

200 18 830 UV
KNB/BOC/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. August 2020

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Fürsprech B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 10. Oktober 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1973 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend: AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als sie sich am 25. April 2017 bei einem Fahrradsturz am linken Ellbogen und an der linken Schulter verletzte (Akten der AXA [act. II] A1). Die AXA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Am 26. März 2018 unterzog sich die Versicherte einer Operation an der linken Schulter (act. II M17) und die AXA stellte die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 25. Mai 2018 (act. II A35) rückwirkend per 5. September 2017 ein, da ihr medizinischer Dienst nach den Abklärungen im September 2017 bei Dr. med. C. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, keinen Zusammenhang zwischen den noch bestehenden Beschwerden und dem Unfallereignis vom 25. April 2017 mehr erkenne. Die dagegen erhobene Einsprache (act. II A42) wies die AXA mit Einspracheentscheid vom 10. Oktober 2018 (act. II A57) ab.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B. _____, am 13. November 2018 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, rückwirkend auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 5. September 2017 die gesetzlichen Leistungen bis auf weiteres zu erbringen und insbesondere auch die Kosten der Operation vom 26. März 2018 zu übernehmen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

In der Beschwerdeantwort beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Die Beschwerdeführerin bestätigt mit Stellungnahme vom 14. Oktober 2019 das beschwerdeweise gestellte Rechtsbegehren.

Nachdem sich die Beschwerdeführerin nach dem Stand des Verfahrens erkundigt hatte, stellte der Instruktionsrichter der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender Verfügung vom 6. März 2020 die Stellungnahme vom 14. Oktober 2019 zur Kenntnisnahme zu. Gleichzeitig gab er der Beschwerdegegnerin Gelegenheit, allfällige Schlussbemerkungen einzureichen.

In der Folge verzichtete die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 16. April 2020 auf weitere Bemerkungen und hielt am gestellten Antrag fest.

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 10. Oktober 2018 (act. II A57). Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom 25. April 2017 auch über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 5. September 2017 hinaus, insbesondere für die Operation vom 26. März 2018, leistungspflichtig ist.

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). Der hier interessierende Unfall hat sich am 25. April 2017 und damit nach dem 1. Januar 2017 ereignet, womit der vorliegende Fall anhand der ab dem 1. Januar 2017 gültigen Bestimmungen zu beurteilen ist.

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 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.4 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

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; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.5 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 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.6 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 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 (Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 5.1).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Entscheid des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019 [zur Publikation vorgesehen], E. 5.1).

2.7 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.8 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. Aus-

schlaggebend 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.9 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).

2.10 Die versicherte Person hat von Bundesrechts wegen keinen formellen Anspruch auf Beizug eines versicherungsexternen Gutachtens, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Es ist auch im Lichte der von Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) gewährleisteten Verfahrensgarantien grundsätzlich zulässig, den Entscheid ausschlaggebend oder gar ausschliesslich auf verwaltungsinterne Abklärungen zu stützen (BGE 123 V 175 E. 3d S. 176, 122 V 157 E. 2c S. 165). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Dr. med. C._____ führte im Bericht vom 5. September 2017 (act. II M4) die folgenden Diagnosen auf:

Schulter- und Ellbogen-Kontusion links vom 25. April 2017

- Rückläufiges subacromiales Impingement Stadium I
- Oberflächliche Restentzündung proximale Ulna und Extensoren-Tendinopathie

Zur Anamnese führte Dr. med. C._____ aus, die Beschwerdeführerin sei nun in regelmässiger physiotherapeutischer Behandlung gewesen. Die Schulterschmerzen seien verschwunden. Sie habe das ... wieder aufnehmen können. Im Bereich des Ellbogens habe sich die Symptomatik verändert. Es habe sich eine Berührungsempfindlichkeit im Bereich der proximalen Ulna entwickelt. Zur Beurteilung und zum Procedere hielt die Ärztin fest, im Bereich der Schulter sollten die Zentrierungsübungen selbstständig weitergeführt werden. Im Bereich des Ellbogens seien lokal antalgische Massnahmen sinnvoll. Eine Physiotherapieverordnung sei abgegeben worden. Verlaufskontrollen fänden bedarfsorientiert statt.

3.2 Im Bericht vom 12. Januar 2018 (act. II M5) gab Dr. med. C._____ die folgenden Diagnosen an:

- Beginnende Schultersteife links
- Posttraumatisches subacromiales Impingement Stadium I nach Kontusion am 25. April 2017
- Hyperlaxizität

Zur Anamnese hielt Dr. med. C._____ fest, der Beschwerdeführerin sei es bis im Herbst 2017 mit der linken Schulter deutlich besser gegangen. Sie habe in der Physiotherapie die Belastung aufgebaut und dies gleichzeitig in der beruflichen Aktivität im D._____ umgesetzt. Je stärker sie die Schulter beansprucht habe, umso stärker seien die Schmerzen geworden. In der Physiotherapie habe sich die Beschwerdeführerin eher hyperlax präsentiert mit einem einmaligen Subluxationsereignis nach ventral in Rückenlage (telefonische Rücksprache). Bezüglich Beurteilung und Procedere gab die Ärztin an, in der heutigen Untersuchung sei eine entzündliche, überreiz-

te Situation mit einer beginnenden Schultersteife im Vordergrund. Bei verunsicherter Patientin sei eine Konsultation bei Prof. Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, veranlasst worden. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei bis zum 31. Januar 2018 bestätigt worden.

3.3 Im Bericht vom 20. Februar 2018 (act. II M8) führte Prof. Dr. med. E. _____ die folgende Diagnose auf:

- Postdistorsionelle Schulterbeschwerden links bei Tendinopathie und Elongation der dorsocranialen Rotatorenmanschette

Prof. Dr. med. E. _____ gab an, zwischenzeitlich sei das Verlaufs-MR durchgeführt worden. Es bestehe eine Tendinopathie der dorsocranialen Manschette und zusätzlich ein diskretes Spongiosaödem im posteroinferioren Kopfquadranten. Insgesamt bestehe kein operativ behandelungsfähiger pathologisch-anatomischer Befund. Er empfehle der Beschwerdeführerin, die Beanspruchung der Schulter nachhaltig zu reduzieren, ergo auf das ... zu verzichten. Die Beschwerdeführerin sei zu 20 % als ... angestellt. Diesbezüglich bestehe eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit. Die Aspekte der professionellen Reorientierung würden eingehend besprochen. Die Beschwerdeführerin habe grosse Mühe zu akzeptieren, dass sie nun auf das ... verzichten sollte. Die physiotherapeutischen Optionen seien limitiert. Es könnte weiterhin versucht werden, die Scapula Dyskinesie zu verbessern und ein vorsichtiges Kräftigungs- und Dekoaptationsprogramm durchzuführen. Allerdings müsse auf belastete Kräftigungsübungen gänzlich verzichtet werden.

3.4 Prof. Dr. med. F. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 15. März 2018 (act. II M15) die folgenden Diagnosen auf:

- Status nach Schultersubluxation mit anteriorer Labrumläsion und SLAP-3-5-Komponente und Bizeps-Pulley-Läsion bei Status nach Sturz am 25. April 2017 links
- Sekundär antero-superiore Überbelastung mit Bursitis und kleiner Partilläsion des Supraspinatus und Dyskinesie links
- Undislozierte Fissur DD Haarriss des Olecranon links bei Sturz am 25. April 2017

Zur Anamnese wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei als Fahrradfahrerin bei einer Kollision mit einem anderen Fahrradfahrer am 25. April 2017 direkt axial auf den Ellbogen gestürzt und habe sich einen axialen Stoss in der Schulter zugezogen. Daraufhin seien einschliessende Schmerzen im Schultergelenk aufgetreten mit der anschliessenden Unfähigkeit, den Arm frei und schmerzfrei für einige Tage zu bewegen. Die Konsultation des Hausarztes einige Wochen später sei mit Indikation zur Physiotherapie und Durchführung eines MRI am 17. Mai 2017 erfolgt. Dort habe es keine klare Diagnosestellung gegeben. Nach drei Monaten ... und Anpassen der täglichen Aktivitäten und Muskelaufbau hätten immer noch persistierende Schmerzen in der Schulter links bestanden. Der Ellbogen habe sich diesbezüglich verbessert. Seit Weihnachten 2017 sei es noch einmal zu einer Exazerbation mit Blockaden respektive einschliessenden Schmerzen in der linken Schulter bei gewissen Aktivitäten gekommen. Aktuell bestünden Tag und Nacht Probleme. Zur Beurteilung und zum Prozedere hielt Prof. Dr. med. F._____ fest, seines Erachtens handele es sich um eine traumatische Schultersubluxation mit Ruptur der Aufhängung des Bizeps im Sinne einer Slap-3-Komponente und des Pulley. Er empfehle verschiedene therapeutische Optionen: Wieder Durchführen der Infiltration intraartikulär zur Kupierung der Schmerzen und Adressieren der Physiotherapie. Parallel dazu wäre ein Analgetika-Ausbau möglich. Da man konservativ nach einem Jahr nun an einem Punkt stehe, wo die Beschwerdeführerin ein aktives Vorgehen wünsche und die mechanische Belastung als hoch einzustufen sei, wäre die Indikation zu einer Schulterarthroskopie, Refixation des Slap, Bizepsstenodese, Bursektomie und Beurteilung der bursaseitigen Rotatorenmanschettenruptur gegebenenfalls sanfte Acromioplastik zu diskutieren.

3.5 In der Stellungnahme vom 18. Mai 2018 (act. II M19) hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, zusammenfassend habe die Beschwerdeführerin am 25. April 2017 einen Sturz mit dem Fahrrad erlitten und habe sich dabei kontusionelle Verletzungen am linken Arm zugezogen, am Ellbogen begleitet von Hautläsionen. Im Rahmen einer MR-tomographischen Abklärung am 17. Mai 2017 hätten sich lediglich die Folgen der unfallbedingten Kontusion am

Ellbogen gezeigt, wohingegen sich an der Schulter ein unauffälliger Befund ergeben habe. Dies schliesse das Vorliegen eines subakromialen Impingements selbstverständlich nicht aus, was zu diesem Zeitpunkt ebenfalls als Unfallfolge zu bewerten gewesen sei. Mittels geeigneter Physiotherapie habe sich die Situation aber kontinuierlich verbessern lassen, sodass die Beschwerdeführerin auch den ... wieder habe aufnehmen können, was aufgrund der dabei vorkommenden häufigen ... bei weiterhin anhaltenden relevanten Schulter- oder Ellbogenbeschwerden kaum möglich gewesen wäre. Ein beim Ereignis vom 25. April 2017 entstandener potentiell dauerhafter struktureller Schaden habe zudem bereits mit der erwähnten MRT vom 17. Mai 2017 ausgeschlossen werden können. Auch auf klinischer Ebene könne spätestens mit dem Befund, wie er sich anlässlich der Untersuchung von Dr. med. C._____ am 4. September 2017 präsentiert habe, von einem Status quo sine in Bezug auf das erwähnte Ereignis ausgegangen werden. Rein anhand der vorliegenden klinischen und bildgebenden Befunde könne er nicht nachvollziehen, wie Prof. Dr. med. F._____ im Vergleich zu den früheren Beurteilern zu einem derart diskrepanten Befund komme (act. II M15). Dies beinhalte nicht nur die klinische Einschätzung, die sich deutlich von derjenigen von Prof. Dr. med. E._____ unterscheide, sondern auch die Bildbeurteilung, die von derjenigen zweier unterschiedlicher Radiologen abweiche. Zwar würden sowohl in der Klinik H._____, als auch im I._____ Veränderungen des kranialen Labrums beschrieben, die aber als sublabrales Foramen und somit als anatomische Variante und nicht als SLAP-Läsion klassiert worden seien. Auch die von Prof. Dr. med. F._____ postulierte Ruptur des Bizeps-Pulleys könne er nicht so recht nachvollziehen (was auf den Aufnahmen vom Januar 2018 ohne intraartikuläres Kontrastmittel naturgemäss stark erschwert sei) und sie habe sich letztlich auch intraoperativ nicht bestätigt, indem nur eine Ausweitung habe gefunden werden können (act. II M17). Letztlich hätten sich anlässlich der Operation vom 26. März 2018 überhaupt keine Befunde erheben lassen, die überwiegend wahrscheinlich in kausalem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. April 2017 gestanden hätten. Prof. Dr. med. F._____ habe auch dem Umstand keine ausreichende Beachtung geschenkt, dass die Beschwerdeführerin keineswegs durchgängige Einschränkungen gehabt habe, indem sie im Herbst 2017 sogar das ... wieder habe aufnehmen können. Dies gehe bekannter-

massen mit hoher Schulterbelastung einher, was bei anhaltenden relevanten Pathologien kaum möglich gewesen wäre. Bei den am 26. März 2018 operativ angegangenen Befunden handle es sich somit überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich um unfallfremde degenerative beziehungsweise chronisch-überlastungsassoziierte Veränderungen. Wie dies bereits ausführlich erläutert worden sei, habe bereits mit der MRT vom 17. Mai 2017 festgestellt werden können, dass unfallkausal keine potentiell dauerhaften strukturellen Schäden entstanden seien. Auf klinischer Ebene sei der Status quo sine spätestens anlässlich der Konsultation bei Dr. med. C. _____ vom 4. September 2017 erreicht gewesen. Sämtliche in der Folge durchgeführten Abklärungen und Behandlungen seien überwiegend wahrscheinlich ausschliesslich unfallfremd gewesen.

3.6 Im Bericht vom 25. Juli 2018 (act. II M24) führte Prof. Dr. med. F. _____ aus, er halte an seiner Beurteilung fest, dass nebst der anamnetisch klaren Situation sich auf den Bildgebungen vom initialen Arthro-MRI vom 17. Mai 2017 sowie vom nativen MRI vom Januar 2018 auf den einzelnen Schnittbildern sowohl indirekte Anzeichen einer durchgemachten Schultersubluxation, welche sich auch intraoperativ bestätigt hätten, als auch Anzeichen der Bizeps Pulley-Läsion sowie SLAP III Komponente zeigten. Er sei, nebst der Wortwahl, auch erstaunt über die Art und Weise der Beurteilung von Dr. med. G. _____, dass er in seinem Schreiben vom 18. Mai 2018 formuliere, dass sich keine Befunde aus der Operation vom 26. März 2018 erheben liessen, welche überwiegend wahrscheinlich im kausalen Zusammenhang mit dem Unfall vom 25. April 2017 stünden. Er sei gespannt über die Beurteilung wie Dr. med. G. _____ oder auch Dr. med. C. _____ und Prof. Dr. med. E. _____ eine Labrum-Läsion respektive eine SLAP III Komponente im Sinne eines degenerativen Ereignisses interpretieren würden.

3.7 In der Stellungnahme vom 18. September 2018 (act. II M22) hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J. _____, Facharzt für Chirurgie, fest, die gegenwärtig noch geltend gemachte Symptomatik an der linken Schulter stehe aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden medizinischen Akten lediglich mit dem Beweisgrad der Möglichkeit in einem natürlichen Zusammenhang zum Ereignis vom 25. April 2017. Die auf CD

enthaltene nativ Röntgenuntersuchung vom 2. Mai 2017 und vom 17. Mai 2017 der linken Schulter und des linken Ellenbogens habe er überprüft, ebenso die Arthro-MRI-Untersuchung vom 17. Mai 2017 des linken Ellenbogens und der linken Schulter und die MRI-Untersuchung vom 24. Januar 2018. Dabei lasse sich keine sichere strukturelle Schädigung erkennen, die mit dem Ereignis vom 25. April 2017 in Zusammenhang gebracht werden könne. In dieser Hinsicht decke sich seine Beurteilung mit derjenigen der untersuchenden Radiologen und von Prof. Dr. med. E. _____. Die Beurteilung von Prof. Dr. med. F. _____ sei für ihn nicht nachvollziehbar. Im MRI vom 17. Mai 2017 zeige sich wohl eine Veränderung sublabral, die er als offenes Foramen interpretiere, wie es anlagebedingt häufig gesehen werde. Im Operationsbericht vom 26. März 2018 hingegen zeige sich eine Ablösung im Sinne einer Slap-2-Läsion mit kleiner Lefze, was aus seiner Sicht überwiegend wahrscheinlich der Folge einer chronischen Überlastung mit Gewebedegeneration (...) entspreche. Sichere Befunde, die durch das Ereignis vom 25. April 2017 erklärbar seien, liessen sich nicht objektivieren. Anlässlich einer Nachkontrolle am 5. September 2017 in der Praxis von Prof. Dr. med. E. _____ seien die Beschwerden von Seiten der linken Schulter abgeklungen und die Beschwerdeführerin habe bereits zuvor mit dem ... wieder begonnen gehabt. Bezüglich linker Schulter sei zu diesem Zeitpunkt von einem Status quo sine auszugehen. Die Stellungnahme von Dr. med. G. _____ vom 18. Mai 2018 könne er vollumfänglich unterstützen und er erachte sie als edierbar.

3.8 Dr. med. K. _____, Facharzt für Radiologie, führte im radiologischen Befundbericht vom 5. November 2018 (act. II M25) in der Gesamtbeurteilung aus, es liege eine unauffällige MR-Arthrographie vor am 17. Mai 2018, es seien keine posttraumatisch bedingten Pathologien oder Verletzungen nachweisbar. Allenfalls bestehe eine Prädisposition für eine Impingementproblematik. Die Untersuchung der linken Schulter vom 24. Januar 2018 sei nicht als Arthrographie durchgeführt worden, was erhebliche Einbussen hinsichtlich der Beurteilbarkeit mit sich bringe. Es zeigten sich Signalalterationen innerhalb der Supraspinatussehne sowie eine Flüssigkeitsansammlung in der Bursa subdeltoidea, sodass hier Hinweise für eine Impingementproblematik bestünden. Die operativ beschriebene SLAP-Läsion sei am 24. Januar 2018 fraglich abgrenzbar, die beschriebene

nen Veränderungen seien auf der Voruntersuchung nicht vorhanden und somit neu aufgetreten. Ohne Arthrographie sei die Diagnose der SLAP-Läsionen sehr schwierig und nicht zuverlässig beurteilbar. Es finde sich keine vordere oder hintere Labrumläsion. In beiden Untersuchungen sei blutbildendes Knochenmark am inferoposterioren Rand der Humerusepiphyse sichtbar, was als nicht-pathologisch zu werten sei. Es bestehe ein markantes Kontusionsödem im Bereich des linksseitigen Olekranons wie oben beschrieben. Zu den gestellten Fragen führte Dr. med. K. _____ aus, es lägen keine traumatisch verursachten strukturellen Pathologien auf den MRT-Bildern vom 17. Mai 2017 vor. Eine SLAP-Läsion sei nicht abgebildet. Es zeige sich an typischer Stelle (0 - 3 Uhr Achse) ein sublabrales Foramen bzw. das vordere Labrum sei in diesem Bereich hypoplastisch und nicht angelegt. In der relevanten Position (3 - 6 Uhr Achse) des Labrums sei das Labrum regelrecht abgebildet und weise keine Läsion auf. Die Bizeps-Pulley Region sei regelrecht und unauffällig abgebildet, es finde sich kein Hinweis auf eine Pathologie. Die Untersuchung des Ellbogengelenkes auf der linken Seite zeige ein Kontusionsödem im Processus olecrani, bedingt durch eine Kontusion oder fragliche Fissur, jedoch sei kein Frakturspalt klar und eindeutig nachweisbar, es gebe keine Formveränderung des Olekranons, die Gelenkflächen seien nicht beteiligt. Die Untersuchung vom 24. Januar 2018 dokumentiere Veränderungen, die auf eine Impingementproblematik zurückzuführen seien. Es zeige sich zum einen moderat Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea sowie eine intratendinöse Signalalteration (nicht untersuchungsbedingt), hinweisend auf eine Tendinitis. Insgesamt sei der Subakromialraum schmal und eng angelegt, sodass hier Veränderungen im Rahmen einer Impingementproblematik (und nicht traumatisch) vorlägen. Die Untersuchung sei leider nicht als Arthrographie durchgeführt, deshalb sei die Beurteilbarkeit des Labrums limitiert und erschwert. Das vordere Labrum zeige keine Pathologie. Das superiore Labrum sei etwas irregulär konturiert, der sublabrale Raum messe 2 mm, es zeige sich eine Signalalteration am oberen Bizepssehnenanker, sodass eine SLAP-Läsion möglich sei, jedoch mit den vorhandenen Bildern nicht beweisbar. Die Vergleichbarkeit beider Untersuchungen sei aufgrund der unterschiedlichen Untersuchungstechniken problematisch, insbesondere die Beurteilbarkeit des oberen Labrums. Eindeutig dokumentiert sei, dass auf der Untersuchung vom 17. Mai 2017 keine Labrumläsion vorhanden

gewesen sei. Die Veränderungen am 24. Januar 2018 seien bildmorphologisch fraglich. Die Signalerhöhung im Knochenmark am inferoposterioren Humerusepiphysenrand sei durch blutbildendes Knochenmark bedingt und auf beiden Untersuchungen identisch vorhanden.

4.

4.1 Im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. April 2017, welches zweifellos einen Unfall im Rechtssinne darstellt (vgl. E. 2.2 hiervor), stellte die Beschwerdegegnerin die Versicherungsleistungen bezüglich der Beschwerden an der linken Schulter infolge Erreichens des Status quo sine per 5. September 2017 ein (Einspracheentscheid vom 10. Oktober 2018 S. 7 Ziff. 2.3.9; Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2019 S. 3). Dabei stützte sie sich hauptsächlich auf die Berichte der beratenden Ärzte Dres. med. G._____ und J._____ vom 18. Mai 2018 (act. II M19) und 18. September 2018 (act. II M22). Darin verwies Dr. med. G._____ darauf, dass die MR-tomographische Abklärung am 17. Mai 2017 an der (linken) Schulter einen unauffälligen Befund ergeben habe. Ein beim Ereignis vom 25. April 2017 entstandener potentiell dauerhafter struktureller Schaden habe bereits mit dem erwähnten MRT vom 17. Mai 2017 ausgeschlossen werden können (act. II M19 S. 3). Auch Dr. med. J._____ hielt unter anderem unter Bezugnahme auf die Arthro-MRI-Untersuchung vom 17. Mai 2017 fest, es lasse sich keine sichere strukturelle Schädigung erkennen, die mit dem Ereignis vom 25. April 2017 in Zusammenhang gebracht werden könne. Die Argumentation, wonach hinsichtlich der linken Schulter per 5. September 2017 der Status quo sine erreicht gewesen sei, begründeten die beiden beratenden Ärzte zudem insbesondere damit, dass sich die Situation durch Physiotherapie verbessert habe und die Beschwerdeführerin auch den ... wieder habe aufnehmen können. Dabei lassen die Dres. med. G._____ und J._____ jedoch ausser Acht, dass die Beschwerdeführerin an der linken Schulter – entgegen den Ausführungen im Bericht von Dr. med. C._____ vom 5. September 2017 (act. II M4) – nie beschwerdefrei war. Zwar ging es der Beschwerdeführerin im Herbst 2017 dank Physiotherapie an der linken Schulter deutlich besser, je stärker sie jedoch die Schulter wieder bei der Arbeit als ... beansprucht habe, umso

stärker seien die Schmerzen geworden (vgl. Bericht von Dr. med. C._____ vom 12. Januar 2018 [act. II M5]). Auch Prof. Dr. med. F._____ verwies im Bericht vom 15. März 2018 (act. II M15) darauf, dass nach drei Monaten ... und Anpassen der täglichen Aktivitäten sowie Muskelaufbau immer noch persistierende Schmerzen in der linken Schulter bestanden hätten. Seit Weihnachten 2017 sei es noch einmal zu einer Exazerbation mit Blockaden respektive einschiessenden Schmerzen in der linken Schulter bei gewissen Aktivitäten gekommen. Daraufhin wurden die Schulterbeschwerden links im Januar 2018 weiter abgeklärt (MR-Schultergelenk links am 24. Januar 2018 [act. II M9]). Diesbezüglich bestehen zwischen dem behandelnden Arzt Prof. Dr. med. F._____ und den beratenden Ärzten der Beschwerdegegnerin Dres. med. G._____ und J._____ divergierende Auffassungen. Gemäss Prof. Dr. med. F._____ besteht ein Status nach Schultersubluxation mit anteriorer Labrumläsion und SLAP-3-5-Komponente und Bizeps-Pulley-Läsion bei Status nach Sturz am 25. April 2017 links bzw. eine traumatische Schultersubluxation mit Ruptur der Aufhängung des Bizeps im Sinne einer Slap-3-Komponente und des Pulley (act. II M19), wohingegen die Dres. med. G._____ und J._____ sowohl die klinische Einschätzung als auch die Bildbeurteilung von Prof. Dr. med. F._____ nicht nachvollziehen können. Sie gehen ihrerseits davon aus, dass sich anlässlich der Operation vom 26. März 2018 überhaupt keine Befunden hätten erheben lassen, die überwiegend wahrscheinlich in kausalem Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. April 2017 gestanden hätten (act. II M19) bzw. sichere objektivierbare Befunde, die durch das Ereignis vom 25. April 2017 erklärbar seien, hätten sich nicht objektivieren lassen (act. II M22). Diese Einschätzung erscheint wiederum für Prof. Dr. med. F._____ nicht einleuchtend, fragte er sich doch im Bericht vom 25. Juli 2018 (act. II M24), wie Dr. med. G._____, Dr. med. C._____ und Prof. Dr. med. E._____ eine Labrum-Läsion respektive eine SLAP III Komponente im Sinne eines degenerativen Ereignisses interpretieren würden. Auch der radiologische Befundbericht von Dr. med. K._____ vom 5. November 2018 (act. II M25) vermag die bestehenden Unklarheiten nicht abschliessend zu klären. Damit bestehen zumindest geringe Zweifel (vgl. E. 2.10 hiervor) an der Einschätzung der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin Dres. med. G._____ und J._____, wonach im

Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. April 2017 in Bezug auf die Beschwerden an der linken Schulter per 5. September 2017 der Status quo sine erreicht war.

4.2 Nach dem Dargelegten hätte die Beschwerdegegnerin somit ein externes Gutachten veranlassen müssen, was nun nachzuholen ist. Die Beschwerde ist demnach unter Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 10. Oktober 2018 gutzuheissen und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Einholung eines externen Gutachtens und anschliessendem Erlass einer neuen Verfügung.

5.

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

5.2 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).

Mit Kostennote vom 4. Mai 2020 macht Fürsprecher B. _____ ein Honorar von Fr. 5'583.35 (22 Std. 20 Min. à Fr. 250.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 61.20 und Mehrwertsteuer von Fr. 434.65 (7.7 % von Fr. 5'644.55), total Fr. 6'079.20, geltend, was als zu hoch und nicht geboten erscheint. Für die vorliegende Beschwerde samt Stellungnahme vom 14. Oktober 2019 erscheint mit Blick auf die gesamten Umstände und auf ähnlich gelagerte Fälle eine Parteientschädigung von insgesamt pauschal Fr. 4'500.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 10. Oktober 2018 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. 4'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprech B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - AXA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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