

200 14 1141 UV
MAW/JAP/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 10. August 2015

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiber Jakob

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

SUVA
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2014



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (fortan Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) stand bis zum 31. Januar 2013 in einem Arbeitsverhältnis und war über ihre Arbeitgeberin bei der D. _____ gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten obligatorisch unfallversichert. Ab 1. Februar 2013 bezog sie Arbeitslosenentschädigung und war über die SUVA unfallversichert (vgl. Akten der SUVA [act. IIA], 9, 35/11, 51/31, 51/41, 51/73, 51/75 Ziff. 2.1, 62). Am 24. Februar 2013 rutschte sie beim Einsteigen in einen Personenwagen an einem Bordstein ab und schlug mit dem Unterkiefer auf dem Fahrzeug auf, wodurch die Restzähne 35-44 gelockert und gleichentags zahnärztlich extrahiert wurden (act. IIA 1, 6, 12, 35/11, 47/4 f., 51/17, 94/14). Während die D. _____ ihre Leistungszuständigkeit am 29. Juli 2013 formlos verneinte (act. IIA 53/2), erteilte die SUVA «pro forma» bis zu einem Maximalbetrag von Fr. 3'000.-- Kostengutsprache für eine Unterkiefertotalprothese (act. IIA 69) und sprach mit Verfügung vom 14. April 2014 (act. IIA 83) für die attestierte Arbeitsunfähigkeit bis 15. September 2013 sowie – im Zusammenhang mit dem Einsetzen einer provisorischen Unterkiefertotalprothese – vom 5. bis 9. Dezember 2013 Taggeld zu. Eine hiergegen erhobene Einsprache (act. IIA 86), mit welcher die Versicherte die weitere Taggeldausrichtung sowie den Ersatz der unteren Zahnreihe durch eine implantatgestützte Prothese forderte, wies die SUVA mit Entscheid vom 15. Mai 2014 (act. IIA 90) ab.

B.

Mit Eingabe vom 28. November 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Beschwerde und beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei kostenfällig aufzuheben, das Taggeld sei – unter Anrechnung der für die Zeit vom 5. bis 9. Dezember 2013 erbrachten Leistungen – ab 16. September 2013 bis auf weiteres zu gewähren und es sei Kostengutsprache für den Ersatz der unteren Zahnreihe durch eine

implantatgestützte Prothese zu erteilen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2015 beantragte die SUVA (fortan Beschwerdegegnerin), vertreten durch Rechtsanwältin C._____, die Beschwerde sei insoweit gutzuheissen, als die SUVA zu verpflichten sei, für die Zeit ab dem 17. September bis 4. Dezember 2013 Taggeld auf Basis einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszurichten; im Übrigen sei die Beschwerde abzuweisen.

Replicando bestätigte die Beschwerdeführerin am 26. Mai 2015 ihre Rechtsbegehren und stellte zusätzliche Verfahrens- und Beweisanträge.

In ihrer Duplik vom 8. Juli 2015 hielt die Beschwerdegegnerin am gestellten Antrag fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 2 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechts-

pflge [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2014 (act. IIA 90). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf gesetzliche Unfallversicherungsleistungen in Form von Taggeld sowie Heilbehandlung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Februar 2014. Dabei ist insbesondere zu entscheiden, ob die Beschwerdegegnerin nach der Leistungseinstellung per 15. September 2013 zu Recht einzig noch vom 5. bis 9. Dezember 2013 Taggeld gewährte bzw. ob sie zulässigerweise einen Anspruch auf einen Ersatz der «unteren Zahnreihe» durch eine implantatgestützte Prothese verneinte. Ausserhalb des Anfechtungs- und Streitgegenstandes (BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164 f.; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1, 2010 BVG Nr. 14 S. 56 E. 4.1) steht dagegen ein allfälliger Anspruch auf Unfallversicherungsleistungen im Zusammenhang mit den ebenfalls auf das Ereignis vom 24. Februar 2014 zurückgeführten Fussbeschwerden links (act. IIA 20, 22, 24, 41, 51/18, 51/24 f., 94/14; Replik S. 5 Ziff. III Art. 8).

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Es ist unbestritten, dass das gemeldete Ereignis vom 24. Februar 2013 den Unfallbegriff im Sinne der vorgenannten Legaldefinition erfüllte. Der Unfall ereignete sich während der Nachdeckung (vgl. Art. 3 Abs. 2 UVG) der D._____, zumal die Beschwerdeführerin für die damals bereits bestehende Arbeitsunfähigkeit Leistungen einer privaten Kollektiv-Krankentaggeldversicherung bezog (act. IIA 51/28, 64/2), die bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses per 31. Januar 2013 als Lohnersatz gemäss Art. 7 Abs. 1 lit. b der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) und nicht als reine Versicherungsleistungen zu qualifizieren waren (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 8. Juli 2015, 8C_147/2015, 8C_149/2015, E. 5.2). Darüber hinaus schloss die Beschwerdeführerin mit der D._____ eine Abredeversicherung nach Art. 3 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 8 UVV für die Höchstdauer von 180 Tagen ab (act. IIA 13, 35/11 Ziff. 14, 35/14). Weil die Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2013 Taggeld der Arbeitslosenversicherung bezog (act. IIA 9, 21), bestand ab diesem Zeitpunkt gemäss Art. 2 f. der Verordnung vom 24. Januar 1996 über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen (UVAL; SR 837.171) zusätzlich eine Versicherungsdeckung über die SUVA. Bei dieser Konstellation einer Doppelversicherung ist die SUVA als neue Versicherung für das Ereignis vom 24. Februar 2013 zuständig (vgl. BGE 127 V 458), weshalb sie ihre Leistungszuständigkeit zu Recht anerkannt hat.

3.

3.1 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

3.1.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als 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, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen («conditio sine qua non»; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen gehören sodann Umstände, ohne die die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung ist also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts «conditio sine qua non» war. Anders verhält es sich, wenn der Unfall nur Gelegenheits- oder Zufallsursache ist, welche ein gegenwärtiges Risiko, mit dessen Realisierung jederzeit zu rechnen gewesen wäre, manifest werden lässt, ohne im Rahmen des Verhältnisses von Ursache und Wirkung eigenständige Bedeutung anzunehmen (SVR 2012 UV Nr. 8 S. 29 E. 4.2.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

3.1.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint

(BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

3.2 Der Versicherte hat Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen, insbesondere auf ambulante Behandlungen durch den Zahnarzt, auf vom Zahnarzt verordnete Arzneimittel und Analysen sowie die der Heilung dienlichen Mittel und Gegenstände (vgl. Art. 10 Abs. 1 lit. a, b und e UVG). Zudem hat er unter anderem Anspruch auf einfache und zweckmässige Hilfsmittel in Form von Zahnprothesen (vgl. Art. 11 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 UVG; Art. 11 Abs. 1 Satz 2 UVG i.V.m. Art. 19 UVV sowie Art. 1 Abs. 1 der Verordnung vom 18. Oktober 1984 über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Unfallversicherung [HVUV; SR 832.205.12] und Ziff. 5.05 Anhang HVUV).

Der Behandlungsanspruch umfasst nicht alle erdenklichen medizinischen Vorkehren, sondern lediglich die zur Wiederherstellung der Gesundheit nötigen Massnahmen unter Einsatz angemessener Mittel. Dementsprechend haben sich alle Behandlungsmassnahmen gemäss Art. 54 UVG auf das den Behandlungszweck geforderte Mass zu beschränken. Der Versicherer hat demnach sowohl gegenüber dem die Behandlung ausführenden Arzt als auch gegenüber dem Versicherten das Recht, die Übernahme von unnötigen therapeutischen oder von solchen Massnahmen, die durch weniger kostspielige ersetzt werden können, abzulehnen (RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 240).

3.3 Ist der Versicherte infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG), so hat er Anspruch auf ein Taggeld. Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag (Art. 16 Abs. 1 UVG). Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod des Versicherten (Art. 16 Abs. 2 UVG).

4.

4.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

4.1.1 Die am 24. Februar 2013 erstbehandelnden Zahnärzte im E._____ erstellten ein Orthopantomogramm (OPT; act. IIA 31, 59/2), diagnostizierten eine Rissquetschwunde mit Zahntrauma und vermerkten als unfallbedingten Befund eine Subluxation sowie Kontusion der Zähne 34-44 (vgl. zum Gebisschema: PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 266. Auflage 2014, S. 751), wobei diese parodontal vorgeschädigt gewesen seien. Sie extrahierten die betroffenen Restzähne (34-44) und erachteten als definitive Versorgung aufgrund der verminderten Alveolarkamm-Breite eine Implantatversorgung gemäss Kostenvoranschlag (im Betrag von Fr. 14'920.10 [act. IIA 35/21, 56/5, 60/6]) als indiziert (act. IIA 14, 25/3 f., 35/22 f., 56/3 f., 60/2-5).

4.1.2 Der am Tag nach dem Unfallereignis und danach mehrfach konsultierte Hausarzt Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, attestierte vom 14. März bis 15. September 2013 sowie vom 1. Dezember 2013 bis 31. Januar 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. IIA 5, 7, 12, 16 f., 23, 26, 34, 38, 44, 67, 68; Akten der Beschwerdeführerin [act. I], 9/1). Er bemerkte, dass seine Patientin, die zuletzt als ... gearbeitet habe und auf Stellensuche sei, in dieser Branche ohne Zähne im Unterkiefer natürlich nicht «vermittelbar» sei (act. IIA 12, 35/18). Später begründete er die Arbeitsunfähigkeit zusätzlich mit Ernährungsschwierigkeiten; die Beschwerdeführerin könne keine feste Nahrung mehr zu sich nehmen, habe Gewicht verloren und leide unter chronischen Durchfällen (act. IIA 68/2).

4.1.3 Auf Aktenvorlage führte der beratende Zahnarzt der D._____, Dr. med. dent. G._____, in einer Stellungnahme vom 13. März 2013 (act. IIA 35/20) aus, er halte es für nicht nachvollziehbar, dass vom Schlag gleich alle Zähne betroffen gewesen seien; zudem schienen die Zähne 33 und 34 massiv kariös gewesen zu sein. Dass gleich sämtliche Zähne saniert werden müssten bedürfe einer detaillierten Begründung. Falls tatsächlich alle Zähne hätten extrahiert werden müssen, sei doch anzunehmen,

dass dies bei einigen aus unfallfremden Gründen durchgeführt worden sei. Insofern – und weil vollendete Tatsachen vorlägen, da die Zähne bereits extrahiert worden seien – könne die D. _____ nur für die wirtschaftlichste Lösung aufkommen. Dies bedeute eine Totalprothese ohne Implantatunterstützung. Es sei ein revidierter Kostenvoranschlag vorzulegen.

Der seitens des E. _____ am 23. März 2013 neu erstattete Kostenvoranschlag für eine Totalprothese im Betrag von Fr. 2'396.30 (act. IIA 35/19) erachtete Dr. med. dent. G. _____ als in Ordnung (act. IIA 35/16).

4.1.4 Im Bericht des E. _____ vom 2. Mai 2013 (act. IIA 47/4) bestätigte Dr. med. dent. H. _____, dass die klinische Untersuchung durch Dr. med. dent. I. _____ am Unfalltag einen Lockerungsgrad II-III der verbliebenen Zähne und das OPT eine parodontale Vorschädigung ergeben habe. Die Beschwerdeführerin habe der Entfernung der Zähne 35-44 zugestimmt und diese seien lege artis entfernt worden. Anlässlich der postoperativen Wundkontrolle sowie Beratung einer prothetischen Versorgung am 26. Februar 2103 sei ihr aufgrund ihres Alters und eines noch klinisch völlig intakten Unterkieferknochens im Wundgebiet zu einer implantatgestützten Unterkiefer-Teleskopversorgung geraten worden, da dies die optimale langfristige Versorgung bei maximalem Knochenerhalt darstelle. Eine reine schleimhautgetragene Unterkiefervollprothese hätte langfristig aufgrund der Atrophie des Unterkieferknochens eine bei weitem schlechtere Prognose.

4.1.5 In einer Aktenstellungnahme der Beschwerdegegnerin vom 23. Juli 2013 (act. IIA 43) wies der SUVA -Kreisarzt Dr. med. J. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit schwierig zu beurteilen sei, da die Beschwerdeführerin gemäss Dossier mit Kundenkontakt gearbeitet habe, was zahnlos schwer zumutbar sei; auch die Stellensuche sei so schwierig.

4.1.6 Als beratender Zahnarzt der Beschwerdegegnerin erklärte Dr. med. dent. K. _____, Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin SSO, am 18. August 2013 (act. IIA 66), dass durch den Unfall die Zähne 35-44 subluxiert worden seien, wobei zu erwähnen sei, dass sämtliche Zähne in einem parodontal sehr schlechtem Zustand gewesen seien und

die erhöhte Beweglichkeit durchaus auch diesem Umstand zuzuschreiben sei. Gemäss Unfallformular seien die fehlenden Kronen der Zähne 33 und 34 nicht auf den Unfall zurückzuführen; ebenso wenig stelle der apikale Befund am Zahn 34 eine Unfallfolge dar. Die Zähne 31, 35, 42, 43, 44 wären gemäss OPT mit entsprechenden Prohylaxemassnahmen durchaus erhaltbar gewesen, so dass von einer Räumung aller Zähne hätte abgesehen werden können. Aufgrund der fehlenden Zähne und des parodontal schlechten Zustands seien implantatgetragene Versorgungen nicht mehr adäquat. Da bereits sämtliche Zähne entfernt worden seien, könne lediglich eine Unterkiefer-Totalprothese evtl. «pro forma» übernommen werden.

Zur Frage der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit führte Dr. med. dent. K._____ am 25. August 2013 aus, dass nach einer Räumung und Abgabe einer provisorischen Prothese normalerweise einige (zirka vier) Tage eine Einschränkung bestehe bis die Schwellung nachlasse; bei einer Extraktion von zwei Zähnen gelte dies jedoch nur, wenn Komplikationen aufträten. Da nach seiner Beurteilung viele Zähne nur bedingt und nicht unfallkausal extraktionswürdig bzw. die meisten Zähne zu erhalten gewesen wären, sei die Räumung und die damit zusammenhängende Arbeitsunfähigkeit nicht unfallkausal. Die Totalprothese sei notabene lediglich «pro forma» übernommen worden, weil die Räumung ohne Zustimmung der Versicherung erfolgt sei, sonst wäre eine Teilprothese bewilligt worden (act. IIA 65).

4.1.7 Dr. med. dent. L._____ legte der Beschwerdegegnerin am 8. November 2013 einen Kostenvoranschlag für eine Sofort-/Immediatprothese im Betrag von Fr. 1'366.35 vor (act. IIA 77), die nach erteilter Kostengutsprache (act. IIA 78) am 4. Dezember 2013 vom zahntechnischen Labor geliefert wurde (vgl. Akten der Beschwerdegegnerin [act. II], 2/3). Im Bericht vom 8. Mai 2014 (act. IIA 86/9) gab er an, die Beschwerdeführerin habe ihn am 17. Oktober 2013 konsultiert. Der Behandlungsbedarf sei gross gewesen, da keine normale Kaufunktion mehr möglich gewesen sei. Er habe der Beschwerdeführerin empfohlen zumindest eine provisorische Unterkiefer-Totalprothese (Immediatprothese) anfertigen zu lassen. Die Kamm- und intermaxillären Verhältnisse seien aber sehr ungünstig (protrudierter Unterkiefer, evtl. als Folge der Räumung vom Januar 2013), so dass

weder ein guter Halt (der im zahnlosen Unterkiefer sowieso sehr selten gelinge) noch eine befriedigende Kaufunktion erreichbar gewesen sei. Während ungefähr vier Monaten sei in mehreren Sitzungen erfolglos versucht worden zumindest zu erreichen, dass die Kaufunktionalität wieder hergestellt sei. Erschwerend komme auch der Würgereiz hinzu, der auch nicht erlaube, die Extension der Prothese so zu gestalten, dass ein besserer Halt erreicht werde. Eine implantatgestützte Prothese stelle die einzige Möglichkeit für eine langfristig stabile Behandlungsentität dar.

4.1.8 In seiner Aktenstellungnahme vom 20. Juli 2014 (act. IIA 89) rekapitulierte Dr. med. dent. K._____ seine bisherigen Beurteilungen und ergänzte hauptsächlich, dass weder er noch Dr. med. dent. G._____ der Meinung seien, dass eine notfallmässig-unmittelbare totale Räumung indiziert gewesen sei. Vielmehr hätte die Schienung in diesem Fall als Notfallmassnahme genügt, um eine entsprechende Zustimmung der Unfallversicherung abzuwarten; der Zahnarzt sei im Rahmen der Notfallbehandlung weit über dieses Ziel hinausgegangen. Die Entfernung sämtlicher Zähne im Unterkiefer sei deshalb keine kausale Unfallfolge. Einige Zähne wären nach Sanierung als Pfeiler für eine Unterkiefer-Modellguss-Prothese in Frage gekommen. Nach der Räumung bleibe lediglich die Übernahme einer Unterkiefer-Totalprothese. Aufgrund des Gebisszustandes vor dem Unfall seien implantatgetragene Versorgungen nicht mehr adäquat. Bei der Extraktion einiger weniger Zähne besteht keine Arbeitsunfähigkeit, solange es nicht zu grösseren Entzündungen komme. Bei einer Räumung des Kiefers könne schwellungsbedingt zudem eine Arbeitsunfähigkeit – je nach Tätigkeit – im Rahmen einiger weniger Tage notwendig werden. Die Arbeitsunfähigkeit richte sich nach dem Abheilen der Extraktionswunde. Eine langfristige Arbeitsunfähigkeit aufgrund eingeschränkter Nahrungsaufnahme bei Zahnlosigkeit sei nicht gegeben. Es gebe viele Personen die sich trotz prothetisch unterversorgter Zahnlosigkeit gut ernähren könnten und bei bester Gesundheit seien.

4.1.9 Dr. med. dent. L._____ gab am 20. November 2014 an, die Beschwerdeführerin habe ihn erstmals am 14. März 2007 konsultiert. Die klinische Untersuchung habe damals gezeigt, dass im Oberkiefer alle verbleibenden Zähne extraktionswürdig gewesen seien und nur noch eine

Totalprothese möglich gewesen sei. Im Unterkiefer sei ein Lückengebiss vorhanden gewesen, welches aber damals keiner prothetischen Rekonstruktion bedurft habe. Im Juli 2008 seien die dringend notwendigen Extraktionen durchgeführt worden, danach sei die Beschwerdeführerin erst wieder im April 2011 zur Behandlung erschienen und die restlichen Arbeiten, inklusive Anfertigung der Oberkiefer-Totalprothese, seien bis zum 28. Juli 2011 durchgeführt worden. Im Unterkiefer habe bis dahin kein Behandlungsbedarf bestanden. Die Beschwerdeführerin habe sich erst am 26. März 2013 wieder gemeldet, nachdem alio loco zu seiner Verwunderung alle restlichen Unterkieferzähne extrahiert worden seien (act. IIA 93).

4.1.10 Der neue Hausarzt Dr. med. M. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, bescheinigte vom 1. bis 28. Februar 2015 eine vollständige unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit (act. I 9/2) und erklärte im Attest vom 13. März 2015 (act. I 10), die Beschwerdeführerin habe wegen ungenügender Zahnprothesenversorgung sukzessive an Gewicht verloren, da sie die notwendigen Speisen nicht mehr richtig kauen könne und mit konsekutiven Verdauungsstörungen wie Durchfall und Übelkeit zu kämpfen habe. Aktuell betrage der Body-Mass-Index (BMI) 17.5 kg/m², was einer Kachexie entspreche. Es seien eine Verschlechterung des Allgemein- und Ernährungszustandes respektive eine konsekutive Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall aufgetreten. Im Weiteren bestehe eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), welche sich wegen der Zahnproblematik zunehmend verstärke. Eine Implantatversorgung mit aufgesetzter Prothese im Unterkiefer sei indiziert, da die einfache Prothesenversorgung nicht funktioniere bzw. wegen zunehmender Atrophie der Unterkiefer-Pilgern nicht funktionieren könne.

4.1.11 Im Bericht vom 2. März 2015 (act. I 11) über eine ambulante Konsultation im Spital N. _____ im Zusammenhang mit einer im Juli 2012 implantierten Hüft-Total-Endoprothese rechts vermerkte der Chefarzt Dr. med. O. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, als Nebendiagnosen einen Status nach traumatischer Kiefer- und Zahnverletzung mit chronischer Diarrhoe sowie chronischem Gewichtsverlust. Er vertrat unter anderem die Ansicht, dass bezüglich der nicht sanierten Situation im Mund sicher ein erhöhtes

Risiko für eine Infektion der Hüftprothese bestehe und aus orthopädischer Sicht wünschenswert wäre, dass die gastrointestinalen Probleme möglichst schnell gelöst werden.

4.1.12 In einer Stellungnahme vom 20. Juli 2014 (richtig wohl: Januar 2015 [Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. III Ziff. 7]; act. II 3) erklärte Dr. med. dent. K. _____ im Zusammenhang mit einer möglichen Gefährdung des künstlichen Hüftgelenkes, dass der bereits vor dem Unfall bestandene schlechte parodontale Zustand des Restgebisses für eine eventuelle Bakteriämie verantwortlich sei. Des Weiteren sei gemäss OPT genügend Kamm (Anschlag) am Unterkiefer vorhanden gewesen, um der Prothese entsprechenden Halt zu geben. Es sei klar, dass der Halt einer Unterkiefer-Totalprothese durch das Setzen von Implantaten verbessert werde, dies sei jedoch immer auch eine Frage des Copings und der Adäquanz. In einem parodontal unsanierten Gebiss, oder wenn der Patient nicht eine korrekte Mundhygiene erreichen könne, seien Implantate nicht indiziert. Dr. med. dent. K. _____ zeigte das seines Erachtens zweckmässige und wirtschaftliche dreistufige Prozedere auf und führte unter anderem aus, die meisten Probleme in Bezug auf den Würgereiz lägen bei der Oberkieferprothese. Es könne über ein nachträgliches Setzen von Implantaten unter die bestehenden Prothesen diskutiert werden, dies habe aber immer unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit zu geschehen. Zur gesunden Ernährung seien Zähne nicht notwendig, notfalls könne weiche Kost in kleinen mundgerechten Portionen eingenommen oder im schlimmsten Fall püriert werden. Aus ästhetischer und phonetischer Sicht sei die Beschwerdeführerin bereits nach der Räumung mit der Oberkieferprothese zumindest befriedigend versorgt gewesen. Dies gelte auch weiter für die Zeit nach dem 16. September 2013. Schwellungsbedingt könne die Arbeitsfähigkeit – je nach Tätigkeit – bei einer Räumung eines Kiefers einige wenige Tage (normalerweise vier Tage) eingeschränkt sein. Sei die Extraktionswunde abgeheilt, bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen

Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Die Beschwerdegegnerin hat unter Hinweis auf Art. 6 Abs. 3 UVG im Beschwerdeverfahren anerkannt, dass der zahnlose Zustand am Unterkiefer zumindest eine mittelbare Unfallfolge darstellt und damit ihre Leistungspflicht berührt, auch wenn sie nach wie vor der Ansicht ist, die Extraktion der Zähne wäre nicht notwendig gewesen (Beschwerdeantwort S. 2 f. Ziff. III Ziff. 4). Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf Art. 36 Abs. 1 UVG, sowie gestützt auf die medizinische Aktenlage, kann in tatsächlicher Hinsicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne weiteres eine natürliche (Teil-) Kausalität zwischen dem Unfallereignis und der Extraktion der Zähne als erstellt gelten.

Ebenfalls anerkannt ist die aus dem zahnlosen Zustand abgeleitete vollständige Arbeitsunfähigkeit aus ästhetischen Gründen bzw. die diesbezüglich geltend gemachte und durch die Dres. med. F. _____ und J. _____ (act. IIA 12, 35/18, 43, 68/2) angenommenen Schwierigkeiten eine Arbeitsstelle zu suchen oder gar anzutreten (Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. III Ziff. 3). Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin auch beantragt, die Beschwerde teilweise gutzuheissen und das Taggeld ab 17. September bis zum 4. Dezember 2013 (Einsetzen der Immediatprothese) zu-

zusprechen (Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. I). Da die Taggeldauszahlung bis 15. September 2013 erfolgte (act. IIA 71, 83/1), ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin – entgegen ihrem Antrag – eine weitere Taggeldberechtigung bereits ab 16. September 2013 und nicht erst ab 17. September 2013 anerkennt. Der für die Phase bis 4. Dezember 2013 (annähernd) übereinstimmende Antrag der Parteien entspricht der Sach- und Rechtslage: Zwar war die Beschwerdeführerin – anders als von ihr behauptet (Replik S. 10 Ziff. III Art. 10) – bereits seit 15. Mai 2012 und offenbar auch über den Unfallzeitpunkt hinaus krankheitsbedingt arbeitsunfähig (act. IIA 51/24 Ziff. 5, 51/28, 51/72, 51/113-118, 51/125 Ziff. 4.4), ein Taggeldanspruch gegenüber der Unfallversicherung entfällt jedoch lediglich gänzlich, wenn eine dauernde unfallfremde Ursache vorliegt (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 20. Januar 2006, E. 2.2.1). Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise dafür, dass die vorbestehende krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit auch ab 16. September 2013 noch bestanden hätte und insoweit die unfallbedingte Kausalität des Erwerbsausfalls entfallen wäre. Des Weiteren wäre die arbeitslose Beschwerdeführerin aus rein ästhetischen Gründen wohl in einer Tätigkeit ohne Publikumsverkehr (beispielsweise in einem «Backoffice») durch die fehlenden Zähne nicht beeinträchtigt gewesen, dies wäre in der Taggeldphase gestützt auf Art. 6 Satz 2 ATSG jedoch prinzipiell erst nach sechs Monate dauernder Arbeitsunfähigkeit bzw. einer zusätzlichen Anpassungsfrist von mindestens drei bis fünf Monaten zu berücksichtigen (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 2. Aufl. 2009, Art. 6 N. 20 f.).

Anhand der vorstehend dargestellten medizinischen Aktenlage bleibt damit der Taggeldanspruch ab 10. Dezember 2013 (die zusätzliche Angewöhnungszeit nach dem Einsetzen der Immediatprothese vom 5. bis zum 9. Dezember 2013 wurde bereits mit Verfügung vom 24. Februar 2013 [act. IIA 83] zugestanden) bzw. der Anspruch auf eine implantatgestützte Unterkiefer-Prothese zu prüfen. Dabei ist seitens der Beschwerdegegnerin unbestritten, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine bessere Versorgung als mit der Immediatprothese hat (Beschwerdeantwort S. 4 f. Ziff. III Ziff. 9; Duplik S. 4 ad Ziff. III Art. 9), weil diese – als Provisorium – in erster Linie der Ästhetik dient und es auch naheliegend ist, dass damit die Kaufunktion nicht (ausreichend) wiederhergestellt ist (vgl. PSCHYREMBEL,

Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl. 2014, S. 994; CAESAR/LEHMANN, Grundwissen für Zahntechniker, Die Teilprothese, 1993, S. 142 f.). Anders als diese Immediatprothese oder eine andere schleimhauttragende abnehmbare Zahnprothese (Ziff. 5.05 Anhang HVUV), erfüllt die beantragte implantatgestützte Prothese den Hilfsmittelbegriff nicht (vgl. BGE 115 V 191 E. 2 S. 194), weshalb der Anspruch unter dem Titel der Heilbehandlung zu beurteilen ist (vgl. E. 3.2 hievor).

4.4 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. Oktober 2014 (act. IIA 90) basiert in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf der Beurteilung des beratenden Zahnarztes Dr. med. dent. K._____. Dessen fachärztliche Beurteilung erfüllt die höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 4.2 hievor) und erbringt sowohl hinsichtlich der Frage nach der Arbeitsunfähigkeit als auch bezüglich des Anspruchs auf eine Versorgung mittels einer implantatgestützten Prothese vollen Beweis:

4.4.1 Dr. med. dent. K._____ legte in seiner Stellungnahme vom 20. Juli 2014 (act. IIA 89) nachvollziehbar dar, dass nach dem Abheilen der Extraktionswunde keine langfristige Arbeitsunfähigkeit aufgrund eingeschränkter Nahrungsaufnahme bei Zahnlosigkeit auftreten kann und eine gute Ernährung auch bei prothetisch unterversorgter Zahnlosigkeit möglich ist. Die reduzierte Kau-effizienz Zahnloser führt zu einer Veränderung der Ernährungsgewohnheiten; die von ihnen aufgenommene Nahrung ist zwar nicht energieärmer als die von Bezahnten, sie ist aber durch den Mangel an einigen Vitaminen und Ballaststoffen ernährungsmedizinisch ungünstiger zusammengesetzt (vgl. GERNET/BIFFAR/SCHWENZER/EHRENFELD, Zahnärztliche Prothetik, 4. Aufl. 2011, S. 167). Diesem Defizit kann aber dadurch begegnet werden, dass weiche Kost in kleinen mundgerechten Portionen eingenommen oder püriert wird, worauf Dr. med. dent. K._____ in der im Beschwerdeverfahren aufgelegten Stellungnahme (act. II 3) überzeugend hinwies. Ebenso einleuchtend zeigte er in dieser neusten Beurteilung auf, dass der geklagte Würgereiz hauptsächlich mit der bereits vorbestehenden Oberkieferprothese zusammenhängt. Es entspricht der Erfahrung, dass bei Oberkieferprothesen wegen des gesteigerten Würgereizes von den Patienten häufig eine gaumenfreie Gestaltung gewünscht wird (TETSCH/TETSCH, Fortschritte der zahnärztlichen Implantato-

logie, 1996, S. 150), während der Würgereiz beim Unterkiefer im allgemeinen geringer ist (vgl. REINHARD MARXKORS, Lehrbuch der zahnärztlichen Prothetik, 4. Aufl. 2007, S. 143). Die von den Dres. med. F._____, M._____, und O._____ angeführten Ernährungs- und Verdauungsprobleme (act. IIA 68/2; act. I 10 f.) könnten damit von der Beschwerdeführerin durch zumutbare Anstrengungen ohne weiteres kompensiert (Zerkleinern oder Pürieren der Speisen) werden bzw. sind nicht unfallkausal (Würgereiz). Was das vom Letzteren postulierte erhöhte Risiko für Infektionen der Hüftprothese (act. I 11) anbelangt, begründet dies zumindest im Rahmen des massgebenden zeitlichen Überprüfungszeitraumes (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140) von vornherein keine Arbeitsunfähigkeit. Zudem wies Dr. med. dent. K._____ richtigerweise auf den schlechten parodontalen Vorzustand des Restgebisses hin (act. II 3). Die Behauptung der Beschwerdeführerin, wonach sie bis zum Unfall über gesunde Unterkieferzähne verfügt habe (Beschwerde S. 8 Ziff. III Art. 6), findet in den Akten keinen Rückhalt. Wohl bedurfte das Lückengebiss gemäss Dr. med. dent. L._____ im Jahr 2011 noch keiner prothetischen Rekonstruktion (act. IIA 93), unmittelbar nach dem Unfall im Jahr 2013 präsentierten sich die Restzähne jedoch parodontal vorgeschädigt (act. IIA 14, 25/3 f., 35/22 f., 56/3 f., 60/2-5).

Insgesamt ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht aus körperlichen bzw. funktionellen, sondern aus rein ästhetischen Gründen eingeschränkt war. Da der optische Mangel des zahnlosen Unterkiefers für die Zeit ab dem 10. Dezember 2013 durch den (provisorischen) Zahnersatz kompensiert wurde, fiel die Grundlage für einen Taggeldanspruch spätestens auf diesen Zeitpunkt dahin. Dass die Beschwerdeführerin die Immediatprothese nicht mehr verwendet (Replik S. 8 Art. 9) und bisher auch auf das Anfertigen der längst zugesprochenen definitiven Unterkiefer-Totalprothese verzichtet hat, ist dabei nicht von Belang. Hinzu kommt, dass in dieser Phase ohnehin von einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 Satz 2 ATSG auszugehen wäre, womit grundsätzlich nicht mehr allein auf die Einschränkungen in der letzten Tätigkeit mit Publikumsverkehr abgestellt werden könnte (vgl. 4.3 hievor). Die vom neuen Hausarzt Dr. med. M._____ für den Monat Februar 2015 bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. I

9/2) steht dieser Schlussfolgerung nicht entgegen. Einerseits kann auf dessen Attest mangels einer Begründung beweisrechtlich nicht abgestellt werden, andererseits betrifft es die hier unmassgebliche Zeit nach Erlass des Einspracheentscheids (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

4.4.2 Betreffend zahnprothetischer Versorgung erachtete Dr. med. dent. K._____ einen implantatgestützten Zahnersatz wegen der fehlenden Zähne und des parodontal schlechten Zustands als nicht mehr adäquat (act. IIA 66, 89) und wies auf das Problem eines parodontal unsanierten Gebisses bzw. einer ungenügenden Mundhygiene hin (act. II 3). Die divergierenden Einschätzungen der behandelnden (Zahn-) Ärzte sind nicht geeignet, diese schlüssige Beurteilung in Zweifel zu ziehen. Vorab erweist sich die Behauptung der Beschwerdeführerin, dass Dr. med. J._____ sich für eine implantatgestützte Prothese ausgesprochen haben soll (Replik S. 6 Ziff. III Art. 8), als unzutreffend (act. IIA 44). Zudem ist der SUVA - Kreisarzt Chirurg und nicht Zahnarzt, womit ihm die fachliche Kompetenz zur Beurteilung dieser Frage ohnehin abginge. Sodann wurde seitens des E._____ zwar auf eine verminderte Alveolarkamm-Breite hingewiesen (act. IIA 14/2 Ziff. 7, 25/4 Ziff. 7, 35/23 Ziff. 7, 56/4 Ziff. 7, 60/4 Ziff. 7), die implantatgestützte Prothese aber deshalb bevorzugt, weil sie eine optimale langfristige Lösung darstellen soll (act. IIA 47/4). Dies alleine genügt jedoch nicht, da bloss Anspruch auf eine zweckmässige und wirtschaftliche, nicht aber auf die bestmögliche und kostspieligste Versorgung besteht (vgl. E. 3.2 hievor). Die teurere Implantatversorgung ist eine luxuriöse Variante und mag zusätzlich zur Ermöglichung der Kauffunktion weitere Funktionen und Vorteile haben, mit der wirtschaftlicheren Prothese wird das Kauvermögen jedoch ebenfalls wieder hergestellt – wenn auch allenfalls mit verminderter Kaufeffizienz (vgl. Entscheid des BGer vom 7. April 2010, 9C_36/2010, E. 6.2; SCHIMMEL/KATSOUKIS/GENTON/MÜLLER, Kauffunktion und Ernährung im Alter, in: Swiss Dental Journal SSO, 4/2015, S. 491 ff.). Dr. med. dent. L._____ bezeichnete eine implantatgestützte Prothese als einzige Möglichkeit für eine langfristig stabile Behandlungsentität (act. IIA 86/9), die von ihm beschriebenen Probleme bezogen sich aber auf die bloss als Provisorium konzipierte Immediatprothese. Sicherlich besteht die latente Gefahr einer Atrophie des zahnlosen Unterkieferknochens (act. I 10; act. IIA 47/4), diese ist aber beschränkt (vgl. Atlas der Erkrankungen

mit Auswirkungen auf das Kausystem der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft SSO, 2008, S. 39, wonach ein Atrophie-Grad VI nach Cawood nicht allein auf Zahnverlust zurückgeführt werden könnte) und kann in diesem Kontext nicht entscheidend sein, würde sich der Einsatz von klassischen Haftprothesen aufgrund der allgemeinen Rückbildung des Kieferkamms bei Zahnlosigkeit andernfalls doch generell verbieten.

Die Beschwerdegegnerin hat somit gestützt auf die beweiskräftige fachärztliche Beurteilung von Dr. med. dent. K. _____ zu Recht eine Kostengutsprache für eine (definitive) Unterkiefer-Totalprothese erteilt und einen Anspruch auf eine implantatgestützte Prothese verneint. Sollte die Beschwerdeführerin mit der noch anzufertigenden Prothese dereinst keine hinreichende Kaufunktion erreichen, wäre ein Anspruch auf eine implantatgestützte (herausnehmbare oder festsitzende) Prothese allenfalls unter dem Titel eines Rückfalls oder einer Spätfolge (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2) erneut zu prüfen, was die Beschwerdegegnerin denn auch angedeutet hat (Beschwerdeantwort S. 5 Ziff. III Ziff. 9 in fine).

Bei dieser Ausgangslage ist der rechtserhebliche (zahn-) medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt, somit sich die beantragte Begutachtung (Beschwerde S. 8 Ziff. III Art. 6) sowie die Durchführung einer Instruktionsverhandlung mit entsprechenden Einvernahmen (Replik S. 2 Ziff. II Ziff. 2) erübrigen (sog. antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

5. Zusammenfassend ist die Beschwerde insoweit teilweise gutzuheissen, als die Beschwerdeführerin für die Zeit vom 16. September bis 4. Dezember 2013 auf Basis einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Taggeld hat. Soweit weitergehend erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Nach der Rechtsprechung hat die beschwerdeführende Partei bei teilweisem Obsiegen mindestens Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung (BGE 110 V 54 E. 3a S. 57; SVR 2003 EL Nr. 5 S. 14 E. 4.1). Das quantitative «Überklagen» im Zusammenhang mit dem Taggeldanspruch beeinflusste den Prozessaufwand nicht, weshalb sich diesbezüglich keine Reduktion der Parteientschädigung rechtfertigt (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407; Entscheid des BGer vom 16. November 2010, 9C_580/2010, E. 4.1). Kein Anspruch auf Parteientschädigung besteht hingegen für das Unterliegen betreffend den Anspruch auf Heilbehandlung.

6.3 In der Kostennote vom 15. Juli 2015 hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar von Fr. 5'600.-- sowie Auslagen von Fr. 80.--, insgesamt ausmachend Fr. 5'680.-- (ohne Mehrwertsteuer), geltend. Angesichts des beschränkten Obsiegens rechtfertigt sich, die Parteikosten gerichtlich auf einen Beitrag von pauschal Fr. 1'500.-- (inkl. Auslagen) festzusetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der SUVA insoweit abgeändert, als die Beschwerdeführerin vom 16. September bis 4. Dezember 2013 entsprechend einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % Anspruch auf Taggeld hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin einen Beitrag an die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'500.-- (inkl. Auslagen), zu bezahlen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- Rechtsanwältin Dr. iur. C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.