

200 14 982 UV
MAW/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Februar 2015

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

Basler Versicherung AG
Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 22. September 2014 (29/006948/13.5)

Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) arbeitete bei der D._____ und war dadurch bei der Basler Versicherung AG (nachfolgend Basler bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert (Akten der Basler [act. IIA] 56).

Mit Schadenmeldung UVG vom 12. Februar 2013 liess die Versicherte der Basler mitteilen, dass sie am 29. Januar 2013 die Treppe hinuntergestürzt sei und sich dabei einen „Halswirbel“ verletzt habe (act. IIA 56). Der am 1. Februar 2013 konsultierte E._____, Dr. der Chiropraktik, diagnostizierte eine Zervikobrachialgie sowie eine Kontusion, attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, veranlasste bildgebende Untersuchungen des linken Ellenbogens sowie der Halswirbelsäule (act. IIA 120 f.) und verordnete „Mobilisation“ (act. IIA 55).

Am 22. Mai 2013 (act. IIA 113) wurde ein MRI der linken Schulter durchgeführt. Der dabei erhobene Befund wurde als SLAP (superiores Labrum von anterior nach posterior)-Läsion Typ II beurteilt; am 25. Juli 2013 erfolgte eine Arthroskopie mit Tenodese der langen Bicepssehne und kranialer Labrumfixation, wobei die Diagnose einer SLAP-Läsion II bestätigt und zusätzlich ein Buford-Komplex links festgestellt wurde (act. IIA 98).

In der Folge entwickelte sich postoperativ eine Frozen Shoulder, weshalb sich der Heilverlauf verzögerte (act. IIA 89; 86). Nachdem die Basler – welche bis anhin die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilungskosten und Taggeldern erbracht hatte (act. IIA 45 ff.; 39; 30 f.; 25) – die medizinischen Akten Dr. med. F._____, Fachärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation, zur Stellungnahme vorgelegt hatte, stellte sie mit Verfügung vom 26. Februar 2014 (act. IIA 15) die Leistungen mit der Begründung ein, die „Schultergelenksbeschwerden“ ständen nicht in natürlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 29. Januar 2013. Gleichzeitig verzichtete sie auf eine Rückforderung der bisher erbrachten Leistungen. Während der zuständige Krankenversicherer auf eine Einsprache verzichtete (act. IIA

14), wies die Basler jene der Versicherten mit Entscheid vom 22. September 2014 (act. IIA 1) ab.

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 22. September 2014 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 17. Oktober 2014 Beschwerde erheben und folgendes Rechtsbegehren stellen:

Der Einspracheentscheid vom 22. September 2014 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, eine medizinische Expertise einzuholen.

- unter Entschädigungsfolgen -

In der Begründung lässt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend machen, die behandelnden Ärzte würden die Kausalität der SLAP-Läsion zum Ereignis vom 29. Januar 2013 bejahen. Dr. med. F._____, welche die Kausalität verneine, sei nicht Fachärztin für Orthopädie oder für „Schulterprobleme“ und somit für die Beurteilung der Schulterproblematik nicht zwingend „prädestiniert“. Im Übrigen dürfte sie hauptsächlich gutachterlich oder beratend, nicht jedoch klinisch tätig sein, obwohl ein Gutachter über klinische Erfahrungen verfügen müsse. Zudem seien Dr. med. F._____ bei der Abfassung des Aktengutachtens sachverhaltliche Fehler unterlaufen. Insgesamt beständen erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit ihrer Aktenbeurteilung, weshalb zwingend externe Abklärungen bei einem Schulterspezialisten zu veranlassen seien. Schliesslich sei auch das inzwischen aufgetretene CRPS (chronic regional pain syndrom) Grad I als unfallbedingt zu qualifizieren.

Mit Schreiben vom 28. November 2014 liess die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, samt diversen Fachartikeln, einreichen (Akten der Beschwerdeführerin, [act. I], 6 ff.). Zudem beantragt sie die Übernahme der Berichtskosten von Fr. 300.-- durch die Beschwerdegegnerin und macht im Wesentlichen geltend, Dr. med.

G._____ gehe klar von einer unfallkausalen SLAP-Läsion aus, was er mit einschlägiger Fachliteratur untermauere.

Mit Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt C._____, die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. In der Begründung lässt sie im Wesentlichen vorbringen, entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin sei das Aktengutachten von Dr. med. F._____ – für dessen Erstellung sie über die erforderliche fachliche Kompetenz verfügt habe – beweiskräftig. Hieran änderten die Berichte der behandelnden Ärzte sowie jener von Dr. med. G._____ nichts. Mit Bezug auf das CRPS sei anzufügen, dass dieses nur dann unfallkausal sein könne, wenn auch die Beschwerden, welche die Operation bedingt hätten, selbst unfallkausal seien, was jedoch vorliegend nicht der Fall sei.

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 (vgl. E. 1.2 nachfolgend) 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 Verwaltungsrechts-

pflge vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der die Verfügung vom 26. Februar 2014 (act. IIA 15) bestätigende Einspracheentscheid vom 22. September 2014 (act. IIA 1).

Die Beschwerdeführerin stellt als einziges Rechtsbegehren den Antrag auf Aufhebung des Einspracheentscheides und die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung einer medizinischen Expertise. Ob insoweit ein hinreichendes Rechtsschutzinteresse gegeben ist (Art. 59 ATSG), ist fraglich. Aus der Beschwerde geht jedoch insgesamt hervor, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich die Auffassung vertritt, die geklagten Schulterbeschwerden sowie das CRPS I seien ursächlich zum Ereignis vom 29. Januar 2013 (vgl. etwa S. 7, Ziffer 4 der Beschwerde), was – vorbehältlich im Übrigen erfüllter Leistungsvoraussetzungen – die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin begründete.

Streitig und zu prüfen ist somit der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hinsichtlich der Schulterbeschwerden links.

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, einer Berufskrankheit oder einer unfallähnlichen Körperschädigung voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]; Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 [UVV; SR 832.202]). Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen

Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser in einem natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 177 E. 3 S. 181).

2.2 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 entfiel ("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).

2.3 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.

3.1 Zunächst ist unbestritten, dass der Treppensturz vom 29. Januar 2013 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt. Die Beschwerdegegnerin hat für dieses ihr mit Schadenmeldung UVG vom 12. Februar 2013

(act. IIA 56) gemeldete Ereignis Versicherungsleistungen erbracht, dieselben indes am 26. Februar 2014 (act. IIA 15) verfügungsweise mit der Begründung eingestellt, die Schulterbeschwerden links respektive die dokumentierten Verletzungen seien nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Unfallereignis vom 29. Januar 2013 zurückzuführen. Gleichzeitig verzichtete sie auf eine Rückforderung der bisher erbrachten Leistungen.

Demnach liegt eine Leistungseinstellung ex nunc et pro futuro vor, wozu die Beschwerdegegnerin grundsätzlich berechtigt ist, ohne dass sie sich hierzu auf einen Rückkommenstitel berufen müsste (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

3.2 Zur Frage der gesundheitlichen Einschränkungen in der linken Schulter sowie des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 29. Januar 2013 und den geklagten Beschwerden ergeben die medizinischen Akten im Wesentlichen das folgende Bild:

3.2.1 In der Schadenmeldung UVG vom 12. Februar 2013 (act. IIA 56) wurde unter Ziffer 9 als betroffener Körperteil „Halswirbel“ und als Art der Schädigung „Nerven gezerrt“ angegeben.

3.2.2 Die Erstbehandlung erfolgte am 1. Februar 2013 bei Dr. E._____ (Bericht vom 13. Februar 2013 [act. IIA 55]). Dieser befundete einen immobilen und massiv schmerzenden linken Ellenbogen links sowie zervikobrachiale Schmerzen und diagnostizierte eine Zervikobrachialgie sowie eine Kontusion.

Die gleichentags auf Veranlassung von Dr. E._____ hin erfolgten bildgebenden Untersuchungen ergaben hinsichtlich des linken Ellenbogens keinen Frakturachweis bzw. eine Tendinitis calcarea der Trizepssehne (act. IIA 121) und hinsichtlich der Halswirbelsäule keinen Nachweis einer Fraktur oder einer discoligamentären Verletzung (act. IIA 120).

3.2.3 Am 26. Februar 2013 schildete die Beschwerdeführerin das Ereignis vom 29. Januar 2013 auf einem Frageblatt dahingehend, sie sei von einer Stufe abgerutscht, mit hochgerissenem Arm auf den Rücken gefallen und die ganze Treppe weiter nach unten gerutscht (act. IIA 48).

3.2.4 Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 5. April 2013 (act. IIA 118 f.) ein cervicobrachiales Schmerzsyndrom. In befundmässiger Hinsicht hielt er fest, die Kopffrotation und -reklination führe zu lokalen Schmerzen cervical, mit Ausstrahlung in Richtung linkes Schulterblatt. Die Schultererelevation gelinge, begleitet von Schmerzen im Bereich der Clavicula. Der linke Arm werde in einer Schonhaltung vor dem Körper gehalten; Druck auf die distale Bizepssehne führe lokal zu heftigem Schmerz, die Epicondylen seien selber nicht direkt schmerzhaft. Die rohe Kraft sei intakt, im Vorhalteversuch bestehe kein Absinken (S. 1). Es handle sich nicht um eine radikulopathische oder neuropathische Erkrankung, sondern um Schmerzen des Bewegungsapparates (S. 2).

3.2.5 Am 9. April 2013 konsultierte die Beschwerdeführerin Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, welcher im Wesentlichen den folgenden Befund erhob: Linker Arm in Schonhaltung flektiert im Ellenbogen, keine Triggerpunkte im Bereich der Rotatorenmanschette. Schmerz auslösbar bei forcierter Flexion und Extension des Ellenbogens; Bewegungsumfänge voll möglich (Bericht vom 21. Mai 2013 [act. IIA 108]).

3.2.6 Am 25. April 2013 befragte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin u.a. zum Unfallhergang und zu den Beschwerden. Im entsprechenden Bericht vom 29. April 2013 (act. IIA 41 ff.) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei gemäss eigenen Angaben wohl bei der 3. Stufe über den Rand abgerutscht und anschliessend die ganze Treppe mit den Beinen voran hinuntergerutscht. Als sie den drohenden Sturz realisiert habe, habe sie wohl die Hände nach oben gerissen und sei im Anschluss mit dem Gesäss, dem Rücken und Schulterbereich an den mit Teppich überzogenen Stufen hart aufgeschlagen. Im Anschluss an den Sturz seien zwar leichtere Schmerzen an den vom Aufprall betroffenen Körperstellen verspürt worden; sie habe jedoch die Arbeiten an diesem Tag ausführen können. Lediglich eine gewisse Benommenheit habe sie an diesem Morgen und im Verlauf des Tages wahrgenommen. Äussere Verletzungen hätten keine festgestellt werden können. Es seien zwei weitere Arbeitstage gefolgt, ehe die Beschwerdeführerin aufgrund der akut verschlimmerten

Schmerzsituation im linksseitigen Nacken- und Schulterbereich und dem schmerzhaften linken Ellenbogen mit Gefühlsstörungen in den Fingern einen Arzt aufgesucht habe.

3.2.7 Mit Bericht vom 17. Mai 2013 (act. IIA 116) diagnostizierte Dr. E._____ eine Zervikobrachialgie, eine Lumboischialgie sowie einen Supraspinatusriss. Es beständen chronische vertebrale Schmerzen und Kniebeschwerden; neu dazu gekommen seien Schulter- und Armschmerzen. Die Abduktion und Rotation seien massiv eingeschränkt und schmerzhaft.

Aufgrund dessen wies Dr. E._____ die Beschwerdeführerin dem in der gleichen Praxis tätigen Dr. med. J._____, Praktischer Arzt, zu. Dieser veranlasste am 22. Mai 2013 (act. IIA 113) ein Arthro-MRI, welches wie folgt beurteilt wurde: „SLAP Typ II. Keine Fraktur. Diskrete Läsion der anterosuperioren Gelenkscapsel. Ansonsten normale MRI des Schultergelenks, keine Rotatorenmanschettenläsion, keine degenerativen oder posttraumatischen AC-Gelenksveränderungen.“

3.2.8 Am 25. Juli 2013 erfolgte eine Schulterarthroskopie links mit Tendese der langen Bizepssehne und kranialer Labrumrefixation. Im entsprechenden Bericht (act. IIA 98) hielt Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, fest, es handle sich um eine „bandlaxe Patientin“. Unter Diagnostik führte er Folgendes aus: „Intakte Knorpelbeläge glenohumeral [...], intaktes dorso-kaudales Labrum [...]. Typischer Buford-Komplex [...], daran angrenzend instabile SLAP-Läsion II mit positivem Peel-back [...]. Lange Bizepssehne im Sulcus bland [...], [...], überwiegend intakte Unterfläche der Supraspinatussehne, intakter Subscapularis [...]. Subacromial multiple Bursasegel bei intakter Oberfläche der Rotatorenmanschette [...].“

3.2.9 Im Bericht des Spitals vom 17. Dezember 2013 (act. IIA 89 f.) wurde festgehalten, es habe sich postoperativ eine Frozen Shoulder bei CRPS des Nervus supraclavicularis entwickelt. Der Heilverlauf sei verzögert.

3.2.10 In der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 17. Januar 2014 (act. IIA 64 ff.) hielt Dr. med. F._____ fest, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sprächen gegen einen überwiegend

wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 29. Januar 2013 und der zur Arthroskopie des linken Schultergelenkes mit „Tenodese der langen Bizepssehne und kranialer Labrumrefixation“ führenden Schultergelenksbeschwerden das Fehlen einer pathologischen bzw. klinisch bedeutsamen Veränderung im Bereich des linken Schultergelenks, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Sturzereignis zurückgeführt werden könne. Hingegen liessen sich als anatomische Normvarianten ein Buford-Komplex und eine atraumatische Schulterinstabilität (überwiegend wahrscheinlich bei angeborener, multidirektionaler Hyperlaxität der Gelenkkapsel) objektivieren. Weder bildgebend noch intraoperativ könnten zudem Hinweise auf sonstige traumatische Veränderungen im Bereich des Gelenks objektiviert werden. Für die Beurteilung der traumabedingten Entstehung einer SLAP-Läsion sei zudem von Bedeutung, ob unfallnah eine der Traumagenese entsprechende deutliche klinische Symptomatik aufgetreten sei. Dies sei bei der Beschwerdeführerin jedoch zu verneinen. So sei zur Anerkennung einer überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität insbesondere unfallnah eine akute und deutliche funktionsbeeinträchtigende Schultersymptomatik zu fordern, welche bei der Beschwerdeführerin nicht vorgelegen habe. Auch deren Angabe, vor dem Sturzereignis unter keinen Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks gelitten zu haben, lasse nicht zwingend den Schluss auf eine Unfallkausalität der später angegebenen Beschwerden zu (S. 18 f.).

3.2.11 Mit Bericht vom 13. März 2014 (act. IIA 60) hielt Dr. med. J. _____ fest, die Beschwerdeführerin leide nach ihrem Unfall im Januar 2013 an einer „Kausalität bedingten“ SLAP-Läsion der linken Schulter und zusätzlich an einem Labrumriss. Beides habe chirurgisch versorgt werden müssen. Die Beschwerdeführerin habe vorher nie irgendwelche Schulterbeschwerden gehabt und sei nie wegen Schulterbeschwerden in Behandlung oder deswegen arbeitsunfähig gewesen.

3.2.12 Dr. E. _____ hielt im Bericht vom 14. März 2014 (act. IIA 59) fest, die Schulter sei noch nie schmerzhaft gewesen. Nach dem Unfall hätten die Schulterschmerzen begonnen. Diese würden durch die fehlgeschlagene Operation verschlimmert; hinzu komme eine

Sudeckerkrankung. Die „Kausalität Unfall Schulterschmerz“ sei zweifelsfrei gegeben.

3.2.13 Dr. med. K. _____ hielt mit zu Händen des Rechtsvertreters erstelltem Bericht vom 2. Mai 2014 (act. IIA 58) fest, aufgrund der intraoperativen Befunde anlässlich der Schulteroperation links vom 25. Juli 2013 sei die Unfallkausalität eindeutig gegeben. Die SLAP-Läsion, welche den Hauptbefund darstelle, sei unfallbedingt; es existiere ein adäquates Trauma; vor dem Unfall sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei gewesen. Die weiteren beschriebenen, von der begutachtenden Ärztin ins Feld geführten Befunde (Buford-Komplex, Bandlaxität) seien im Kontext wohl wichtig, änderten jedoch nichts an der oben genannten Feststellung.

3.2.14 Im Bericht vom 25. September 2014 (act. I 3) hielt Dr. med. H. _____ anamnestisch fest, der Beschwerdeführerin habe es beim Treppensturz den linken Arm mit Kraft in eine Extensionsstellung gerissen. Sie habe dabei ein Zerreihsungsgefühl in der Schulter verspürt. Der initiale Schmerz habe sich innerhalb von 3 Tagen derart gesteigert, dass sie ihre Arbeit als ... habe unterbrechen müssen (S. 1). Es sei inakzeptabel, dass die Unfallversicherung unter Berufung auf den an der linken Schulter vorliegenden Buford-Komplex einen Zusammenhang mit dem Unfall verneine. Dies, weil der Chirurg zwar einen typischen Buford-Komplex beschreibe, jedoch daran anschliessend eine instabile SLAP-Läsion, womit es sich um zwei Diagnosen handle. Zudem sei eine SLAP-Läsion in dieser beschriebenen Art auch bei Vorliegen eines Buford-Komplexes eine unfallbedingte Verletzung. Schliesslich sei ein CRPS im Zusammenhang mit der Verletzung oder dem verletzungsbedingt notwendigen Schultereingriff zu sehen (S. 3).

3.2.15 Dr. med. G. _____ hielt im Bericht vom 18. November 2014 (act. I 6) zuhanden des Rechtsvertreters fest, eine SLAP-Läsion sei schwierig zu diagnostizieren. Die Unfallanamnese und Biomechanik hätten keinen Stellenwert. Sicher habe die Beschwerdeführerin beim Sturz versucht, eine Abwehrhaltebewegung zu machen und dabei sei es mit grosser Wahrscheinlichkeit beim Hochreissen der Arme und dem wahrscheinlichen Versuch, sich am Geländer festzuhalten, zu einer forcierten Aussenrotation gekommen. Diese könne bereits zu einer Subluxation führen; durch diesen

Mechanismus könne die SLAP-Läsion postuliert werden. Im Übrigen sei eine SLAP-Läsion immer traumatisch und nie – wie Dr. med. F. _____ postuliere – auch degenerativ bedingt. Zusatzverletzungen seien bei gleichzeitigem Vorliegen einer gewissen Laxität nicht vorhanden. Im Übrigen komme es bei Vorliegen eines Buford-Komplexes häufiger gleichzeitig bei einem entsprechenden Trauma zu einer zusätzlichen SLAP-Läsion. Schliesslich handle es sich bei der Zervikobrachialgie, weswegen die Beschwerdeführerin behandelt worden sei, um einen Sammelbegriff für Schmerzen im Schulter-Arm-Bereich.

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 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).

Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund

muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

3.4 Das Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 17. Januar 2014 (act. IIA 64 ff.) erfüllt die Voraussetzungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. E. 3.3.2 vorne) und erbringt vollen Beweis. Dabei schadet nicht, dass es sich um ein Aktengutachten handelt, konnte Dr. med. F. _____ ihre Beurteilung doch auf einen bildgebend sowie intraoperativ und damit lückenlos erhobenen Befund abstellen; zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. November 2011, 8C_383/2011, E. 4.2). Auch ergeben die Akten ein vollständiges Bild über die Anamnese sowie den Verlauf der linksseitigen Schulterbeschwerden. Ihre Schlussfolgerung, wonach die zu einer Tenodese der langen Bizepssehne und kranialer Labrumfixation führenden Schultergelenksbeschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich durch das Ereignis vom 29. Januar 2013 verursacht wurden, leuchtet ein und ist mit Blick auf das im Aktengutachten dargelegte Argumentarium (vgl. E. 3.2.10 vorne) ohne weiteres nachvollziehbar (vgl. E. 3.3.2 vorne).

3.5 Was die Beschwerdeführerin gegen den Beweiswert des Aktengutachtens vorbringt, dringt nicht durch:

3.5.1 Soweit zunächst geltend gemacht wird, Dr. med. F. _____ sei aufgrund ihrer fachärztlichen Qualifikation „nicht zwingend für die Beurtei-

lung einer komplexen Schulterproblematik prädestiniert“, kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden. Unbestrittenermassen verfügt Dr. med. F. _____ u.a. über den Facharzttitel (und ein entsprechendes Fortbildungsdiplom) für physikalische Medizin und Rehabilitation (vgl. www.doctorfmh.ch). Diese ist zuständig für die Prävention, die Diagnostik, die Behandlung und das Rehabilitationsmanagement von Menschen jeden Alters mit behindernden Gesundheitsschädigungen. Fachärzte für physikalische Medizin und Rehabilitation verfügen über eine umfassende Ausbildung und beherrschen u.a. die Anatomie und Physiologie der Gelenk-, Wirbelsäulen- und Muskelfunktionen sowie die Biomechanik im Bereich des Bewegungsapparates (vgl. Weiterbildungsprogramm der FMH vom 1. Januar 2008, letztmals revidiert am 7. März 2013, abrufbar unter www.fmh.ch/bildung-siwf/fachgebiete/facharzttitel-und-schwerpunkte/physikalische-mezizin-rehabili.html). Obwohl Dr. med. F. _____ ihren Facharzttitel offenbar nicht im Rahmen der schweizerischen FMH-Weiterbildung erworben hat, darf aufgrund der Anerkennung des entsprechenden Weiterbildungstitels im Jahr 2004 (<http://www.medregom.admin.ch>) sowie im Lichte ihres zwischenzeitlichen Erwerbs eines entsprechenden Fortbildungsdiploms ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass sie die Bildungsstandards ihrer Berufsfachgruppe erfüllt, zumal Gegenteiliges insoweit nicht vorgebracht wird. Damit schmälert der Umstand, wonach Dr. med. F. _____ nicht zusätzlich den Facharzttitel für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates trägt, den Beweiswert ihres Aktengutachtens nicht. Dies umso weniger, als sie über ein Zertifikat „Sportmedizin (GOTS)“ verfügt, welches – nebst einem abgeschlossenen Medizinstudium in Deutschland, Österreich oder der Schweiz – eine persönliche sportorthopädische Tätigkeit voraussetzt (vgl. www.gots.org/zertifikat-gots-sportarzt). Demnach braucht auf die Behauptung der Beschwerdeführerin, Dr. med. F. _____ fehle die klinische Erfahrung für die Gutachtertätigkeit, nicht weiter eingegangen zu werden, zumal dies nicht weiter substantiiert wird und Dr. med. F. _____ jedenfalls – wie auch die Beschwerdeführerin einräumt – über eine Berufsausübungsbewilligung (für den Kanton Zürich) verfügt. Somit ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin auch die Antwort des Bundesrats auf die Interpellation Heim (act. I 4) für die Beurteilung des vorliegenden Falls unbeachtlich.

3.5.2 Was im Weiteren die inhaltliche Kritik am Aktengutachten und an den Schlussfolgerungen von Dr. med. F._____ angeht, so ist Folgendes festzuhalten:

Soweit Dr. med. J._____ und Dr. E._____ in den Berichten vom 13. bzw. 14. März 2014 (act. IIA 60; 59) die Kausalität der Schulterbeschwerden zum Unfall vom 29. Januar 2013 im Wesentlichen damit begründen, die Beschwerdeführerin habe vor dem Treppensturz nie über Schulterschmerzen links gelitten, läuft dies auf eine für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs unzureichende Argumentation „post hoc ergo propter hoc“ hinaus, weshalb die nämlichen Berichte den Beweiswert des Aktengutachtens vom 17. Januar 2014 nicht schmälern, zumal darin auch anderweitig keine Aspekte aufgezeigt werden, welche Zweifel an der Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. F._____ zu wecken vermöchten.

Sodann weist Dr. med. F._____ darauf hin, dass SLAP-Läsionen traumatisch oder degenerativ entstehen können (act. IIA 78), wohingegen die behandelnden Ärzte und namentlich Dr. med. G._____ im Ergebnis aus der Diagnose einer SLAP-Läsion auf deren Kausalität zum inkriminierten Ereignis schliessen (vgl. act. IIA 58; act. I 3 S. 3; 6 S. 2). Letzterer postulierte im zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin verfassten Bericht vom 18. November 2014 (act. I 6) explizit, eine SLAP-Läsion sei „immer traumatisch“. Indes ist mit dieser Feststellung mit Bezug auf den vorliegenden Fall nichts gewonnen, da der medizinische Traumabegriff nicht mit dem rechtlichen identisch ist (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Februar 2013, 8C_909/2012, E. 4.3). Davon abgesehen, belegt Dr. med. G._____ seine Aussage nicht näher, auch nicht anhand der von ihm beigelegten wissenschaftlichen Fachbeiträge. Im Gegenteil geht aus diesen hervor, dass eine SLAP-Läsion „as a consequence of direct trauma or overuse“, mithin auch durch Überbeanspruchung, resultieren kann und dass Personen, welche – wie die Beschwerdeführerin – an einem Buford-Komplex leiden, für eine SLAP-Läsion prädisponiert sind (act. I 9, S. 1202; 11 S. 568), woraus zu schliessen ist, dass auch vorliegend die Diagnose allein nicht schon deren Kausalität zum Ereignis vom 29. Januar 2013 impliziert. Davon abgesehen,

ist der Auffassung von Dr. med. G. _____ entgegen zu halten, dass die höchstrichterliche Rechtsprechung – allerdings im Zusammenhang mit einer fraglichen Berufskrankheit – gestützt auf die medizinische Doktrin erklärt hat, dass eine SLAP-Läsion II multifaktoriellen Ursprungs sein könne und auch mit einem degenerativen Vorzustand zu assoziieren sei (vgl. Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 19. Juni 2006, U 101/06, E. 4; vgl. auch CHRISTINA ROOS, SLAP-Läsionen, Diss. Freiburg i.Br. 2009, S. 9 [abrufbar unter www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/6449/pdf/Diss_Christina_Roos_klein.pdf]). Somit verfängt die entsprechende Kritik an der Beurteilung von Dr. med. F. _____ nicht.

Im Weiteren führt Dr. med. F. _____ gegen die Kausalität der Schulterbeschwerden ins Feld, unfallnah habe keine der Traumagenese entsprechende deutliche klinische Symptomatik vorgelegen, während die Beschwerdeführerin geltend macht, entgegen Dr. med. F. _____ sei in den unmittelbar nach dem Treppensturz vom 29. Januar 2013 erstellten medizinischen Akten durchaus (auch) auf Schulterschmerzen links hingewiesen worden. Dem ist zu entgegnen, dass Dr. E. _____ im Arzteugnis UVG vom 13. Februar 2013 (act. IIA 49; 55) zwar cervicobrachiale Schmerzen – wenn auch ohne nähere Angaben zu deren Lokalisation – vermerkte, dies indes keine Untersuchungen der (linken) Schulter nach sich zog: Die Beschwerdeführerin weist darauf hin, dass es sich bei einer SLAP-Läsion um eine „äusserst schmerzhafte Verletzung“ (Beschwerde, S. 6) handle, weshalb davon auszugehen ist, dass – wäre die linke Schulter beim Sturz primär betroffen worden – auch unmittelbar entsprechende (bildgebende) Abklärungen veranlasst worden wären. Stattdessen konzentrierten sich die Untersuchungen auf den linken Ellenbogen sowie die Halswirbelsäule (act. IIA 120 f.), was im Übrigen auch zu den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin passt, wonach sie im Anschluss an den Sturz zwar leichtere Schmerzen an den vom Aufprall betroffenen Körperstellen verspürt habe, die Arbeiten jedoch noch (zwei weitere Tage) habe ausführen können (act. IIA 42). Sodann weist Dr. med. F. _____ zu Recht darauf hin, dass auch der über zwei Monate nach dem Sturzereignis konsultierte Neurologe, Dr. med. H. _____, keine Einschränkungen der

aktiven und passiven „Funktionsausmasse“ des linken Schultergelenks oder daselbst eine – aufgrund einer schmerzbedingten Schonung erfolgten – Muskelatrophie befundet hatte (act. IIA 118). Auch Dr. med. I. _____ vermerkte nach der Konsultation vom 9. April 2013 „Bewegungsumfänge voll möglich“ (act. IIA 108). Erst im Bericht von Dr. E. _____ vom 17. Mai 2013 (act. IIA 116) wird auf eine nunmehr massiv eingeschränkte und schmerzhaft Abduktion und Rotation hingewiesen. Im daraufhin erstellten MRT vom 22. Mai 2013 (act. IIA 112) wurde ein Unterflächenriss des superioren Labrums festgestellt, was als SLAP-Läsion beurteilt wurde. Indessen wird der Beweiswert eines Befundes relativiert, wenn dieser – wie hier – erst erhebliche Zeit nach dem inkriminierten Ereignis erhoben wird, da die festgestellte Schädigung allenfalls im Zusammenhang mit einem anderen Sachverhalt zu sehen ist. Daraus folgt, dass die Schlussfolgerung von Dr. med. F. _____, wonach (u.a.) die nach dem Unfall (echtzeitlich) dokumentierte Symptomatik und die Befunde gegen einen Zusammenhang der Schulterbeschwerden mit dem Sturzereignis vom 29. Januar 2013 sprechen, im Lichte der Aktenlage nicht zu beanstanden ist.

Ferner legen die nach der leistungsablehnenden Verfügung vom 26. Februar 2014 (act. IIA 15) im Auftrag der Beschwerdeführerin Stellung nehmenden und die Kausalität bejahenden Ärzte in ihren Berichten einen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellten Ereignishergang zugrunde: So hielt Dr. med. H. _____ im Bericht vom 25. September 2014 (act. I 3) fest, dass es der Beschwerdeführerin beim Treppensturz vom 29. Januar 2013 „den linken Arm mit Kraft in eine Extensionsstellung gerissen“ habe, begleitet von einem „Zerreissungsgefühl in der Schulter“. Dr. med. G. _____ führte im Bericht vom 18. November 2014 (act. I 6 S. 2) aus, „sicher versuchte sie [die Beschwerdeführerin] eine Abwehrhaltebewegung zu machen und dabei ist es mit grosser Wahrscheinlichkeit beim Hochreißen der Arme und Versuch sich wahrscheinlich am Gelände[r] festzuhalten zu einer forcierten Aussenrotation gekommen.“ Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin rutschte sie von der Stufe, fiel mit „hochgerissenem Arm“ auf den Rücken und rutschte die ganze Treppe (mit den Beinen voran) weiter nach unten (act. IIA 48; 41 S. 1). Von einem Zerreissungsgefühl in der Schulter oder davon, dass es der

Beschwerdeführerin den Arm mit Kraft (passiv und über das blosses Hochreissen hinausgehend) in eine Extensionsstellung oder beim Versuch, sich am Geländer festzuhalten, gar in eine forcierte Aussenrotation gerissen hat, ist in den Schilderungen der Beschwerdeführerin zum Ereignishergang nicht die Rede, wobei nach allgemeiner Lebenserfahrung zu erwarten wäre, dass derlei signifikante Sachverhaltselemente erwähnt worden wären, hätten sie sich ereignet. Soweit Dr. med. G._____ deshalb aufgrund dieses von ihm vermuteten, dem Dargelegten zufolge jedoch nicht rechtsgenügend erstellten Ereignishergangs auch eine Subluxation der Schulter und – mittelbar – die SLAP-Läsion begründet, erweist sich dies als spekulativ. Demnach vermögen die Berichte der Dres. med. H._____ und G._____ die Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. F._____ nicht zu falsifizieren.

Schliesslich bleibt anzufügen, dass entgegen Dr. med. G._____ Dr. med. F._____ nicht behauptet hat, durch das Vorliegen eines Buford-Komplexes könne keine SLAP-Läsion vorliegen, sondern einzig darauf hinwies, dass arthroskopische Verwechslungen eines Buford-Komplexes mit traumatischer Abscherung des Labrums nicht selten seien (act. IIA 80).

3.5.3 Demnach vermögen weder die von der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten noch die übrigen medizinischen Berichte – auch nur geringe – Zweifel am Beweiswert des Aktengutachtens von Dr. med. F._____ zu begründen, weshalb der rechtserhebliche Sachverhalt als hinreichend abgeklärt zu beurteilen ist und es der von der Beschwerdeführerin beantragten Begutachtung nicht bedarf.

3.6 Zusammenfassend ist überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die am 25. Juli 2013 operativ versorgten Schultergelenksbeschwerden links nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 29. Januar 2013 zurückzuführen sind, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht insoweit zu Recht verneint hat. Da die Operation somit nicht der Behebung von Unfallfolgen galt, ist auch mit Bezug auf das in der Folge diagnostizierte CRPS I die Kausalität zu verneinen bzw. stellt Letzteres eine Krankheitsfolge dar.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. September 2014 ist somit nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht weder für die unterliegende Beschwerdeführerin noch für die obsiegende Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG; BGE 126 V 143 E. 4a S. 150). Insbesondere besteht bei diesem Ergebnis kein Anspruch auf Übernahme der Kosten von Fr. 300.-- für den von der Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 28. November 2014 zu den Akten gereichten Bericht von Dr. med. G. _____ vom 18. November 2014.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - Rechtsanwalt 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 öf-

fentlich-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.