

GR_GERICHTE S 2019 39 vom 15. September 2020

GR Gerichte, 2020-09-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2019 39](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2019_39)

FR: GR_GERICHTE S 2019 39 du 15 septembre 2020

IT: GR_GERICHTE S 2019 39 del 15 settembre 2020

Regeste

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 2

Am 2. Mai 2018, begab er sich zu seinem Hausarzt Dr. med. D._____, , welcher ihm Physiotherapie und Analgesie verordnete und ihn zu 100 % arbeitsunfähig ab 3. Mai 2018 schrieb. Am 4. Juni 2018 wurde eine Arthro- MRI der linken Schulter durchgeführt, bei welcher sich komplette transmu- rale Rupturen der Supra- und Infraspinatussehne mit Partialruptur der Subscapularissehne, eine konsekutive Subluxation der Biceps longus- Sehne, eine begleitende Zerrung der glenohumeralen Ligamenta, keine si- gnifikante Atrophie der Rotatorenmanschettenmuskulatur und eine leichte degenerative Veränderung humeroglenoidal als auch acromioclaviculär zeigten. Gestützt darauf diagnostizierte Dr. med. D._____ im Arztzeugnis UVG vom 21. Juni 2018 eine Rotatorenmanschettenläsion nach Schulter- trauma links. Die Röntgenbilder zeigten keine Fraktur. Zudem gab er an, dass die Aussenrotation und Abduktion schmerzhaft massiv eingeschränkt seien. Die Flexion betrage bis 80 Grad, die Abduktion bis 90 Grad. Die Lift- Off-Test wie auch der Jobe-Test seien normal gewesen. Die Rotatoren- manschettenruptur an der linken Schulter führte er ausschliesslich auf das Ereignis vom 22. April 2018 zurück.

E. 3

Dr. med. E._____ und Dr. med. F._____, wiesen im Arztbericht vom 28. Juni 2018 ausserdem ein Acromion Typ II nach Bigliani aus und wiesen

- 3 - entsprechend auf eine schon länger andauernde rezidivierende Impinge- mentproblematik hin.

E. 4

Am 4. Juli 2018 führte Dr. med. G._____, eine Arthroskopie der linken Schulter mit subacromialer Dekompression, Rotatorenmanschettennaht (Subscapularis, Supraspinatus und Infraspinatus) sowie Bizepsnodese durch. Der Verlauf war regulär.

E. 5

Dr. med. D._____ bestätigte im Schreiben vom 4. Juli 2018 gegenüber der SUVA, dass B._____ zwar an einer seropositiven rheumatoiden Arthritis leide, die Schulterbeschwerden links jedoch ausschliesslich bei Überkopfa- rbeiten bestanden hätten. Dies habe sich nach dem Trauma vollständig geändert mit massiver Einschränkung der Bewegungsfähigkeit.

E. 5.1

Einem Arztbericht kommt Beweiswert zu, wenn dieser für die streitigen Be- lange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die ge- klagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammen- hänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1 m.w.H.). Gemäss Rechtsprechung ist auch ein medizinischer Akten- bericht beweiskräftig, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Ana- mnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbe- stritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Berichterstatter imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C_397/2019 vom 6. August 2019 E.4.3 m.w.H.). Schliesslich kommt auch den Berichten (und Gutachten) versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in

- 26 - sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit be- stehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungs- verhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonde- rer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurtei- lung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E.3b/ee). Soll ein Versicherungsfall aber ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderun- gen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.4, 122 V 157 E.1d).

E. 5.2

Vorliegend überzeugt der gestützt auf die versicherungsinternen Arztbe- richte vertretene Standpunkt der Beschwerdegegnerin aus folgenden Gründen: Der Beigeladene hat gegenüber der Beschwerdegegnerin berichtet, dass er schon immer an der linken Schulter Schmerzen hatte und er deshalb zuerst von einem Krankheitsfall ausging; bis der Riss entdeckt wurde und er diesen nun auf das erwähnte Ereignis zurückführt (vgl. Akten der Be- schwerdegegnerin [Bg-act.] 6). Er habe Arthrose im ganzen Körper und habe die Beschwerden daher auch nicht sofort dem Ereignis vom 22. April 2018 zugeschrieben (vgl. Bg-act. 9/1). Der Unfall ereignete sich am

E. 6

Am 16./19. Juli 2018 verneinte der Kreisarzt der SUVA Dr. med. H._____ eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität zwischen dem Unfall vom 22. April 2018 und dem am 4. Juli 2018 operierten Schaden. Begründend führte er im Wesentlichen an, gemäss Literatur seien Rupturen mit fortschreiten- dem Alter zunehmend auf ein multifaktorielles Geschehen (degenerativ und traumatisch) zurückzuführen. Als inadäquater Unfallmechanismus zur Verursachung einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur werde un- ter anderem eine aktive Kraftanstrengung, wie hier mit erwähntem reflex- artigem Hochdrücken einer Anhängerkupplung, beurteilt. Zudem zeigten sich auf der zeitnah durchgeführten Röntgendiagnostik Hinweise auf einen unfallunabhängigen, degenerativen Vorzustand im Ansatzbereich der Ro- tatorenmanschette und eine anlagebedingte Akromionvariante mit konse- kutiver Einengung des Subakromialraums und leichten degenerativen Ver- änderungen. Ausserdem führe eine traumatisch verursachte

Rotatoren- manschettenruptur erfahrungsgemäss unmittelbar zu Schmerzen sowie Kraft- und Funktionsverlust (Pseudoparalyse) mit charakteristischem zeitlichem Verlauf und einem Arztbesuch wegen der Beschwerden innerhalb

- 4 - von drei Tagen. Hier habe die medizinische Erstbehandlung jedoch erst nach zehn Tagen stattgefunden und ein Kraft- und Funktionsverlust sei hierbei medizinisch nicht festgehalten worden. Zudem habe es keine unmittelbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach dem Ereignis gegeben. Die im Rahmen der bildgebenden Diagnostik (MRI) festgestellte Kontinuitätsunterbrechung der Supraspinatus-, Infraspinatus- und teilweise auch der Subscapularissehne mit konsekutiver Subluxation der Bizeps longus-Sehne müsse als Ausdruck einer degenerativ bedingten Zusammenhangstrennung infolge einer im Ansatzbereich der Rotatorenmanschette betreffenden Tendinopathie oder Enthesiopathie bezeichnet werden. Auch wenn ein zeitlicher Zusammenhang der auftretenden Schmerzen mit dem reflexartigen Hochdrücken einer Fahrradanhängerkupplung am Auto angegeben werde, sei eine in diesem Augenblick eintretende Rissbildung nicht überwiegend wahrscheinlich bewiesen.

E. 7

Die SUVA lehnte folglich ihre Leistungspflicht mit Schreiben an B._____ vom 10. Juli 2018 ab.

E. 8

Die A._____ AG als Krankenversicherung legte den Sachverhalt ihrem Vertrauensarzt, Dr. med. I._____, zur medizinischen Überprüfung vor. Dieser hielt in seinem Bericht vom 8. August 2018 fest, dass es sich bei der plötzlichen, reissartigen Zugbewegung anlässlich der Demontage der Anhängerkupplung um einen klassischen Traumamechanismus handle, der zur Ruptur der Rotatorenmanschette führen könne. Der krankhafte Vorzustand sei gut dokumentiert. B._____ habe schon zwei Monate vorher über ein Impingement mit Schmerzen bei Überkopfarbeiten berichtet, die Arbeit aber unverändert weitergeführt. Erst aufgrund der unfallbedingten Beschwerden habe er die Überkopfarbeiten nicht mehr ausführen können. Die Tatsache, dass er nicht sofort zum Arzt gegangen sei, sei bei einem vorher von Schmerzen geplagten Patienten mit der entsprechenden Schmerzerfahrung durchaus verständlich. Ein Patient, welcher bei entsprechender

- 5 - Krankheitserfahrung bei aktueller Verschlechterung zuerst eine abwartende Haltung einnehme, könne grundsätzlich nicht dafür "bestraft" werden. Wichtig erscheine, dass die Funktionseinschränkungen unmittelbar nach dem Unfallereignis aufgetreten seien und der Patient die Probleme falsch interpretiert habe. Objektiv gesehen bestehe eine ausgedehnte totale Ruptur der Rotatorenmanschette, welche grundsätzlich eine Listenerletzung nach unfallähnlicher Körperschädigung (UKS) darstelle. Im bildgebenden Verfahren seien zwar leichte degenerative Veränderungen dargestellt worden, jedoch unmissverständlich gute muskuläre Verhältnisse drei-einhalb Monate nach dem Unfallereignis, was sicher für eine frisch aufgetretene Ruptur der Rotatorenmanschette spreche. Abschliessend hielt der Vertrauensarzt fest, grundsätzlich sei davon auszugehen, dass auch bei einem degenerativ vorgeschädigten Gelenk unfallbedingte Läsionen auftreten könnten. Die vollständige und damit ausgedehnte Ruptur der Sehne mit anschliessenden funktionellen Einschränkungen, Zunahme der Schmerzen und adäquatem Unfallereignis im Sinne der plötzlichen Zugbelastung sprächen überwiegend wahrscheinlich für eine traumatische Genese. Dies trotz der vorbestehenden Impingement-Probleme, welche funktionell bis zum Unfalldatum den

Patienten nicht wesentlich eingeschränkt hätten. Gestützt darauf verlangte die A._____ bei der SUVA den Erlass einer anfechtbaren Verfügung.

E. 9

Nach Rücksprache mit ihrem Versicherungsarzt Dr. med. K._____, der die Korrektheit der kreisärztlichen Beurteilung bestätigte und strukturelle Läsionen durch das Unfallereignis verneinte, teilte die SUVA mit Verfügung vom 29. August 2018 B._____ mit, dass sie mangels Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 22. April 2018 und den Schulterbeschwerden links nicht leistungspflichtig sei.

E. 10

Die A._____ legte die aktualisierten Akten erneut ihrem Vertrauensarzt Dr. med. I._____ vor. Dieser hielt im E-Mail vom 12. September 2018 an seiner

- 6 - vorherigen Beurteilung fest und führte aus, die Sehnenläsion im Operationsbericht von Dr. med. G._____ vom 4. Juli 2018 sei ohne degenerative Ausfransung oder Schwächung der Sehnen, mit Nahtmaterial gut und problemlos fassbar, ohne arthritische Veränderung beschrieben worden. Die Beschreibung der intraoperativen Situation zeige somit keine Hinweise auf eine krankhafte Strukturveränderung, welche mit einer so ausgedehnten Ruptur als Ursache zu vereinbaren wäre.

E. 11

Aufgrund dieser vertrauensärztlichen Beurteilung erhob die A._____ am 28. September 2018 Einsprache gegen die Verfügung der SUVA vom 29. August 2018 insbesondere mit der Begründung, das betreffende Ereignis stelle einen klassischen Traumamechanismus dar und zudem liege eine UKS-Listenverletzung vor. Die SUVA nahm daraufhin ihre Verfügung am

E. 12

Ein weiterer operativer Eingriff fand am 13. November 2018 statt (L'Episcopo-Operation).

E. 13

Am 20. November 2018 erliess die SUVA eine neue Verfügung, wonach die Unfallversicherungsleistungen per 3. Juni 2018 (sechs Wochen nach dem Unfallereignis) eingestellt werden, da die noch bestehenden Schulterbeschwerden links aufgrund der Beurteilung ihres Kreisarztes nicht mehr unfall-, sondern ausschliesslich krankheitsbedingt seien.

E. 14

Die A._____ holte erneut eine Stellungnahme des Vertrauensarztes ein, der im Bericht vom 4. Dezember 2018 seine Auffassung bekräftigte, wonach die Schulteroperation vom 4. Juli 2018 kausal zum Unfallereignis

- 7 - stehe und nicht nachvollziehbar sei, dass eine Sehnenläsion nach sechs Wochen ausgeheilt sein soll. Am 13. Dezember 2018 erhob die A._____ deshalb erneut Einsprache, insbesondere mit der Rüge, die generelle Behauptung, die Unfallfolgen seien längstens nach sechs Wochen ausgeheilt gewesen, genüge den Anforderungen des Beweisrechts nicht.

E. 15

In der Ergänzung vom 11. März 2019 zur kreisärztlichen Beurteilung vom 16./19. Juli 2018 bestätigte Dr. med. H._____ seine Auffassung, wonach der Unfall vom 22. April 2018 überwiegend wahrscheinlich zu keinen strukturellen Unfallfolgen an der linken Schulter geführt habe und damit die am 4. Juli 2018 durchgeführte Operation nicht an strukturelle Traumafolgen adressiert gewesen sei, zumal ein degenerativer Vorzustand der linken Schulter vorliege, die Erstbehandlung erst zehn Tage nach dem Ereignis vom 22. April 2018 erfolgt sei und dabei keine für eine traumatisch verursachte Rotatorenmanschettenruptur typischen klinischen Befunde festgehalten seien. Er betonte, dass eine traumatisch verursachte Rotatorenmanschettenruptur unmittelbar zu Schmerzen und einem Kraft- und Funktionsverlust (Pseudoparalyse) der betroffenen Schulter führe. Hier sei jedoch zehn Tage nach dem Ereignis klinisch keine für eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur typische Pseudoparalyse festgehalten worden, sondern eine noch eingeschränkte Funktionsfähigkeit der linken Schulter mit immerhin möglicher Flexion bis 80 Grad, Abduktion bis zur Horizontalen und ein normaler Funktionstest des Musculus supraspinatus (Jobe-Test), was zehn Tage nach einer traumatisch bedingten kompletten Ruptur der Supraspinatussehne medizinisch nicht zu erwarten wäre. Allerdings stellte Dr. med. H._____ fest, dass der leichte degenerative Vorzustand humero-glenoidal und acromioclaviculär nicht ausreichend gewürdigt worden sei. Es sei deshalb davon auszugehen, dass bei einer unfallbedingt vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes die Unfallfolgen der linken Schulter im Beschwerdebild mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach spätestens zehn Wochen keine Rolle mehr spielten.

- 8 -

E. 16

Mit Einspracheentscheid vom 14. März 2019 hiess die SUVA demnach die Einsprache der A._____ teilweise gut und änderte ihre Verfügung vom

E. 20

In der Beschwerdeantwort vom 14. Mai 2019 verlangte die SUVA (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Sie führte insbesondere aus, auf die Ausführungen von PD Dr. med. L._____ könne abgestellt werden, denn sie erfüllten alle Anforderungen hinsichtlich des Beweiswertes. Der Hausarzt Dr. med. D._____ bediene sich der "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation, wenn er einwende, vor dem Unfall sei die linke Schulter (praktisch) symptomlos gewesen. Seine Ausführungen seien nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der versicherungsmedizinischen Beurteilung zu begründen. Zudem könne der Beurteilung von Dr. med. I._____ kein Beweiswert zugemessen werden. Dieser gehe beim Unfallhergang von einer klassischen Zerrbelastung aus, begründe dies aber nicht. Er habe ausserdem unterlassen, seine angeblich durch die Literatur gestützte Meinung mit einem entsprechenden Literaturhinweis zu untermauern. Hingegen habe PD Dr. med. L._____ ausführlich erläutert, welche Kräfte wirken müssten, um die jeweilige Sehne zu beschädigen und weshalb dies nicht mit dem stattgehabten Unfallmechanismus einhergehe. Sodann zeigten sich in den Ausführungen von Dr. med. I._____ Inkonsistenzen. Da eine operative Sanierung stattgefunden habe, könne der gleiche Zustand wie vor dem Unfall kaum mehr erreicht werden. Wenn Dr. med. I._____ aber von dem Status quo ante spreche, gehe er ebenfalls

- 21 - davon aus, dass lediglich eine vorübergehende Verschlimmerung bei Vorliegen eines Vorzustandes stattgefunden habe (aber diese nach zehn Wochen noch nicht abgeklungen sei). Wenn er zudem festhalte, es handle sich de facto um eine unfallähnliche Körperschädigung, sei ihm zu widersprechen. Vorliegend gehe es nicht um eine unfallähnliche Körperschädigung. Die Beschwerdegegnerin habe einen Unfall anerkannt und diesen als Teilursache für die Schulterbeschwerden berücksichtigt sowie entsprechend die Versicherungsleistungen übernommen. Sie gehe aber davon aus, dass die strukturellen Veränderungen krankhafter Natur seien, auch wenn die Beschwerden zumindest vorübergehend durch das Ereignis vom

E. 22

April 2018. Die Erstbehandlung erfolgte erst zehn Tage später am 2. Mai 2018 beim Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Innere Medizin, Sportmedizin (vgl. Bg-act. 8). Dabei wird am 21. Juni 2018 dokumentiert, dass gemäss MRI vom 4. Juni 2018 eine komplette transmurale Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne mit Partialruptur der Subscapularissehne und konsekutiver Subluxation der Biceps longus-Sehne vorlag. Dennoch sollen die Lift-off und Jobe-Testung laut Dr. med. D._____ normal verlaufen sein (vgl. Bg-act. 8). Eine Fraktur konnte radiologisch am

- 27 - 31. Mai 2018 bzw. im MRI vom 4. Juni 2018 nicht festgestellt werden (vgl. Bg-act. 8, 27, 64/4). Sodann wird ein Crescendo-Verlauf beschrieben: Der Beigeladene schildert, dass er nach dem Unfallereignis "zwei Wochen mit Schmerzen gearbeitet [hat], fast alles mit rechts gemacht, die Schulter mit Cortison behandelt, aber zunehmend ging überhaupt nichts mehr" (Bg-act. 9), was gemäss PD Dr. med. L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, für ein unfallunabhängiges degeneratives Geschehen spricht (vgl. Bg-act. 64/6). Kreisarzt Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wies am 16./19. Juli 2018 darauf hin, dass die Ursache für Rotatorenmanschettenrupturen vor allem bei älteren Patienten auf degenerative Veränderungen zurückzuführen und nur gelegentlich traumatisch bedingt sei (vgl. Bg-act. 27/3), was beim im Ereigniszeitpunkt knapp 64-jährigen Beigeladenen vorgelegen haben dürfte. Wie Dr. med. H._____ weiter bemerkte, wurde anlässlich der medizinischen Erstbehandlung, erst zehn Tagen nach dem betreffenden Ereignis, kein Kraft- und Funktionsverlust (Pseudoparalyse) angegeben. Zudem bestand keine unmittelbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach dem Ereignis (vgl. Bg-act. 27/3). Am 20. August 2018 stellte auch Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass das Unfallereignis zwar stattgefunden habe, aber keine strukturellen Läsionen verursacht habe (vgl. Bg-act. 34). In seiner Beurteilung vom 11. März 2019 kommt Dr. med. H._____ auf seine Einschätzung bezüglich des Wegfalls der Unfallkausalität ("längstens 6 Wochen nach Ereignis" [Bg-act. 44]), zurück und beurteilt unter verstärkter Würdigung des leichten degenerativen Vorzustands humeroglenoidal und acromioclaviculär, dass die unfallbedingte vorübergehende Verschlimmerung spätestens nach zehn Wochen keine Rolle mehr spiele (vgl. Bg-act. 57). Diese Einschätzung wird von PD Dr. med. L._____ am 10. Mai 2019 gestützt und durch Hinweis auf den vom Schweizerischen Versicherungsverband (SVV) herausgegebenen Reintegrationsleitfaden belegt (vgl. Bg-act. 64/10). Zu den Feststellungen der Dres. E._____ und

- 28 - F._____ im Kantonsspital Graubünden, Departement Chirurgie/Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wonach am 27./28. Juni 2018 im Röntgenbild

ein Acromion Typ II nach Bigliani und im Arthro-MRI zusätzlich eine Zerrung der glenohumeralen Ligamenta und keine Atrophie-Zeichen der Rotatorenmanschettenmuskulatur festgestellt wurden, nimmt PD Dr. med. L._____ überzeugend – insbesondere zu den fehlenden Atrophie-Zeichen – Stellung. Anhand der MRI vom 4. Juni 2018 beschreibt er, wie sich die Muskeln supraspinatus und infraspinatus in wesentlichen Anteilen deutlich degeneriert und fettig infiltriert zeigten (vgl. Bg-act. 64/8). Die Herleitung, Begründung, Belegung des Unfallereignisses und dessen weiteren Verlaufs, wie PD Dr. med. L._____ sie anstellt (ungeeigneter Unfallmechanismus zur gleichzeitigen Zerreissung beider Supraspinatus- und Infraspinatussehnen und teilweisen Zerreissung der Subscapularissehne, fehlender Decrescendo-Verlauf, verzögerter Arztbesuch, Bildgebung mit fettiger Infiltration, deren Hinweise gemäss Literatur erst innerhalb eines Intervalls von ca. zwei Jahren nach einer Zusammenhangstrennung der Sehnen zu erwarten seien) erscheinen stichhaltig. Die Beurteilung von PD Dr. med. L._____ vom 10. Mai 2019 ist von Seiten der Beschwerdeführerin im Übrigen unwidersprochen geblieben. Die Beurteilung von PD Dr. med. L._____ ist für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und als Aktengutachten (inklusive Bildgebung) rechtskonform. Die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge leuchtet ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. Die Beurteilungen des Versicherungsarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. I._____, sind nicht geeignet, geringe Zweifel an der schlüssigen und zuverlässigen Einschätzung der Versicherungsmediziner der Beschwerdegegnerin zu wecken. Ausserdem beruht die Argumentation von Dr. med. D._____, wonach vor dem Unfall die linke Schulter (mit Ausnahme von Überkopparbeiten) symptomlos gewesen sei, danach indessen eine massive Einschränkung der Bewegungsfähigkeit aufgetreten sei (vgl. Bg-act.

- 29 - 18) auf der unzulässigen Beweisregel "post hoc ergo propter hoc" (vgl. BGE 119 V 335 E.2b/bb). Zudem ist sein Bericht mit Vorbehalt zu würdigen, da behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_68/2020 vom 11. März 2020 E.5.1). Der Beschwerdegegnerin ist demnach der Nachweis, dass der Unfall vom 22. April 2018 nach zehn Wochen nicht mehr ursächlich für den Gesundheitsschaden ist, überwiegend wahrscheinlich gelungen. 6. Die Leistungseinstellung per 1. Juli 2018 ist somit rechtens. Eine Rückweisung erscheint nicht notwendig, da die erfolgten Abklärungen vollständig sind und von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen keine neuen wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_616/2013 vom 28. Januar 2014 E.2.1 m.H.). Der angefochtene Einspracheentscheid ist somit zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 7. Gemäss der Regel in Art. 61 lit. a ATSG werden für dieses Verfahren keine Kosten erhoben. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

- 30 - Demnach erkennt das Gericht:

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