

200 16 437 UV
KOJ/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil des Einzelrichters vom 7. September 2016

Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch **B.** _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 29. März 2016 (UVGON
13.600.000/5541)



Sachverhalt:

A.

Die 1953 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist über ihre Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert (Akten der AXA, Antwortbeilage [AB] A1).

Gemäss Unfallmeldung vom 20. Oktober 2014 (AB A1) rutschte die Versicherte am 12. Oktober 2014 in ihrem Wohnhaus auf der letzten Treppenstufe aus und landete „auf dem Hintern“. Dabei prallte sie mit der rechten Schulter an die Treppenwand (Mauer). Als Art der Schädigung wurde ein Sehnenriss (Supraspinatus) in der rechten Schulter angegeben. Am 12. November 2014 musste die rechte Schulter der Versicherten operativ saniert werden (AB M8). Nachdem die AXA medizinische Unterlagen und eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie FMH (AB M9), eingeholt hatte, verneinte sie mit Verfügung vom 5. Februar 2015 (AB A14) mangels eines Kausalzusammenhangs zwischen den bestehenden Beschwerden (an der rechten Schulter) und dem Ereignis vom 12. Oktober 2014 einen Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung. Dagegen erhoben sowohl die Versicherte wie auch deren Krankenversicherer Einsprache (AB A15, A19, A26, A28); dazu reichte die Versicherte eine ärztliche Beurteilung von Dr. med. D. _____, Praktischer Arzt FMH, vom 26. Mai 2015 ein (AB M11).

Nach Einholung einer Stellungnahme ihres beratenden Arztes Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie FMH (AB M13), hiess die AXA die Einsprachen mit Entscheid vom 29. März 2016 (AB A31) insofern teilweise gut, als sie ihre Leistungspflicht für die Behandlung der rechten Schulter bis und mit dem 11. November 2014 anerkannte.

B.

Hiergegen lässt die Versicherte am 29. April 2016 Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen:

1. Der Einspracheentscheid vom 29. März 2016 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten für die Operation vom 12. November 2014 zu übernehmen.
3. Die Beschwerdegegnerin habe die Leistungspflicht anzuerkennen und die Unfallversicherung sei – auch nach dem 11. November 2014 – zu verpflichten, der Versicherten die gesetzlichen Leistungen weiterhin auszurichten.
4. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin eine gerichtlich zu bestimmende Parteientschädigung sowie die Kosten für den Bericht von Herrn PD Dr. med. F. _____ im Betrag von gesamt haft Fr. 600.-- zu ersetzen.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2016 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 29. März 2016 (AB A31). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auch nach dem 11. November 2014 einen Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat und dabei insbesondere, ob die ab dem 12. November 2014 behandelten resp. geklagten Schulterbeschwerden rechts in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 12. Oktober 2014 stehen.

1.3 Der Streitwert liegt offensichtlich unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 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 Kausalzusammen-

hang 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).

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).

2.2.3 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).

2.3 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass die Beschwerdeführerin am 12. Oktober 2014 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden an der rechten Schulter aufgetreten sind. Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdeführerin – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 11. November 2014 hinaus weiterhin Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Dabei ist zu prüfen, ob die ab dem 12. November 2014 geklagten Schulterbeschwerden rechts in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 12. Oktober 2014 stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Im Bericht des Spitals H. _____ vom 13. Oktober 2014 (AB M3) wurde eine Kontusion Schulter rechts am 12. Oktober 2014 und eine Ruptur Rotatorenmanschette Schulter beidseitig diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin leide seit dem Sturz vom 12. Oktober 2014 unter Schmerzen und einer stark eingeschränkten Beweglichkeit (der rechten Schulter), insbesondere bei der Abduktion. Es bestünden seit vielen Jahren Rupturen der Rotatorenmanschette beider Schultern. In regelmässigen Abständen seien diesbezüglich Steroidinfiltrationen durchgeführt worden.

3.1.2 PD Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Spital H. _____, diagnostizierte im Bericht vom 14. Oktober 2014 (AB M14) einen Sturz am 12. Oktober 2014 mit Rissausweitung in die Infraspinatussehne bei vorbestehender Supraspinatussehnenruptur rechts. Die Beschwerdeführerin sei seit vielen Jahren geplagt durch rezidivierende Schulterschmerzen beidseits. Bereits 2004 seien bildgebend Rupturen der Supraspinatussehne beidseits dokumentiert worden. Beim Sturz vom 12. Oktober 2014 habe sie sich zusätzlich die Infraspinatussehne abgerissen (S. 1).

Im Bericht der Spital H. _____ vom 24. Oktober 2014 (AB M4) wurde festgehalten, im Vergleich zur Voruntersuchung von vor 10 Tagen sei die Schulter schon wieder etwas mobiler und die Schmerzsituation sei leicht zurückgegangen. Bei der heutigen Untersuchung zeige sich zusätzlich eine exquisite Druckdolenz über dem AC-Gelenk mit Ausstrahlung in den Nacken. Für das langfristige „Outcome“ der rechten Schulter sei eine operative Refixation des Musculus infraspinatus sicherlich förderlich. Auch die Schmerzsituation sollte sich hierdurch deutlich verbessern lassen, auch wenn diese sicherlich bei konservativer Therapie mittelfristig noch deutlich besser werden sollte.

Am 12. November 2014 wurde die rechte Schulter der Beschwerdeführerin durch PD Dr. med. F. _____ operativ saniert (AB M8).

3.1.3 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. C. _____ verneinte im Aktenbericht vom 21. Januar 2015 (AB M9) einen Kausalzusammenhang zwischen den erhobenen Befunden und dem Unfall vom 12. Oktober 2014. Es bestehe beidseits ein schon fortgeschrittener Vorzu-

stand im Bereiche der Rotatorenmanschette. Das Anprallen der Schulter verursache bekannterweise keine Rotatorenmanschettenläsion. Die Beschwerdeführerin habe einen Humeruskopfhochstand und eine beginnende fettige Degeneration des Musculus infraspinatus, was für den Vorzustand der subtotalen Infraspinatussehnenruptur spreche. Intraoperativ habe die nach medial retrahierte Infraspinatussehne vorsichtig mobilisiert werden müssen, wobei das Gewebe wenig elastisch gewesen sei, was ebenfalls gegen eine frische Ruptur spreche. Die Kontusion habe sicherlich Schulterschmerzen verursacht; das MRI vom 13. Oktober 2014 hätte aber überwiegend wahrscheinlich dieselbe Pathologie gezeigt, wenn das Ereignis vom 12. Oktober 2014 nicht stattgefunden hätte. Die schmerzhafte Abduktion, welche beschrieben werde, sei durch die Deltoidkontusion erklärt (S. 2).

3.1.4 Der Hausarzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 22. Januar 2015 (AB M10) aus, seit Jahren bestünden Schulterprobleme beidseits, welche die Beschwerdeführerin aber eigentlich gut kompensiert habe. Am 12. Oktober 2014 sei sie auf die rechte Schulter gefallen und habe sofort an starken immobilisierenden Schmerzen gelitten. Vorbestehend seien zweifellos die Ruptur der Supraspinatussehne sowie die Infraspinatusläsion mit Atrophie und fettiger beginnender Degeneration des zugehörigen Muskels. Ferner wies der Arzt darauf hin, dass die Beschwerdeführerin vor dem Sturz lediglich unter inkonstanten Schmerzen gelitten habe, die Beweglichkeit im Alltag aber zufriedenstellend gewesen sei (S. 2).

3.1.5 Der beratende Arzt der Vertreterin der Beschwerdeführerin Dr. med. D. _____ führte im Aktenbericht vom 26. Mai 2015 (AB M11) aus, die Beschwerdeführerin habe am 12. Oktober 2014 eine vorgeschädigte rechte Schulter traumatisiert. Der Vergleich der beiden MRI vom 18. Februar 2013 und 13. Oktober 2014 zeige keine wesentliche neue frische Traumatisierungen der rechten Schulter resp. der Rotatorenmanschette. Unter Berücksichtigung des beschriebenen Ereignisses habe keine zusätzliche Läsion der Rotatorenmanschette stattfinden können. Anders sei die Situation des AC-Gelenks. Die direkte Kontusion sei sehr geeignet, eine vorbestehende Arthrose des AC-Gelenks schmerzhaft werden zu lassen (S. 2). Schlussfolgernd sei eine natürliche Kausalität als mit überwiegender Wahrschein-

lichkeit bewiesen, weil die Beschwerden sofort nach dem Ereignis aufgetreten seien und das Ereignis auch geeignet gewesen sei, die vorbestehende AC-Gelenksarthrose zu traumatisieren. Der Status quo sine sei bis zur Operation offensichtlich nicht erreicht worden. Die Operation sei teilweise wegen der traumatisierten AC-Gelenksarthrose notwendig geworden und durch eine AC-Gelenksresektion lateral behandelt worden. Der Status quo sine sei mit Abschluss der postoperativen Rehabilitation erreicht (S. 3).

3.1.6 Nachdem gegen die Verfügung vom 5. Februar 2015 (AB A14) Einsprachen erhoben worden waren, holte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. med. E. _____ ein. Dieser hielt im Aktenbericht vom 15. März 2016 (AB M13) fest, keiner der erhobenen Befunde an der rechten Schulter stehe mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 12. Oktober 2014. Es sei eine seitliche Schulterprellung rechts erfolgt, die aus biomechanischen Gründen nicht geeignet sei, eine Schädigung der Rotatorenmanschette zu verursachen. Möglich sei lediglich eine Traumatisierung der mit Sicherheit vorbestehenden hypertrophen AC-Gelenksarthrose. Vorzustandsbedingt sei eine Supraspinatussehnenruptur auf degenerativer Basis erwiesen. Die Tatsache, dass eine fettige Degeneration der Muskulatur des Supraspinatus und des Infraspinatus mit Retraktion der Sehnen und Humeruskopfhochstand vorliege, beweise mit praktischer Sicherheit, dass im Rahmen des seit langem bekannten degenerativen Geschehens auch die Infraspinatussehne vorgängig rupturiert gewesen sei. Der am 12. November 2014 durchgeführte Eingriff sei notwendig geworden aufgrund des Vorzustandes im Bereich der Supraspinatus-, der Subscapularis- und der Infraspinatussehne sowie der degenerativen Veränderung mit verbreiteter Bizepssehne. Im gleichen Rahmen zur Défilée-Erweiterung und nicht aufgrund der aktivierten AC-Gelenksarthrose sei auch das AC-Gelenk reseziert worden. Ohne die intraartikulären erheblichen krankhaft degenerativen Veränderungen sei davon auszugehen, dass durch das Stosstrauma die aktivierte AC-Gelenksarthrose nach gezielter Therapie innerhalb einiger Monate abgeheilt wäre (S. 1). Ein Status quo sine wäre nach drei bis sechs Monaten zu erwarten gewesen (S. 2 Ziff. 3).

3.1.7 Auf Ersuchen der Beschwerdeführerin nahm PD Dr. med. F._____ im Bericht vom 18. April 2016 (AB M15) insbesondere zur Unfallkausalität der Schulterbeschwerden rechts Stellung. Eine Schulterkontusion könne sehr wohl zu einer massiven Rotatorenmanschettenruptur führen. Die meisten traumatischen Rupturen der Supraspinatus- und Infraspinatussehne entstünden bei Stürzen direkt auf die Schulter. Ferner seien weder ein Humeruskopfhochstand noch eine Sehnenretraktion Beweise für ein chronisches Geschehen. Die Beschwerdeführerin habe einen Wäschekorb in den Händen gehalten, als sie am 12. Oktober 2014 gestürzt sei. Es sei gut vorstellbar, dass sie dabei erschrocken sei und ihre Muskeln angespannt habe, schon bevor sie mit der Schulter irgendwo angeprallt sei. Es sei anzunehmen, dass bei einer plötzlichen Muskelkontraktion anlässlich eines Sturzes ein frischer Sehnenriss oder eine Ausweitung eines vorbestehenden Risses auftreten könne. Tatsache sei, dass das MRI der rechten Schulter vom 13. Oktober 2014 einen vollständigen Riss der Supraspinatus- und der Infraspinatussehne gezeigt habe. Der Infraspinatusmuskel habe im Gegensatz zum Supraspinatusmuskel nur eine leichte Atrophie und fettige Infiltration Grad 1 aufgewiesen. Diese leichtgradigen Veränderungen seien nicht mit einer vorbestehenden chronischen Ruptur der Infraspinatussehne vereinbar. Wäre die Sehne schon vor dem Ereignis vom 12. Oktober 2014 gerissen, müsste der Muskel dieselben Veränderungen aufweisen wie der Supraspinatusmuskel. Dies sei mit Sicherheit nicht der Fall. Die intraoperativ festgestellte Elastizität des Gewebes korreliere leider nicht immer mit dem Alter der Sehnenruptur. Die Elastizität des Gewebes lasse nicht in allen Fällen zwischen frischer und alter Ruptur unterscheiden. Zusammenfassend sprächen die Angaben der Beschwerdeführerin und die Untersuchungsbefunde für eine frische, unfallbedingte signifikante Ausweitung eines vorbestehenden Risses der Supraspinatussehne in die Infraspinatussehne (S. 3 f.).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen,

ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 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).

3.3 Vorliegend erfüllt der Aktenbericht des Dr. med. E. _____ vom 15. März 2016 (AB M13) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervoor) und überzeugt. Der Facharzt hat sich in seiner ärztlichen Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf die bildgebende Untersuchung der rechten Schulter vom 13. Oktober 2014 (AB M5) und den Operationsbericht vom 12. November 2014 (AB M8) getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Auf die Einschätzung von Dr. med. E. _____ ist aus den nachfolgenden Überlegungen abzustellen:

3.3.1 Dr. med. E. _____ hat schlüssig dargelegt, dass die an der rechten Schulter erhobenen Befunde nicht überwiegend wahrscheinlich in einem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 12. Oktober 2014 stehen und dass insbesondere die Infraspinatussehne rechts bereits vor dem besagten Unfall gerissen war (AB M13 S. 1). An dieser Beurteilung ändern – entgegen der Auffassung in der Beschwerde – die Berichte des PD Dr. med.

F. _____ vom 14. Oktober 2014 (AB M14) und 18. April 2016 (AB M15) nichts, in welchen der Arzt dargelegt hat, dass beim Sturz vom 12. Oktober 2014 eine Rissausweitung in die Infraspinatussehne bei vorbestehender Supraspinatussehnenruptur rechts stattgefunden hat. Diesbezüglich hat Dr. med. E. _____ nachvollziehbar aufgezeigt, dass die beim Sturz vom 12. Oktober 2014 erfolgte seitliche Schulterprellung aus biomechanischen Gründen nicht geeignet ist, eine Schädigung der Rotatorenmanschette – und damit auch der dazugehörigen Infraspinatussehne – zu verursachen (AB M13 S. 1). Ebenfalls Dr. med. C. _____ und Dr. med. D. _____ verneinten unter Berücksichtigung des beschriebenen Ereignisses das Entstehen einer (zusätzlichen) Läsion der Rotatorenmanschette (AB M9 S. 2; M11 S. 2). Dass Dr. med. D. _____ das Vorliegen von frischen Traumatisierungen zudem durch einen Vergleich der beiden MRI vom 18. Februar 2013 und vom 13. Oktober 2014 verneint hat (AB M11 S. 2), überzeugt dagegen nicht, da im MRI vom 18. Februar 2013 die linke Schulter und in demjenigen vom 13. Oktober 2014 die rechte Schulter abgebildet wurde (vgl. AB M5).

Soweit PD Dr. med. F. _____ im Bericht vom 18. April 2016 (AB M15) als einziger Arzt zum Schluss kommt, eine Schulterkontusion könne sehr wohl zu einer massiven Rotatorenmanschettenruptur führen, kann ihm nicht gefolgt werden. Denn die diesbezüglichen Ausführungen des Facharztes sind hauptsächlich allgemeingültig und nicht fallbezogen. Zum vorliegenden konkreten Sachverhalt, bei welchem die Beschwerdeführerin mit einem Wäschekorb in den Händen gestürzt ist bzw. mit der Schulter an die Wand geprallt ist, hält PD Dr. med. F. _____ fest, man könne diesfalls „annehmen“, dass ein frischer Sehnenriss oder eine Ausweitung eines vorbestehenden Risses „auftreten kann“ (vgl. AB M15 S. 3). Damit wird eine entsprechende Verletzung nur als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich erachtet. Darüber hinaus geht aus den Berichten der Dres. med. E. _____ und C. _____ klar hervor, dass nicht nur der Unfallhergang, sondern auch die bestehende fettige Degeneration der Muskulatur des Infraspinatus, der Humeruskopfhochstand und das wenig elastische Gewebe der am 12. November 2014 intraoperativ mobilisierten Infraspinatussehne gegen eine frische Ruptur derselben sprechen (AB M13 S. 1, M9 S. 2). Auch Dr. med. I. _____ bezeichnete die Infraspinatuslä-

sion im Bericht vom 22. Januar 2015 (AB M10) als vorbestehend. Und im Bericht des Spitals H. _____ vom 13. Oktober 2014 (AB M3) wurde ausdrücklich festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin „seit vielen Jahren Rupturen der Rotatorenmanschette beider Schultern“ bestehen, aufgrund welcher regelmässige Steroidinfiltrationen durchgeführt wurden. Damit ist nicht – zumindest aber nicht überwiegend – wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin beim Sturz vom 12. Oktober 2014 die Rotatorenmanschette der rechten Schulter verletzt hat, weshalb die Behandlung derselben nicht zu Lasten der Unfallversicherung geht.

3.3.2 Weiter geht aus dem Bericht von Dr. med. E. _____ hervor, dass beim Unfall vom 12. Oktober 2014 eine vorbestehende AC-Gelenksarthrose traumatisiert worden ist (AB M13 S. 1). Diese Beurteilung findet in den vorliegenden medizinischen Akten – insbesondere im Bericht von Dr. med. D. _____ vom 26. Mai 2015 (AB M11) – ihren Rückhalt und wird denn auch nicht bestritten. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit der Aktivierung der vorbestehenden AC-Gelenksarthrose anerkannt. Soweit Dr. med. D. _____ insofern einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Sturz vom 12. Oktober 2014 und der Operation vom 12. November 2014 bejaht hat, als die besagte Operation teilweise wegen der traumatisierten AC-Gelenksarthrose notwendig geworden und durch eine AC-Gelenksresektion behandelt worden sei (AB M11 S. 3), kann ihm nicht gefolgt werden. Diesbezüglich hat Dr. med. E. _____ schlüssig dargelegt, dass hinsichtlich der aktivierten AC-Gelenksarthrose keine Operationsindikation bestanden hat und dass auch ohne einen operativen Eingriff der Status quo sine innerhalb von drei bis sechs Monaten erreicht worden wäre (AB M13 S. 1 und S. 2 Ziff. 3). Diese Beurteilung findet ihren Rückhalt im Bericht von PD Dr. med. F. _____ vom 18. April 2016, in welchem die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs ohne Infraspinatussehnenruptur verneint worden ist (AB M15 S. 3). Damit ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Sturz vom 12. Oktober 2014 und der Operation vom 12. November 2014 nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt.

3.4 Nach dem Dargelegten ist ein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 12. Oktober 2014 und den nach dem 11. No-

vember 2014 bestehenden Schulterbeschwerden rechts nicht überwiegend wahrscheinlich. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. März 2016 ist damit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist unbegründet und deshalb 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 kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Die Kosten für den von der Beschwerdeführerin veranlassten Bericht von PD Dr. med. F. _____ vom 18. April 2016 (AB M15) hat die Beschwerdegegnerin entgegen dem Antrag in der Beschwerde nicht zu tragen. Dieser Bericht hat keinen entscheiderelevanten neuen Aufschluss gebracht und es kann nicht gesagt werden, die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflichten und damit den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Der besagte Bericht war für die Entscheidungsfindung nicht erforderlich (vgl. SVR 2010 UV Nr. 3 S. 15 f. E. 10).

Demnach entscheidet der Einzelrichter:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):
- B. _____ AG z.H. der Beschwerdeführerin
 - AXA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Einzelrichter:

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.