist. Hingegen sind bezüglich der rechten Schulter aufgrund der im MRI des Spitals J. _____ erhobenen Befunde sowie der Stellungnahme von Dr. K. _____ Zweifel an der Einschätzung von Dr. F. _____ angebracht. Die Beschwerdegegnerin wird deshalb abklären, inwieweit die diagnostizierte Schultersehnenverletzung auf das Unfallereignis vom 20. September 2012 zurückgeführt werden kann. Allenfalls wird sie hierzu ein Gutachten einholen. Danach wird sie erneut prüfen, ob der Fall abgeschlossen werden kann und anschliessend den Anspruch auf Rente und Integritätsentschädigung beurteilen.

8.2 Die Beschwerde ist gutzuheissen. Der Einspracheentscheid vom 22. Juli 2013 mitsamt der Verfügung vom 22. Mai 2013 sind aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung des Sachverhalts im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

III.

1.

Die amtlichen Kosten des Beschwerdeverfahrens sind von Gesetzes wegen (Art. 61 lit. a ATSG in Verbindung mit Art. 1 UVG, ferner Art. 135a Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 [VRG]) auf die Staatskasse zu nehmen.

2.

2.1 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Beschwerdegegnerin ist daher zu verpflichten, der Beschwerdeführerin innert 30 Tagen nach Rechtskraft dieses Entscheids eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.- (inkl. Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

2.2 Die ausnahmsweise Zusprechung einer Parteientschädigung für das Einspracheverfahren gemäss Art. 52 Abs. 3 ATSG setzt voraus, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Mittellosigkeit im Falle des Unterliegens im vorinstanzlichen Verfahren zur Bezahlung der Anwaltskosten die unentgeltliche Rechtsverteidigung hätte beanspruchen können (vgl. BGE 130 V 570 E. 2.2). Für das Einspracheverfahren war die Beschwerdeführerin aber rechtsschutzversichert. Ihr Antrag auf Zusprechung einer Parteientschädigung für das Einspracheverfahren ist daher infolge fehlender Mittellosigkeit ohne Weiterungen abzuweisen.

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