

200 15 995 UV
FUR/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 31. März 2016

Verwaltungsrichterin Fuhrer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____
vertreten durch B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 16. Oktober 2015 (Ref.-Nr. 15.22135)



Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist für die C. _____ tätig und dadurch bei der AXA Winterthur AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert (Dossier der AXA, act. II A1). Sie meldete am 25. August 2014 sowie am 27. Oktober 2014, sie sei am ... Dezember 2013 am Morgen mit dem Fahrrad unterwegs gewesen. Sie habe einer Frau ausweichen wollen, die schlitternd (bei eisiger Strasse) zu Fuss unterwegs gewesen sei; bei diesem Manöver sei die Versicherte zu Fall gekommen (act. II A1, A2). Nach Einholung medizinischer Berichte (Dossier der AXA, act. IIA M1-M17) erstellte der beratende Arzt der AXA, Dr. med. D. _____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Stellungnahme vom 10. April 2015 (act. IIA M18). Mit Verfügung vom 22. Mai 2015 stellte die AXA die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung per 15. März 2014 ein mit der Begründung, ab diesem Zeitpunkt stünden die Beschwerden nicht (mehr) in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom ... Dezember 2013 (act. II A8). Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch die B. _____, Einsprache (act. II A10, A13); dazu reichte sie die ärztliche Beurteilung von Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 2. Juli 2015 ein (act. IIA M19). Die AXA holte in der Folge eine Stellungnahme vom beratenden Arzt, Dr. med. F. _____, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 6. Oktober 2015 ein (act. IIA M20). Mit Einspracheentscheid vom 16. Oktober 2015 wies die AXA die Einsprache ab (act. II A17).

B.

Am 11. November 2015 erhob die Versicherte, vertreten durch die B. _____, Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Der Einspracheentscheid vom 16. Oktober 2015 sei aufzuheben.

2. Es seien die gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung auch nach dem 15. März 2014 weiterhin zu erbringen.
3. Eventualiter: Es seien weitere Abklärungen vorzunehmen.
4. Es wird zudem beantragt, das Honorar für die zwei ärztlichen Beurteilungen des beratenden Vertrauensarztes der B._____, Herrn Dr. med. E._____, der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen bzw. bei der Bemessung der Parteientschädigung entsprechend zu berücksichtigen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolge -

Zur Begründung verweist sie auf die Stellungnahme von Dr. med. E._____ vom 5. November 2015 (act. IIA M21 / Beschwerdebeilage [BB] 2). Sie beanstandet u.a., dass die Unfallversicherung unterlassen habe, den genauen Unfallhergang zu klären. Es sei nicht abwegig, dass sie beim Velosturz die Arme zum Schutz des Kopfes nach vorne ausgestreckt habe. Nicht zum Nachteil gereichen dürfe ihr, dass sie erst spät ein MRI habe machen lassen, welches die Verletzungen aufgezeigt habe, da sie davon ausgegangen sei, dass sich eine Heilung der Beschwerden einstellen würde.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Februar 2016 beantragt die AXA die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt vor, der Status quo sine bezüglich der – sofern überhaupt – unfallkausalen linksseitigen Schulterbeschwerden sei spätestens per 15. März 2014 erreicht gewesen.

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 der AXA vom 16. Oktober 2015 (act. II A17). Streitig ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 15. März 2014 hinaus.

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).

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 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).

2.2.2 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 blosser 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).

2.2.3 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 blosser 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 Kausalzu-

sammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.3 Für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung ist die Formel "post hoc, ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.4.1 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).

2.4.2 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. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleich-

ches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

2.4.3 Ein Parteigutachten ist ein Gutachten, das entweder von der am Prozess beteiligten Partei selber erstellt worden ist (z.B. Gutachten der Unfallabteilung der SUVA in einem eigenen Streitfall) oder von einer Partei bei einem Sachverständigen eingeholt und im Verfahren aufgelegt wird (BGE 115 V 62). Dabei ist der Beweiswert eines solchen Gutachtens nicht schon deshalb zweifelhaft, weil es von einer Partei ins Verfahren eingebracht wird (BGE 125 V 351 E. 3b dd S. 353, 122 V 157 E. 1c S. 161; RKUV 1993 U 167 S. 96 E. 5a; ZAK 1986 S. 188 E. 2a).

Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354; SVR 2013 IV Nr. 40 S. 119 E. 2).

2.5 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.

3.1 Bezüglich des medizinischen Sachverhalts ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Laut Verlauf (Krankengeschichte im Bericht des Hausarztes Dr. med. G._____, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 1. Februar 2015 [act. IIA M10] und vom 15. März 2015 [act. IIA M17]) erfolgte am ... Dezember 2014 (richtig: 2013) eine telefonische Konsultation; dabei gab die Beschwerdeführerin an, sie sei am ... Dezember 2014 (richtig: 2013) mit dem Velo gestürzt und verspüre Rippen- und Nackenschmerzen, sie möchte eine Verordnung für den Osteopathen (vgl. auch act. IIA M16). Am 20. Januar 2014 erfolgte die erste Konsultation beim Hausarzt, welcher als objektive Befunde eine Druckdolenz über Bursa subacromiale links und Schmerzangabe im Bereich der Ansatzstelle des M. supraspinatus links beschrieb. Die Aussenrotation und die Elevation seien schmerzhaft. Nach Infiltration bei Bursa subacromiale sei eine unmittelbare Schmerzfreiheit eingetreten. Am 10. März 2014 sei Physiotherapie verordnet worden und anlässlich der Konsultation vom 2. Mai 2014 – nach Ausreissen einer Wurzel im Garten z.T. wieder stärkere Schmerzen bis zum linken Ellbogen – sei eine neue Infiltration durchgeführt worden mit unmittelbarer Schmerzfreiheit. Am 1. Juli 2014 habe die Beschwerdeführerin trotz Physiotherapie mit Ultraschallbehandlung wieder über mässige Schmerzen geklagt; objektiv bestehe eine Druckdolenz über Bursa subacromiale Schulter links und auch eine Druckdolenz etwas distal davon im Bereich des Oberarmes links; es erfolge eine Infiltration. Am 5. August 2014 hielt der Hausarzt fest, subjektiv sei nach der Infiltration für ca. einen Monat Schmerzfreiheit, aber auch weniger Kraft, beschrieben worden. Es werde ein MRI der Schulter links durchgeführt werden (act. IIA M17).

3.1.2 Im Befundbericht vom 13. August 2014 hielt Dr. med. H._____, Facharzt FMH für Radiologie, vom I._____, fest, es beständen degenerative AC-Gelenksveränderungen, eine subtotale transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne, eine diskrete Unterflächenpartialruptur der Infraspinatussehne und eine Intervall-Läsion. Es gebe Hinweise für eine anteriore Instabilität. Nebenbefundlich liege ein superiorer sublabraler Recessus vor; DD unwahrscheinlich ein diskreter SLAP Typ I (act. IIA M5 / M15).

3.1.3 Im Bericht vom 16. September 2014 führte Prof. Dr. med. J._____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, es werde zur Reinsertion der Rotatorenmanschette eine Bicepstenodese und Acromioplastik empfohlen (act. IIA M3). Laut seinem Operationsbericht vom 13. Oktober 2014 erfolgte eine diagnostische Arthroscopie, eine offene Rotatorenmanschetten-Reinsertion, eine Bicepstenodese und Acromioplastik (act. IIA M8).

3.1.4 Im Aktenbericht vom 10. April 2015 hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. D._____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, die dokumentierten Befunde nach dem Ereignis vom ... Dezember 2013 würden auf eine dabei entstandene Rippenprellung hindeuten, zudem auf ein wahrscheinlich in diesem Zusammenhang aktiviertes subakromiales Impingement an der linken Schulter. Im Rahmen der weiteren Abklärungen seien dann zusätzlich degenerative Veränderungen des Akromioklavikulargelenks (AC-Gelenk), eine subtotale transmurale Partialruptur der Supraspinatussehne, eine diskrete Unterflächenpartialruptur der Infraspinatussehne und eine Intervall-Läsion gefunden worden. Es seien ausschliesslich die Rippenprellung und das subakromiale Impingement in der initialen Phase auf das Ereignis vom ... Dezember 2013 zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin habe sich keine wesentlichen strukturellen Läsionen zugezogen. Die letztlich bildgebend fassbaren Befunde entsprächen einem Bild, wie es sich typischerweise auf degenerative Weise entwickle, was auch gut zur Alterskategorie der Beschwerdeführerin passe. Die Läsion der Supraspinatussehne und die damit verbundenen Begleitläsionen, die letztlich zur Operation vom 13. Oktober 2014 geführt haben, stünden überwiegend wahrscheinlich nicht in kausalem Zusammenhang mit dem erwähnten Ereignis. Es sei zu einer vorübergehenden Aktivierung eines subakromialen Impingements gekommen; nach drei Monaten sei der status quo sine erreicht gewesen, entsprechend Mitte März 2014 (act. IIA M18).

3.1.5 In der ärztlichen Beurteilung vom 2. Juli 2015 führte Dr. med. E._____, Facharzt für Chirurgie, aus, es liege auf der Hand, dass es beim Ereignis vom ... Dezember 2013 zu unkontrollierten Bewegungen gekommen sei und die Beschwerdeführerin zwangsläufig reflektorisch die

Arme nach vorne gehalten habe, um den Sturz aufzufangen, damit nicht der Kopf verletzt werde. Es sei dabei nicht zu einer direkten Kontusion der linken Schulter gekommen, sondern zu einem Hyperflexions-/Abduktions-Mechanismus, der in der Regel biomechanisch geeignet sei, Schulterverletzungen zu verursachen. Dass es damit auch zusätzlich zu Rippen- und Nackenschmerzen gekommen sei, beweise lediglich, dass eine erhebliche mechanische Einwirkung stattgefunden habe. Es habe seit dem Unfall eine kontinuierliche und mehrmonatige Schmerzsymptomatik, die bis zur Operation geführt habe, bestanden. Bei dieser durchgehenden Schmerzsymptomatik sei es nicht schlüssig, einen Status quo sine nach drei Monaten zu definieren. Die nach dem Unfall aufgetretene kontinuierliche Schmerzsymptomatik habe konservativ behandelt und selbst mit mehreren subakromialen Kortison-Infiltrationen nicht entscheidend verbessert werden können, sodass letztlich am 13. Oktober 2014 operativ vorgegangen worden sei. Es sei unbestritten, dass degenerative Veränderungen des linken Schultergelenkes vorbestanden hätten. Diese seien aber zusätzlich traumatisiert worden, dafür spreche die schmerzhafte Entwicklung nach dem Sturz. Das AC-Gelenk sei überwiegend wahrscheinlich mit dem Sturz zusätzlich traumatisiert worden. Auch sprächen die verdickten Ligamente im oberen Gelenkabschnitt dafür, dass diese ligamentären Schäden durch den Sturz verursacht worden seien. Einen Status quo sine nach drei Monaten zu definieren, sei nicht angemessen und entspreche nicht dem realen Verlauf (act. IIA M19).

3.1.6 Im Aktenbericht vom 6. Oktober 2015 hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. F. _____, Facharzt FMH für Chirurgie, fest, wäre bedingt durch das Ereignis vom ... Dezember 2013 eine subtotale Supraspinatussehnenruptur verursacht worden, so hätte die diesbezügliche Symptomatik mit Sicherheit im Vordergrund gestanden. Erfahrungsgemäss führe dies sofort zu einer höchstgradigen Bewegungseinschränkung der Schulter mit entsprechender Schmerzsymptomatik im Sinne einer Pseudoparalyse der Schulter. Dies sei eindeutig nicht der Fall gewesen. Andererseits werde eine typische Impingement-Symptomatik in der Krankengeschichte dokumentiert. Für das Vorliegen krankhaft degenerativer Prozesse spreche einerseits die starke Retraktion des Supraspinatussehnenstumpfes, andererseits die auffälligen zystischen Veränderungen am

Ansatz der Supraspinatussehne am Tuberculum majus und ebenfalls die partielle Unterflächenläsion der Infraspinatussehne. Solche partiellen Rupturen seien praktisch immer degenerativer und nicht posttraumatischer Genese. Solche degenerativen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette seien in der Altersgruppe der Beschwerdeführerin häufig. Diese Prozesse würden langsam ablaufen, führten häufig zu langsam fortschreitenden Rupturen der Sehnen mit gleichzeitiger Kompensation durch unbemerkt verlaufende Bewegungsveränderungen und Muskelaktivierungen ohne typische Symptomatik. Bis zum Sommer 2014 weise die Beschwerdeführerin keine typische Ausfallsymptomatik von Anteilen der Rotatorenmanschette auf. Entweder sei es hier im Sommer 2014 zu einer degenerativ bedingten Spontanruptur der Supraspinatussehne gekommen oder es handle sich um einen Vorzustand, der klinisch unbemerkt geblieben sei. Ein Status quo sine sei ca. drei Monate nach dem Ereignis gegeben (act. IIA M 20).

3.1.7 In der ärztlichen Beurteilung vom 5. November 2015 führte Dr. med. E._____ aus, dass sich die Beschwerdeführerin beim Sturz vom Velo auf einer vereisten Strasse mit den Händen abgestützt habe, um den Kopf zu schützen, sei plausibel. Damit sei aber auch ein Hyperabduktions-/Flexionsmechanismus des linken Schultergelenks ausgewiesen, ein klassischer Mechanismus, bei dem die Rotatorenmanschette geschädigt werde. Die Schilderung des Hausarztes entspreche den bisher vorliegenden Akten. Mit der subacromialen Kortisoninfiltration sei es zur fast drei Monate dauernden Beschwerdefreiheit gekommen. Andererseits hätten aber noch deutlich reaktive Veränderungen bestanden, mit den noch im MRI vom August nachgewiesenen verdickten Bändern und der Reizung der Schleimhaut, der Bursa subacromialis. Unfallbedingt sei es nicht zu einer kompletten Ruptur der Supraspinatussehne gekommen, die von Dr. med. F._____ postulierte Pseudoparalyse des linken Schultergelenkes könne anatomisch-strukturell nicht untermauert werden. Die nachgewiesenen Verletzungen seien eindeutig unfallbedingt; ein Status quo sine nach drei Monaten sei nicht ausreichend begründbar (act. IIA M21 / BB 2).

3.2 Die Berichte der beratenden Ärzte Dres. med. D._____ und F._____ erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an ärztliche

Berichte (E. 2.4.1 hiervor) und überzeugen. Dass es sich hier um Aktenberichte handelt, schadet nicht, geht es doch um die Frage, ob die Schulterbeschwerden links in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom ... Dezember 2013 stehen; dabei hat die Beurteilung gestützt auf die ärztlichen Unterlagen, insbesondere auf die Angaben des erstbehandelnden Hausarztes sowie die Angaben im Röntgen- und Operationsbericht, zu erfolgen. Die Dres. med. D._____ und F._____ haben sich denn auch mit den Akten auseinandergesetzt und Dr. med. F._____ hat sich zudem mit der Kritik von Dr. med. E._____ befasst (act. IIA M20 S. 2 unten). Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin am ... Dezember 2013 mit dem Fahrrad stürzte. Der Verlauf zeigt, dass sich die Beschwerdeführerin kurz danach anlässlich einer telefonischen Konsultation des Hausarztes am ... Dezember 2013 über Rippen- und Nackenschmerzen und nicht über Schulterschmerzen beklagte (act. IIA M10, M17). Daran ändert nichts, dass der Hausarzt in den Berichten vom 1. Februar und 15. März 2015 (act. IIA M10, M17) bei allen Einträgen in der Krankengeschichte „Problem Schulterschmerzen links“ erwähnte, denn in der zeitlichen Verordnung zur Osteopathie vom ... Dezember 2013 wurden lediglich Rippen- und Nackenschmerzen erwähnt (act. IIA M16). Eine Untersuchung der Schulter erfolgte erst am 20. Januar 2014, dabei beschrieb der Hausarzt als objektiven Befund eine Druckdolenz über der Bursa subacromiale links und Schmerzangabe im Bereich der Ansatzstelle des M. supraspinatus links sowie eine schmerzhafte Aussenrotation und Elevation (act. IIA M17). Die Aussage von Dr. med. D._____, dass es mit Blick auf den Eintrag in der Krankengeschichte vom 20. Januar 2014 sowie aufgrund der Abrechnung der Behandlungen als Krankheit während Monaten fraglich sei, ob der erst im August 2014 gemeldete Unfall (act. II A1) als Auslöser für die Schulterbeschwerden ernsthaft in Betracht gezogen wurde (act. IIA M18 S. 2), ist somit nachvollziehbar. Das Vorliegen degenerativer Prozesse hat Dr. med. F._____ überzeugend mit einer starken Retraktion des Supraspinatussehnenstumpfes und den auffälligen zystischen Veränderungen am Ansatz der Supraspinatussehne am Tuberculum majus und ebenfalls die partielle Unterflächenläsion der Infraspinatussehne schlüssig begründet (act. IIA M20). Einleuchtend ist auch die Beurteilung, dass solch partielle Rupturen praktisch immer degenerativer und nicht post-traumatischer Genese seien. Mit Blick auf die Krankengeschichte, insbe-

sondere die Angaben in der echtzeitlichen Verordnung für Osteopathie vom ... Dezember 2013 (act. IIA M16), ist die Aussage von Dr. med. F. _____ stichhaltig, dass gegen eine traumatische Verletzung von Anteilen der Rotatorenmanschette auch die Tatsache spreche, dass initial nicht über linksseitige Schulterbeschwerden geklagt worden sei. Überzeugend sind auch die Ausführungen zur fehlenden Pseudoparalyse der Schulter kurz nach dem Ereignis vom ... Dezember 2013 (act. IIA M20 S. 2 oben). Die beratenden Ärzte zeigten zudem nachvollziehbar auf, dass die vom Hausarzt dokumentierte Krankengeschichte eine typische Impingement-Symptomatik darstellt (act. IIA M18 S. 3 Ziff. 3, M20). Sowohl Dr. med. D. _____ wie auch Dr. med. F. _____ bestätigten, dass die allenfalls vorgelegene Kontusion/Distorsion mit Aktivierung eines subakromialen Impingements, ohne wesentliche strukturelle Läsionen, innerhalb von drei Monaten als ausgeheilt zu gelten hat (act. IIA M18 S. 3, M20 S. 2). Die Beurteilung, der Status quo sine sei drei Monate nach dem Ereignis eingetreten, ist somit schlüssig. Damit überzeugt auch die Schlussfolgerung, dass die geltend gemachten Beschwerden nach dem 15. März 2014 überwiegend wahrscheinlich nicht Folgen des Ereignisses vom ... Dezember 2013 sind, sondern im Zusammenhang mit degenerativen Veränderungen stehen.

3.3 Die ärztlichen Beurteilungen vom 2. Juli 2015 (act. IIA M19) und vom 5. November 2015 (act. IIA M21) von Dr. med. E. _____ sind nicht geeignet, die Einschätzung der Dres. med. D. _____ und F. _____ in Zweifel zu ziehen. Die Ausführungen von Dr. med. E. _____ stützen sich auf einen Unfallablauf, wonach sich die Beschwerdeführerin mit den Händen abgestützt habe (vgl. act. IIA M21 S. 5 oben). Im Rahmen seiner Beurteilung vom 5. November 2015 gab die Beschwerdeführerin auf telefonische Nachfrage von Dr. med. E. _____ an, sie sei seitlich vorne vom Velo gestürzt und habe sich zur Vermeidung eines Kopfanpralls mit den Händen abgestützt (act. IIA M21 S. 3). Dies steht jedoch in Widerspruch zu den Ausführungen des Hausarztes im Rahmen der ersten Konsultation am 20. Januar 2014 (act. IIA M17) und im Bericht vom 9. September 2014 zuhanden von Dr. med. J. _____ (act. IIA M10), worin ein Sturz auf die linke Schulter erwähnt wurde. Auch wenn ein Unfallablauf mit Abstützen auf die Hände möglich ist, ist dennoch die ca. einen Monat nach dem Er-

eignis vorgenommene Angabe als unbefangener und zuverlässiger zu bewerten (zur Beweismaxime der „Aussage der ersten Stunde“: BGE 121 V 45 E. 2a S. 47, 115 V 133 E. 8c S. 143; RKUV 2004 U 515 S. 420 E. 1.2). Wenn Dr. med. E. _____ nun davon ausgeht, dass ein Hyperabduktions-/Flexionsmechanismus des linken Schultergelenkes ausgewiesen sei sowie dass es zwangsläufig mit dem Sturz neben dem Hyperflexionstrauma zusätzlich auch zu einer axialen Kontusion des Schultergelenks gekommen sei, kann ihm nicht gefolgt werden. In den echtzeitlichen Akten nicht bestätigt wird seine Annahme, es seien initial sofort linksseitige Schulterbeschwerden aufgetreten. Denn – wie bereits erwähnt – wurden bei der telefonischen Konsultation vom ... Dezember 2013 Rippen- und Nackenschmerzen angegeben und mit einem dementsprechenden Hinweis wurde – echtzeitlich – die Verordnung zur Osteopathie ausgestellt (act. IIA M16, M17). Erstmals dokumentiert sind Schulterbeschwerden am 20. Januar 2014 (act. IIA M17). Daran ändert auch das durch Dr. med. E. _____ beim Osteopath K. _____ eingeholte Dokument nichts. Dieser führte aus, durch den Unfall seien die Rippen sowie die linke Schulter verletzt worden, es hätten dann auch Nacken- und Rippenschmerzen bestanden und die Beschwerdeführerin sei am 27. Dezember 2013 sowie am 23. Januar 2014 in Behandlung gewesen (act. IIA M21 S. 4 unten). Gestützt auf seine Angaben lässt sich nicht eruieren, wann die Beschwerdeführerin erstmals über Schulterschmerzen klagte. Es wird auch von Dr. med. E. _____ nicht bestritten, dass degenerative Veränderungen der linken Schulter vorbestanden haben (act. IIA M19 S. 5 unten, M21 S. 6 oben). Soweit er begründet, die Beschwerdeführerin sei bis zum Unfall beschwerdefrei gewesen und die durchgehend bestehende Schmerzsymptomatik sei unfallbedingt (vgl. act. IIA M21 S. 6), ist dies mit Blick auf den Grundsatz „post hoc ergo propter hoc“ (vgl. E. 2.3 hiervoor) nicht überzeugend. Dr. med. E. _____ kritisierte, dass Dr. med. F. _____ fälschlicherweise von einer Totalruptur der Supraspinatussehne ausgegangen sei (act. IIA M21 S. 6 Mitte). Die Beschwerdegegnerin bringt diesbezüglich zu Recht vor (Beschwerdeantwort S. 6 unten), dass Dr. med. F. _____ klar auf eine partielle Ruptur verwiesen hat (vgl. act. IIA M20 S. 2 oben).

3.4 Weitere Abklärungen sind nicht durchzuführen, da hiervon keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte

Beweiswürdigung: BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend ausführte, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die geklagten Beschwerden in der linken Schulter – wenn überhaupt, was offen gelassen werden kann – spätestens nach dem 15. März 2014 nicht unfallkausal waren, sondern Folge von degenerativen Veränderungen.

Damit erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid der AXA vom 16. Oktober 2015 (act. II A17) als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

4.

4.1 Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Nach der Rechtsprechung können die Kosten eines Privatgutachtens, auf das sich der Entscheid der Rechtsmittelinstanz stützt, im Rahmen der Parteientschädigung zurückerstattet werden (RKUV 2004 U 503 S. 187 Erw. 5.1).

Mit den ärztlichen Berichten der Dres. med. D. _____ (act. IIA M18) und F. _____ (act. IIA M20) lagen beweiskräftige medizinische Berichte vor, gestützt auf welche die Frage der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin beurteilt werden konnte. Die seitens der Beschwerdeführerin veranlasste zusätzliche Beurteilung durch Dr. med. E. _____ (act. IIA M19, M21) führte nicht zu entscheidrelevanten neuen Erkenntnissen. Demnach hat die Beschwerdegegnerin die Kosten der ärztlichen Beurteilung durch Dr. med. E. _____ nicht zu ersetzen, die Beschwerde ist auch diesbezüglich abzuweisen.

4.2 Es sind keine Verfahrenskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG).

4.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung ([Umkehrschluss] Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - AXA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

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.