

200 14 436 UV
SCJ/SCM/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Juli 2015

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Matti
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

AXA Versicherungen AG
General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 28. März 2014 (13.553.114/33)



Sachverhalt:

A.

Die 1960 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war im Juli 2013 über ihre Arbeitgeberin bei der AXA Winterthur (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie mit dem Velo stürzte und sich gemäss Unfallmeldung vom 12. Juli 2013 (Akten der AXA [act. II] A1) eine Schürfung des linken Ellenbogens sowie eine Prellung des Schleimbeutels zuzog. Nachdem am 1. Oktober 2013 eine Schulterarthroskopie durchgeführt wurde (act. II M8), teilte die AXA der Versicherten mit Schreiben vom 3. Dezember 2013 (act. II A4) mit, dass aufgrund der Beurteilung des medizinischen Dienstes (act. II M11) ab 18. September 2013 kein Anspruch mehr auf Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung bestehe. Daran hielt sie mit Verfügung vom 9. Januar 2014 (act. II A8) bzw. auf dagegen erhobene Einsprache der Versicherten sowie deren Krankenkasse (act. II A9, A11) hin mit Entscheid vom 28. März 2014 (act. II A14) fest.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte am 10. Mai 2014 Beschwerde. Sie beantragt sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie die Weiterausrichtung der gesetzlichen Leistungen über den 18. September 2013 hinaus. Am 21. Juli 2014 liess sie dem Gericht eine medizinische Stellungnahme ihres behandelnden Arztes zukommen.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. September 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 3. November 2014 und Duplik vom 3. März 2015 bestätigten die Parteien ihre jeweiligen Anträge unter Hinweis auf weitere medizinische Unterlagen.

Am 26. März 2015 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest und reichte erneut eine medizinische Stellungnahme ein.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 28. März 2014 (act. II A14). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen für die Folgen des Unfalls vom Juli 2013 zu Recht per 18. September 2013 eingestellt hat.

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 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]). 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 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).

2.2.1 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).

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 Beweismwürdigung 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).

2.2.2 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).

2.3 Wird durch den 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 (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.4 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn

sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin im Juli 2013 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (act. II A1; vgl. E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Ob sich der Unfall am 10. oder 11. Juli 2013 ereignet hat, ergibt sich aus den Akten nicht eindeutig (vgl. act. II A1, M1, M3 f., M8 ff., Beschwerde), spielt jedoch für die Beurteilung des strittigen Anspruchs keine entscheidungswesentliche Rolle. Die Beschwerdegegnerin hat die Haftung für die Folgen des Unfalls anerkannt und die entsprechenden Versicherungsleistungen erbracht. Somit entfällt ihre Leistungspflicht ab 18. September 2013 erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt. Der Wegfall des Kausalzusammenhangs muss überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen sein; die blosse Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht (vgl. E. 2.3 f. hiervor). Somit ist nachfolgend zu prüfen, ob der Gesundheitsschaden ab 18. September 2013 nicht bloss möglicherweise, sondern überwiegend wahrscheinlich auf einen vorbestehenden Zustand zurückzuführen ist und die Einwirkungen des Unfalls ihre Bedeutung verloren haben.

3.2 Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.2.1 Im Bericht vom 12. Juli 2013 (act. II M9) diagnostizierten die Ärzte des Spitals B._____ eine Schulter- und Ellenbogenkontusion links mit Rissquetschwunde über dem Olekranon und offener Bursa sowie kleiner Läsion der Sehne des M. triceps brachii über dem Olekranon. In der linken

Schulter bestehe eine Druckdolenz im Bereich des Sulcus Intertubercularis, sonst keine weiteren Druckdolenzen im Schulterbereich und der ossären Strukturen im Bereich des Ellenbogens. Beim Ellenbogen sei die Flexion, Extension, Supination und Pronation problemlos beschwerdefrei und uneingeschränkt möglich.

3.2.2 Dr. med. C. _____, Facharzt für Radiologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 23. Juli 2013 (act. II M3) bezüglich der vorgenommenen Magnetresonanztomographie (MR) der linken Schulter fest, es liege eine kleine transmurale Läsion der Supraspinatussehne ohne Sehnenre- traction und ohne Muskelatrophie vor. Die Einengung des subakromialen Raumes sei ein Hinweis auf eine Impingementproblematik. Zudem würden eine deutliche AC-Gelenksarthrose und degenerative Veränderungen am Tuberculum majus, möglicherweise kombiniert mit einem kleinen posttraumatischen Ödem, bestehen.

3.2.3 Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin führte ihr Vertrauensarzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie FMH, am 26. November 2013 (act. II M11) aus, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit handle es sich bei den Beschwerden, welche zur Operation vom 1. Oktober 2013 (vgl. act. II M8) geführt hätten, nicht um Unfallfolgen. Das Trauma anlässlich des Unfalles habe zu einer Schulterkontusion geführt und das Verletzungsmuster lasse auf eine axiale Belastung durch Kontusion des Ellenbogens mit zusätzlicher Rissquetschwunde über dem Olecranon schliessen. Bei der initialen Untersuchung sei keine Pseudoparalyse dokumentiert worden. Intraoperativ habe eine Reizsynovialitis im Intervallbereich dokumentiert werden können, was mit einem aktivierten vorbestehenden Reizzustand der Schulter vereinbar sei. Die kurz nach dem Unfall angefertigten Röntgenbilder sowie die Verlaufsbilder zeigten degenerative Veränderungen mit osteophytären Ausziehungen, die gut mit einer Ansatzentendinose der Supraspinatussehne, welche ebenfalls in der MR hätten bestätigt werden können, vereinbar seien. Zudem zeige sich eine zwar diskrete, jedoch operativ behandlungsbedürftige AC-Gelenksarthrose mit subacromialer Einengung, welche auch als degenerativ gewertet werden müsse. Dass es nachfolgend im Verlauf zu einer deutlichen Einschränkung der Schulterbeweglichkeit gekommen sei, sei nicht Zeichen der Rotatorenmanschettenruptur im Sinne

einer Pseudoparalyse, sondern Zeichen der subacromialen Bursitis. Es handle sich um einen vornehmlich degenerativen Zustand der Schulter links, begünstigt durch eine Impingementsituation. Der Vorzustand könne MR-tomographisch durch Signalalteration der dorsal an die Ruptur grenzenden Supraspinatussehnenanteile, durch die zystischen Veränderungen des Tuberculum majus wie auch konventionell-radiologisch durch bestehende Verkalkungen der Rotatorenmanschette und osteophytäre Ausziehungen gestützt werden. Ob diese Veränderungen durch die Schulterluxation 1996 im Sinne eines damals für eine auszulösende Rotatorenmanschettenläsion adäquaten Traumas begünstigt worden seien, sei anzunehmen, könne in Ermangelung der damaligen Befunde aber nicht mehr beurteilt werden. Der Status quo sine sei somit acht bis zehn Wochen nach dem Unfall erreicht worden.

3.2.4 Mit Schreiben vom 4. Juli 2014 (act. II M13) hielt Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass die Unfallkausalität mit einer typischen Unfallanamnese und einem typischen intraoperativen Befund klar gegeben sei (vgl. auch das am 18. Dezember 2013 ausgestellte Zeugnis [act. II M12]).

3.2.5 Mit Bericht vom 31. Oktober 2014 zuhanden des Verwaltungsgerichts (im Gerichtsossier) führten die Dres. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und G._____, Facharzt für Klinische Pharmakologie und Toxikologie sowie Allgemeine Innere Medizin FMH, Nachstehendes aus: Gemäss Auskunft der Beschwerdeführerin sei die ausgekugelte Schulter anlässlich des Unfalls im Jahre 1996 eingerenkt worden und es seien deswegen keine weiteren Arztkonsultationen mehr erfolgt. Nach einem solch langjährigen beschwerde- und rezidivfreien Intervall sei es höchst unwahrscheinlich und entspreche nicht ihrer Erfahrung, dass dieser Unfall relevante Spätfolgen an der Schulter zurückgelassen habe, zumal die Beschwerdeführerin seit 2003 in der Pflege tätig sei. Infolge des Fahrradsturzes sei es glaubhaft zu einer relevanten Schulterverletzung resp. richtungsweisenden Veränderung eines altersentsprechenden Vorzustandes gekommen. Im Arthro-MRI vom 23. Juli 2013 (vgl. act. II M3) sei eine frische Läsion der Supraspina-

tussehne bei sonst regelrecht entwickelter Rotatorenmuskulatur nachgewiesen worden.

3.2.6 Dr. med. H. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie FMH, führte im Bericht vom 17. Februar 2015 (Duplikbeilage [act. IIB] 1) aus, die Beschwerdebilder, welche zur Operation vom 1. Oktober 2013 geführt hätten (vgl. act. II M8), seien überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Unfall zurückzuführen. Es würden degenerative Ätiologien bzw. Ursachen, die dem Vorzustand zuzuweisen seien, überwiegen. Eine Pseudoparese werde in der ereignisnahen medizinischen Berichterstattung nicht festgehalten und erscheine erst später im Operationsbericht vom 1. Oktober 2013 (vgl. act. II M8). Fakt sei, dass eine Läsion bereits anlässlich eines Unfalls im Jahre 1996 vorgelegen habe und die Manschette damit überwiegend wahrscheinlich fragilisiert gewesen sei, auch wenn die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich schwerere Arbeiten wiederholt zu verrichten vermocht habe. Nachgewiesen seien Kontusionen des linken Ellenbogens und der linken Schulter sowie eine tiefer führende Rissquetschwunde am linken Olecranon. Derartige Verletzungen heilten bei angemessener Behandlung in der Regel innerhalb von sechs bis zehn Wochen aus, so dass der Status quo sine überwiegend wahrscheinlich am 10. September 2013, spätestens aber zwei Wochen später, eingetreten sei.

3.3 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 Situa-

tion 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).

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. März 2014 (act. II A14) massgeblich auf den von ihrem Vertrauensarzt Dr. med. D. _____ verfassten Bericht vom 26. November 2013 (act. II M11) – dieser im Beschwerdeverfahren bestätigt bzw. ergänzt durch den Bericht von Dr. med. H. _____ (act. IIB 1) – gestützt. Diese Beurteilungen erfüllen zwar grundsätzlich die an den Beweiswert eines ärztlichen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.3 hiavor), sind jedoch im Hinblick auf die vorliegende Beweislastverteilung (vgl. E. 3.1 hiavor) und in Gesamtschau der medizinischen Unterlagen einer kritischen Würdigung zu unterziehen:

3.4.1 Zunächst ist festzuhalten, dass im vorliegenden Verfahren einzig noch die Ursache der Rotatorenmanschettenläsion, welche in der Arthro-MR vom 23. Juli 2013 (act. II M3) festgestellt und anlässlich der Operation vom 1. Oktober 2013 (vgl. act. II M8) bestätigt wurde, zu prüfen ist. Die übrigen Befunde – AC-Gelenksarthrose mit subacromialer Einengung, Signalalteration der dorsal an die Ruptur grenzenden Supraspinatussehnenanteile, zystische Veränderungen des Tuberculum majus, Verkalkungen der Rotatorenmanschette, osteophytäre Ausziehungen – sind vorbestehend (vgl. act. II M2, M11 S. 3) und nicht unfallkausal. Dies wird nicht bestritten und es besteht aufgrund der Akten kein Anlass, diese medizinischen Feststellungen in Zweifel zu ziehen.

3.4.2 Dr. med. H. _____ kommt in seinem Bericht vom 17. Februar 2015 (act. IIB 1) zum Schluss, dass die Gründe, welche gegen eine traumatische Verursachung der Rotatorenmanschettenruptur bzw. für einen degenerativen Vorzustand sprechen, überwiegen (vgl. E. 3.2.6 hiavor). Diese Beurteilung überzeugt nicht ohne weiteres. Denn wie er selbst ausführte, spricht insbesondere der Umstand, dass weder die Sehnenanteile noch die dazu gehörenden Muskeln als retrahiert beschrieben wurden (vgl.

act. II M3) und auch keine fettige Degeneration der Muskulatur kernspintographisch festgehalten wurde, dafür, dass es sich eher um eine frische Läsion handelt. Dass der Defekt erst nach einem Débridement gefunden wurde (vgl. act. II M8), spricht zwar gegen eine frische Läsion, schliesst eine solche aber jedenfalls nicht aus; immerhin ist darauf hinzuweisen, dass die Operation zweieinhalb Monate nach dem Unfall stattgefunden hat. Weiter begründet Dr. med. H._____ nachvollziehbar, dass sich aus der Unfallmechanik kaum eine überwiegende Wahrscheinlichkeit als These für die Unfallkausalität ableiten lasse. Diesbezüglich sind Rückschlüsse auf die Ursache der Rotatorenmanschettenläsion nicht eindeutig möglich. Immerhin weisen die Dres. med. F._____ und G._____ in ihrem Bericht vom 31. Oktober 2014 (im Gerichtsossier) darauf hin, dass ein typisches Beispiel für die Verursachung der hier vorgefundenen Läsionen unter anderem eine abrupte und gewaltsame passive Bewegung des Armes nach körperwärts sei, was sich bei Stürzen auf den Ellbogen ereignen könne. Weitere Beweismassnahmen sind nicht ersichtlich, womit davon auszugehen ist, dass das hier stattgehabte Unfallgeschehen eine Ruptur der Rotatorenmanschette immerhin nicht ausschliesst.

3.4.3 Soweit die im Operationsbericht vom 1. Oktober 2013 (act. II M8) erwähnte initiale Pseudoparalyse umstritten ist, ist eine solche in den dem Unfall zeitnahen Unterlagen tatsächlich nicht erwähnt. Zwar hielt Dr. med. I._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, im Bericht vom 22. Juli 2013 (act. II M1) unter den Befunden eine Schulterkontusion mit eingeschränkter Elevation bzw. Abduktion fest, doch eine eigentliche Pseudoparalyse wird – wie dies die Dres. med. F._____ und G._____ ebenfalls einräumen (vgl. Bericht vom 31. Oktober 2014 [im Gerichtsossier]) – nirgends aufgeführt. Diesbezüglich entgegnen die Dres. med. F._____ und G._____, dass eine freie aktive Beweglichkeit der Schulter ebensowenig dokumentiert sei. Nach Angaben der Beschwerdeführerin sei die aktive Mobilisation der Schulter direkt nach dem Unfallereignis nicht mehr möglich gewesen. Es vermag nicht zu überzeugen, wenn die Ärzte ausführen, der diensthabende Assistenzarzt des Spitals B._____ habe sich anlässlich der ambulanten Behandlung vom 12. Juli 2013 (vgl. act. II M9) auf die offensichtlichen Verletzungen im Bereich des Ellenbogens konzentriert, weshalb die nicht dokumentierte Pseudoparalyse

nicht zwingend heisse, dass dieser Befund nicht vorhanden gewesen sei. Dem Umstand, dass eine fehlende initiale Pseudoparalyse der Schulter nicht nachgewiesen ist, kann jedoch keine entscheidende Bedeutung beigemessen werden.

3.4.4 Zu Recht weist Dr. med. H._____ (vgl. act. IIB 1 S. 3) auf einen Vorzustand mit Luxation und im Jahre 1996 nachgewiesener, transmuraler Rotatorenmanschettenläsion hin. Es ist Dr. med. D._____ insoweit beizupflichten, als dieser Umstand die Wahrscheinlichkeit eines durch einen Vorzustand erklärbaren Beschwerdeursprungs zwar zu begünstigen vermag (vgl. act. II M11 S. 3). Allerdings weisen die Dres. med. F._____ und G._____ sinngemäss und nachvollziehbarerweise darauf hin, dass es höchst unwahrscheinlich sei, dass die Beschwerdeführerin langjährig und ohne Schulterbeschwerden in der Betreuung teils schwer pflegeabhängiger Bewohner hätte tätig sein können, wenn ein entsprechender Vorzustand vorgelegen hätte (vgl. Bericht vom 31. Oktober 2014 [im Gerichts-dossier]).

3.4.5 Was schliesslich den Hinweis von Dr. med. H._____ betrifft, dass Rupturen der Rotatorenmanschette und insbesondere des Supraspinatusanteiles sehr häufig im Alter der Beschwerdeführerin aufgrund der gesteigerten degenerativen Veränderungen spontan zu beobachten seien, und sich lediglich 5 % aller solchen Rupturen traumatisch interpretieren liessen (vgl. act. IIB 1 S. 3), so wird dieser statistische Befund nicht in Abrede gestellt. Jedoch ändert er nichts daran, dass auch eine traumatische Verursachung möglich bleibt, sofern eine entsprechende Unfallmechanik vorliegt und Anhaltspunkte für das Bestehen einer frischen Läsion vorhanden sind. Demnach kann eine unfallbedingte Schädigung mit diesem Hinweis nicht ausgeschlossen werden.

3.5 Zusammenfassend ist eine vorbestehende Ursache für die Rotatorenmanschettenruptur zwar durchaus möglich und es liegen auch gewichtige Gründe vor, die für eine solche sprechen (u.a.: Unfall mit Rotatorenmanschettenläsion im Jahre 1996, AC-Gelenksarthrose mit subacromialer Einengung, Signalalteration der dorsal an die Ruptur grenzenden Supraspinatussehnenanteile, zystische Veränderungen des Tuberculum majus, Verkalkungen der Rotatorenmanschette, osteophytäre Ausziehungen). In-

dessen bestehen nach dem Gesagten ebenfalls Gründe, welche für eine durch den Unfall vom Juli 2013 verursachte Schädigung sprechen (u.a.: nicht retrahierte Sehnenanteile und Muskeln, keine fettige Degeneration der Muskulatur, beschwerde- und rezidivfrei seit Unfall 1996). Demnach ist nicht mit dem hier notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass für die weiterhin bestehenden Beschwerden ab 18. September 2013 einzig noch unfallfremde Ursachen vorliegen, so dass sich die Beschwerdegegnerin ihrer Leistungspflicht ab diesem Zeitpunkt nicht entziehen kann.

Bei diesem Verfahrensausgang ist von der Einholung des von den Dres. med. F._____ und G._____ beantragten Gerichtsgutachten (vgl. Eingaben vom 31. Oktober 2014 und 25. März 2015) abzusehen. Ebenso kann auf eine Rückweisung zur Einholung eines versicherungsexternen Gutachtens durch die Beschwerdegegnerin verzichtet werden, da ein Entscheid aufgrund der vorliegenden Unterlagen auch ohne zusätzliche Beweismassnahmen möglich ist (sog. antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

4.

Nach dem Dargelegten ist in Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und die Akten sind an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Festsetzung der ab 18. September 2013 geschuldeten Leistungen.

5.

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

5.2 Trotz ihres Obsiegens hat die nicht vertretene Beschwerdeführerin nach konstanter Praxis keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, da ihr Aufwand den Rahmen dessen nicht überschreitet, was der Einzelne üblicherweise und zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung seiner per-

sönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat (BGE 127 V 205 E. 4b S. 207).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der AXA Winterthur vom 28. März 2014 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen zur Festsetzung der ab 18. September 2013 geschuldeten Leistungen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - AXA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

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.