

200 17 534 UV
ACT/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 27. Oktober 2017

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 3. Mai 2017



Sachverhalt:

A.

Die 1976 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie mit Bagatel-lunfall-Meldung vom 5. Februar 2015 bzw. Schadenmeldung vom 21. April 2016 melden liess, sie habe sich am 23. Januar 2015 bei einem Sturz beim Schlitteln eine Prellung der rechten Schulter zugezogen (Akten der AXA, [act. II] A1, A4). Die AXA erbrachte die gesetzlichen Leistungen und nahm medizinische Abklärungen vor. Gestützt auf die Berichte des beratenden Arztes Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 10. Juni und 2. September 2016 (act. II M11, M18) stellte sie die Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mit Verfügung vom 23. September 2016 (act. II A12) mangels Kausalzusammenhangs zwischen den geklagten Beschwerden und dem Ereignis vom 23. Januar 2015 rückwirkend per 26. August 2015 ein. Die dagegen erhobene Einsprache (act. II A14) wies die AXA mit Entscheid vom 3. Mai 2017 (act. II A17) ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. B. _____, mit Eingabe vom 1. Juni 2017 Beschwerde mit den Anträgen, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, auch nach dem 26. August 2015 Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen. Eventualiter seien die Akten unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zu einem neuen Entscheid in der Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, verbunden mit der Anweisung, die Beschwerdeführerin durch eine unabhängige Stelle medizinisch begutachten zu lassen.

Mit Beschwerdeantwort vom 5. September 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig reichte sie einen

Bericht ihres beratenden Arztes Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 21. August 2017 (act. II M27) zu den Akten.

Die Beschwerdeführerin nahm mit Eingabe vom 15. September 2017 Stellung zum neu eingereichten medizinischen Bericht.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 3. Mai 2017 (act. II A17). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung für die als Folgen des Ereignisses vom 23. Januar 2015 (act. II A1, A2) geltend gemachten Beschwerden.

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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

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

2.3 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).

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen

ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden 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).

2.3.2 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).

2.4 Um über den Leistungsanspruch entscheiden 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).

2.5

2.5.1 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).

2.5.2 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. Gleiches 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). Die Berichte und Gutachten ständiger Vertrauensärzte haben in beweisrechtlicher Hinsicht grundsätzlich den gleichen Stellenwert wie die verwaltungsinternen Arztberichte und Gutachten der UVG-Versicherer (RKUV 2001 KV 189 S. 492 E. 5b).

2.6 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 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 23. Januar 2015 (act. II A1, A2) die kumulativen Anspruchsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiervor) erfüllt; dies unabhängig davon, ob sich die Beschwerdeführerin dabei mehrmals überschlagen hat oder nicht (vgl. act. II A17 Ziff. 2.3.3), worüber sie im Unfallbeschrieb vom 21. Februar 2015 allerdings nicht berichtet hat (act. II A2 S. 2; dies geschah erstmals in der Einsprache vom 11. Oktober 2016 [act. II A14]).

3.2 Hinsichtlich der umstrittenen (weiteren) Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ergibt sich aus den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende.

3.2.1 Dem Formular "Erstes Arztzeugnis UVG" vom 17. Februar 2015 (act. II M1), ausgefüllt durch das Spital E. _____, ist die Diagnose einer Schulterkontusion rechts zu entnehmen. Es bestehe eine schmerzbedingte Einschränkung der Schultermobilisation. Im Röntgenbild seien keine Hinweise für eine ossäre Läsion ersichtlich. Der Abschluss der Behandlung (konservative Therapie, Analgesie) erfolge voraussichtlich in vier bis sechs Wochen.

3.2.2 Am 24. August 2015 wurde eine Magnetresonanztomographie (MRT) des rechten Schultergelenks durchgeführt und wie folgt beurteilt (act. II M3): "Hinweise auf Enthesiopathie am Tuberculum minus und majus. Initiale arthrotische Veränderungen im AC-Gelenk. Ansonsten weitgehend unauffälliger MRT-Befund des rechten Schultergelenkes ohne Hinweise auf Knorpel- oder ligamentäre Verletzungen. Keine frischen oder älteren ossären Läsionen."

3.2.3 In einem von der Beschwerdeführerin als Oberärztin der Chirurgie des Spitals E. _____ ausgefüllten Formular (Posteingang bei der Beschwerdegegenerin am 16. November 2015 [act. II M5]) berichtete diese von einer Druckdolenz über dem AC-Gelenk und einer leichten Einschränkung der Abduktion. Die durchgeführte Physiotherapie habe keine Resultate gezeigt. Der Abschluss der Behandlung sei im Oktober 2015 erfolgt.

3.2.4 Im Bericht des Spitals F. _____ vom 4. Mai 2016 (act. II M10) wurde festgehalten, im Rahmen eines problemlos verlaufenen chirurgischen Eingriffs am 2. Mai 2016 sei aufgrund einer SLAP-Läsion Typ V der rechten Schulter zunächst eine Arthroskopie und sodann eine Refixation und eine Tenodesse der langen Bizepssehne vorgenommen worden.

3.2.5 Dr. med. C. _____ führte in der Stellungnahme vom 10. Juni 2016 (act. II M11 S. 2) aus, die intraoperativen Befunde, die anlässlich der MRT vom 24. August 2015 noch nicht in dieser Weise zu finden gewesen seien, sprächen gegen einen kausalen Zusammenhang des chirurgischen Eingriffs mit dem Ereignis vom 23. Januar 2015. Diese müssten demnach erst im Anschluss daran entstanden sein und seien somit überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Schlittelfall vom Januar 2015 zurückzuführen.

3.2.6 Mit Bericht vom 17. August 2016 (act. II M17) nahm PD Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Stellung zur Einschätzung von Dr. med. C. _____ und hielt fest, die Arthro-MRI-Untersuchung sei unzureichend genau, um Veränderungen des Labrumbereiches einschliesslich des Bicepssehnenankers zu beurteilen. Der Gold-Standard zu dieser Diagnose sei leider nach wie vor die Arthroskopie. Seit dem Unfall von Januar 2015 leide die Patientin unter anterioren Schulterschmerzen sowie einem Instabilitätsgefühl. Die im Rahmen der diagnostischen Arthroskopie aufgezeigte Avulsion des Bicepssehnenankers mit Ausriss des postero-superioren Labrums habe sich erst im Rahmen dieses Eingriffs sicher belegen lassen und erkläre auch hinreichend das anhaltende Beschwerdebild. Derartige Verletzungen seien klar traumatischer Natur.

3.2.7 In der Stellungnahme vom 2. September 2016 (act. II M18 S. 2) hielt Dr. med. C. _____ fest, da PD Dr. med. G. _____ die Versicherte frühestens ein Jahr nach dem Unfallereignis erstmals untersucht habe und der chirurgische Eingriff mehr als fünfzehn Monate nach dem Ereignis erfolgt sei, wirke es doch ziemlich spekulativ, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen Unfall und Pathologie als überwiegend wahrscheinlich bezeichnet werde. Eine direkte Kontusion aus wahrscheinlich geringer Höhe (Schlittelfall) sei aufgrund biomechanischer Überlegungen kaum geeignet, eine SLAP-Läsion an der Schulter herbeizuführen. Allgemein würden als hauptsächliche Auslöser hierfür relevante distorsionelle Ereignisse oder auch repetitive Bewegungen des betroffenen Armes im Überkopfbereich gesehen, wie sie bei vielen Sportarten vorkämen. Die Versicherte selbst habe im Bericht vom November 2015 zudem geschrieben, die Behandlung sei im Oktober 2015 abgeschlossen worden, sodass sie sich wahrscheinlich erst mit einiger Latenz wieder in ärztliche Behandlung begeben habe und eine Brückensymptomatik somit zeitnahe nicht dokumentiert gewesen sei. Zusammenfassend vermöge der Bericht von PD Dr. med. G. _____ keine veränderte Einschätzung bezüglich der Kausalität zu begründen.

3.2.8 Prof. Dr. med. H. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 14. November 2016 (act. II M25) aus, die Patientin leide unter rechtsseitigen Schulterschmerzen nach initialem Schlittel-Sturz vom 23. Januar 2015. Aufgrund von bestehenden Beschwerden und im MRI sichtbarer SLAP-Läsion habe man sich am 2. Mai 2016 zur Schulterarthroskopie entschieden. Leider bestünden weiterhin Schmerzen, welche sich jedoch von den präoperativen unterscheiden würden.

3.2.9 Dr. med. I. _____, Facharzt für Anästhesiologie, hielt im Bericht vom 14. Februar 2017 (act. II M22) fest, die Patientin leide nun seit mehr als neun Monaten unter chronischen, invalidisierenden Schulterschmerzen rechts, welche nach einem Schlittelfall und operativer Versorgung aufgetreten seien. Die körperliche Untersuchung sei absolut unauffällig. Einzig bei der tiefen suprascapulären Palpation könne ein Teil der Schmerzen reproduziert werden.

3.2.10 Im Bericht vom 6. März 2017 (act. II M23) führte Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, die Patientin habe sich am 23. Januar 2015 beim Schlitteln an ihrer rechten Schulter verletzt. Sie habe sich mehrmals überschlagen und im Anschluss Schulterschmerzen verspürt.

3.2.11 Dr. med. D._____ beurteilte im Bericht vom 21. August 2017 (act. II M27) die Schlussfolgerungen von Dr. med. C._____ in den Berichten vom 10. Juni und 2. September 2016 (act. II M11 S. 2 und M18 S. 2) als nachvollziehbar. Dieser habe unter anderem die nicht klaren Aussagen zum Unfallgeschehen und die fehlenden Brückensymptome bemängelt. Zum Unfallhergang sei zu bemerken, dass sich die Versicherte dabei mehrmals überschlagen habe. Dadurch sei es nicht mehr möglich, den genauen Unfallhergang und somit die tatsächliche Kraffteinwirkung auf das Schultergelenk zu rekonstruieren. Entscheidend für die Beurteilung sei jedoch das MRT am 24. August 2015, das lediglich Hinweise auf eine Enthesiopathie am Tuberculum minus und majus sowie auf initiale arthrotische Veränderungen am AC-Gelenk ergeben habe. Ansonsten habe sich ein weitgehend unauffälliges MRT ohne Hinweise auf Knorpel- oder ligamentäre Verletzungen gezeigt. Die Behandlung sei gemäss Bericht des Spitals E._____ im Oktober 2015 abgeschlossen worden. Eine SLAP-Läsion werde im MRI nicht beschrieben, es habe sich jedoch als Normvariante ein "sublabrales hole" gezeigt. Zusammenfassend müssten demnach die intraoperativ gestellten Befunde erst nach dem Trauma am 24. August 2015 (richtig wohl: 23. Januar 2015) entstanden sein. Es sei auch nicht vorstellbar, dass ein Patient mit einer SLAP-V-Läsion beschwerdefrei aus der Behandlung entlassen werde.

3.3 Die Beschwerdeführerin, die selber Ärztin ist, hat mit undatiertem Bericht (Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 16. November 2015) eine Schulterkontusion diagnostiziert und ausgeführt, der Behandlungsabschluss sei im Oktober 2015 erfolgt (act. II M5); in der Einsprache berichtete sie zudem allein über leichte, diffuse, ziehende, eher unspezifische Schmerzen nach dem Unfall (act. II A14). Weiter sind bis Mai 2016 (Operationsbericht vom 2. Mai 2016 [act. II M9) keine medizinischen Massnahmen mehr dokumentiert, was sich damit deckt, dass Dr. med. I._____ im

Bericht vom 14. Februar 2017 über seit mehr als neun Monaten bestehende chronische, invalidisierende Schulterschmerzen berichtet (act. II M22 S. 1), was einen Schmerzbeginn im Frühjahr 2016 bedeutet. Dagegen hat die Beschwerdeführerin gegenüber diversen Ärzten – teilweise implizit – durchgehende Schmerzen erwähnt (Berichte der Dres. med. G. _____ vom 2. und 4. Mai 2016 [act. II M9 f.] bzw. vom 16. November 2016 [act. II M20 S. 1], J. _____ vom 6. März 2017 [act. II M23 S. 1] und Prof. Dr. med. H. _____ vom 14. November 2016 [act. II M25 S. 1]). Es kann im aktuellen Verfahrensstadium offen bleiben, ob hier ein Rückfall resp. eine Spätfolge vorliegt oder es sich um den gleichen Gesundheitsschaden wie im Januar 2015 handelt (vgl. E. 3.4 und 3.5 hiernach).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stellt auf die Einschätzungen ihrer beratenden Ärzte Dres. med. C. _____ und D. _____ ab (act. II M11 S. 2, M18 S. 2 und M27), denen eine vergleichbare Stellung wie versicherungsinternen Ärzten zukommt (vgl. E. 2.5.2 hiervor). Dies bedeutet, dass ergänzende Abklärungen durchzuführen sind, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). Dies ist hier der Fall: Dr. med. C. _____ führt im Bericht vom 10. Juni 2016 aus, die intraoperativen Befunde hätten sich zur Zeit der MRT von August 2015 noch nicht finden lassen (act. II M11 S. 2 Ziff. 1 gegen Ende), was an und für sich einleuchtet und einen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall von Januar 2015 (act. II A1 und A2) und den geklagten Beschwerden ausschliesst. Jedoch weist PD Dr. med. G. _____ im Bericht vom 17. August 2016 darauf hin, dass die Arthro-MRI-Untersuchung "unzureichend genau" sei, "um Veränderungen des Labrumbereiches einschliesslich des Bicepssehnenankers ... beurteilen" zu können (act. II M17), d.h. der behandelnde Arzt weist darauf hin, dass die beiden Befunde (MRT resp. Operation) nicht miteinander verglichen werden könnten. Sollte diese Auffassung zutreffen, wäre der Einschätzung des beratenden Arztes Dr. med. C. _____ die Basis entzogen. Auf diesen entscheidenden Punkt gehen die Dres. med. C. _____ und D. _____ in ihren Berichten vom 2. September 2016 (act. II M18 S. 2) resp. 21. August 2017 (act. II M27) nicht ein, weshalb der Einwand des PD Dr. med. G. _____ nicht ausgeräumt worden ist.

3.5 Auf der anderen Seite kann ebenfalls nicht auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte abgestellt und ein Kausalzusammenhang als erstellt gelten (sofern sich diese Mediziner überhaupt zu dieser Frage äussern):

3.5.1 PD Dr. med. G._____ geht im Bericht vom 17. August 2016 letztlich allein gestützt auf den nicht zulässigen Grundsatz "post hoc ergo propter hoc" (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3) von einem Kausalzusammenhang aus (act. II M17). Soweit er ausführt, derartige Verletzungen seien "klar traumatischer Natur" (a.a.O.), ist darauf hinzuweisen, dass sich der medizinische Begriff des Traumas und der rechtliche Unfallbegriff nicht decken (ALFRED BÜHLER, Der Unfallbegriff, in ALFRED KOLLER [Hrsg.], Haftpflicht- und Versicherungsrechtstagung 1995, St. Gallen 1995, 268). Aus diesem Grund kann – entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 11 unten) – auch nicht geschlossen werden, wenn nicht der Schlittelunfall vom 23. Januar 2015 (act. II A1 und A2), so habe ein anderer von der Beschwerdegegnerin versicherter Unfall den Gesundheitsschaden verursacht.

3.5.2 Auch im Bericht des Dr. med. I._____ vom 14. Februar 2017 wird die Kausalität unzulässigerweise mit dem Argument "post hoc ergo propter hoc" begründet (act. II M22 S. 1), was ebenfalls für die Annahme des Prof. Dr. med. H._____ im Bericht vom 14. November 2016 (act. II M25 S. 1) zutrifft.

3.5.3 Die Dres. med. J._____ und G._____ gehen in den beschwerdeweise eingereichten Berichten vom 24. resp. 30. Mai 2017 allein von einem möglichen Kausalzusammenhang aus. Deren Ausführungen sind zudem allgemeiner Natur, d.h. nicht auf den konkret vorliegenden Fall bezogen (Beschwerdebeilage [act. I] 4 und 6).

3.6 Nach dem hiervor Dargelegten kann weder auf die Einschätzung der die Beschwerdegegnerin beratenden Ärzte noch auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte abgestellt werden. Damit hat die Beschwerdegegnerin den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 3. Mai 2017 (act. II A17) ist daher in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache geht –

entsprechend dem Eventualantrag (Beschwerde S. 2 und 12 f.; Eingabe vom 15. September 2017 S. 3) – zurück an die Verwaltung, damit sie ein externes Gutachten veranlasse und anschliessend neu verfüge.

4.

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

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61).

Die Beschwerdeführerin wird durch Rechtsanwalt Dr. B. _____ vertreten. Dessen Kostennote vom 4. Oktober 2017 ist nicht zu beanstanden. Entsprechend wird die Parteientschädigung auf Fr. 4'250.-- (17 Stunden à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 63.20 und 8 % Mehrwertsteuer im Betrag von Fr. 345.05, somit auf total Fr. 4'658.25, festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 3. Mai 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'658.25 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt Dr. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - AXA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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