

200 23 348 UV
SCP/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. September 2023

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
vertreten durch Fürsprech B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 31. März 2023 (UVG 44.089.625/5)



Sachverhalt:

A.

A.a.

Die ... geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der C. _____ AG als ... bzw. ... angestellt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (nachfolgend AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen 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; A155 S. 1). Die AXA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. act. II A35 S. 2). Am 26. März 2018 unterzog sich die Versicherte einer Operation an der linken Schulter (Akten der Axa [act. IIA] M17). Nachdem die AXA das Dossier ihrem beratenden Arzt Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zur Beurteilung vorgelegt hatte (act. IIA M19), stellte sie die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 25. Mai 2018 (act. II A35) rückwirkend per 5. September 2017 mit der Begründung ein, der Status quo sine sei in diesem Zeitpunkt erreicht gewesen. Die von der Versicherten dagegen erhobene Einsprache (act. II A42) wies die AXA mit Entscheid vom 10. Oktober 2018 (act. II A57) ab, nachdem sie das Dossier ihrem beratenden Arzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie, zur Beurteilung vorgelegt hatte (act. IIA M22). Die dagegen von der Versicherten erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Bern mit Urteil vom 14. August 2020 (VGE UV/2018/830; act. II A63) insoweit gut, als es den angefochtenen Einspracheentscheid aufhob und die Sache an die AXA zurückwies, damit sie – nach Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne eines externen Gutachtens – neu verfüge.

A.b.

In der Folge zog die AXA Berichte behandelnder Ärzte bei. Nachdem die Versicherte die Durchführung einer Aktenbegutachtung abgelehnt hatte (act. II A82; A91), beabsichtigte die AXA, sich an der von der IV-Stelle Bern (IVB) bei der F._____ (MEDAS) in Auftrag gegebenen bidisziplinären neurologisch-orthopädischen Begutachtung zu beteiligen (act. II A95; A97), wobei sowohl die AXA als auch die Versicherte Zusatzfragen an den orthopädischen Gutachter formulierten (act. II A109; A113). Ferner einigten sich die Parteien mit der IVB darauf, zusätzlich ein radiologisches Teilgutachten (im Verbund mit der IV-Begutachtung) zu veranlassen (act. II A102; A105). In der Folge wurden weder die gestellten Zusatzfragen beantwortet noch ein radiologisches Teilgutachten durchgeführt (act. II A116 f.), woraufhin die AXA selber bei der Gutachterstelle um Erledigung des Auftrags ersuchte (act. II A124). Nach Vorliegen der entsprechenden Zusatzexpertisen (act. IIA M36-M38) stellte die AXA mit Schreiben vom 22. Dezember 2021 (act. II A139) formlos die Einstellung der Versicherungsleistungen per 1. November 2017 in Aussicht. In der dagegen gerichteten Stellungnahme kritisierte die Versicherte u.a., es seien nicht sämtliche Zusatzfragen im Rahmen der Konsensfindung polydisziplinär beantwortet worden (act. II A142), woraufhin die AXA bei der Gutachterstelle entsprechende Nachbesserung verlangte (act. II A143). Nachdem der orthopädische Teilgutachter eine Stellungnahme eingereicht (act. IIA M39) und die Versicherte hernach um Erlass einer anfechtbaren Verfügung ersucht hatte (act. II A149), verfügte die AXA am 20. April 2022 (act. II A151) wie mit Schreiben vom 22. Dezember 2021 (act. II A139) in Aussicht gestellt, wobei sie auf die Rückforderung zuviel erbrachter Leistungen verzichtete. Dagegen erhoben sowohl der Krankenversicherer wie auch die Versicherte, vertreten durch Fürsprech B._____, Einsprache (act. II A152; A155). In der Folge holte die AXA bei Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Aktengutachten ein (act. IIA M41) und gewährte der Versicherten daraufhin das rechtliche Gehör (act. II A162). Während der Krankenversicherer seine Einsprache bereits mit Schreiben vom 30. Mai 2022 zurückgezogen hatte (act. II A157), wies die AXA jene der Versicherten mit Entscheid vom 31. März 2023 ab (act. II A168).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Fürsprecher B. _____, mit Eingabe vom 8. Mai 2023 Beschwerde. Sie stellt die folgenden Anträge:

1. Der Einspracheentscheid vom 31. März 2023 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, rückwirkend auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. November 2017 die gesetzlichen Leistungen bis auf weiteres zu erbringen.
2. Eventuell sei der rechtserhebliche Sachverhalt durch ein Gutachten zur Beurteilung der mittelbaren Unfallkausalität durch Schädigung anlässlich der Heilbehandlung infolge des Unfalles vom 25. April 2017 und des Endzustandes weiter abzuklären.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Schreiben vom 26. Juli 2023 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Diese Eingabe ging zur Kenntnis an die Beschwerdeführerin.

Erwägungen:

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 angefochtene 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

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

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 20. April 2022 (act. II A151) bestätigende Einspracheentscheid vom 31. März 2023 (act. II A168). Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung in Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. April 2017 über den 1. November 2017 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 (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2 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

2.3.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 entfiere ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163).

Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

2.3.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163).

Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang (vgl. BGE 142 V 435 E. 1 S. 438) muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse 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 (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56). Praxisgemäss muss der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht durch den Nachweis unfallfremder Gründe erbracht werden. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ur-

sachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 3. März 2022, 8C_600/2021, E. 3.2).

2.3.3 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 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

2.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des BGer vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 23. Dezember 2022, 8C_410/2022, E. 4.2).

3.

Das Ereignis vom 25. April 2017 stellt einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) dar (vgl. E. 2.2 vorne; VGE UV/2018/830 E. 4.1 [act. II A63 S. 15]). Streitig und zu prüfen ist die Unfallkausalität der über den 1. November 2017 hinaus bestehenden Schulterbeschwerden links.

4.

Zum Gesundheitszustand sowie der Frage der Kausalität lässt sich den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.1 Der Röntgenbefund der linken Schulter vom 2. Mai 2017 war unauffällig (act. IIA M2).

4.2 Ein am 17. Mai 2017 durchgeführtes Arthro-MRI der linken Schulter beurteilte Dr. med. H. _____, Facharzt für Radiologie, wie folgt (act. IIA M1): "Bild passend zu leichter Kapsulitis, DD adhäsiva. Mögliche Im-

pingement-Problematik bei grenzwertig weitem Subakromialraum jedoch ohne Zeichen einer begleitenden Tendinopathie. Kein osteochondraler Defekt."

4.3 Dr. med. I. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 5. September 2017 (act. IIA M4) eine Schulter- und Ellbogenkontusion links vom 25. April 2017 bei rückläufigem subacromialem Impingement Stadium I sowie oberflächlicher Restentzündung proximale Ulna und Extensoren-Tendinopathie. Die Schulterschmerzen seien verschwunden. Die Beschwerdeführerin habe das Klettern wieder aufnehmen können. Die aktive und passive Beweglichkeit der linken Schulter sei frei, das Impingementzeichen grenzwertig positiv, die Rotatorenmanschette kräftig.

Mit weiterem Bericht vom 12. Januar 2018 (act. IIA M5) diagnostizierte Dr. med. I. _____ eine beginnende Schultersteife links. 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 Kletterzentrum umgesetzt. Je stärker sie die Schulter beansprucht habe, umso stärker seien die Schmerzen geworden. In der Beurteilung hielt Dr. med. I. _____ fest, in der heutigen Untersuchung stehe eine entzündliche, überreizte Situation mit einer beginnenden Schultersteife im Vordergrund.

4.4 Ein am 24. Januar 2018 durchgeführtes MRI der linken Schulter wurde wie folgt beurteilt (act. IIA M9): "Befund passend zu einer Schulterkontusion mit Knochenmarksödem im Humeruskopf posterior. Keine Bankart und keine Hill-Sachs-Läsion."

4.5 Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 20. Februar 2018 (act. IIA M8) postdistorsionelle Schulterbeschwerden links bei Tendinopathie und Elongation der dorsocranialen Rotatorenmanschette. Insgesamt bestehe kein operativ behandlungsfähiger pathologisch-anatomischer Befund. Er empfehle der Beschwerdeführerin, die Beanspruchung der Schulter nachhaltig zu reduzieren, ergo auf das Klettern zu verzichten.

4.6 Prof. Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 15. März 2018 (act. IIA M15) fest, das Arthro-MRI sowie das native MRI vom Januar 2018 wiesen eine "Slap-3-zum Teil-5-Komponente mit kombinierter antero-inferiorer Labrumläsion" nach. Ebenfalls sei das Bizeps Pulley gerissen, insbesondere im MRI vom Januar 2018 auf Schnittbild 12 deutlich sichtbar. Ferner bestehe eine minime bursaseitige Ruptur des Supraspinatus mit subacromialer Bursitis. Seines Erachtens handle es sich um eine traumatische Schultersubluxation mit Ruptur der Aufhängung des Bizeps im Sinne einer SLAP-3-Komponente und des Pulley (S. 2).

4.7 Am 26. März 2018 erfolgte durch Prof. Dr. med. K._____ eine arthroskopische SLAP-Refixation und Bizepsstenodese, eine Labrumrefixation sowie Bursektomie und Acromioplastik links (act. IIA M17). Die diagnostische Arthroskopie ergab gemäss Operationsbericht vom 26. März 2018 u.a. ein "SLAP 2 mit kleiner Lefze anterosuperior welche ins Gelenk ragt."

4.8 In seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2018 (act. IIA M19) hielt der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D._____, fest, ein beim Ereignis vom 25. April 2017 entstandener potentiell dauerhafter struktureller Schaden habe bereits mit der MRT vom 17. Mai 2017 ausgeschlossen werden können. Rein anhand der vorliegenden klinischen und bildgebenden Befunde könne er nicht nachvollziehen, wie Prof. Dr. med. K._____ im Vergleich zu den früheren Beurteilern zu einem derart diskrepanten Befund komme. Dies beinhalte nicht nur die klinische Einschätzung, die sich deutlich von derjenigen von Prof. Dr. med. J._____ unterscheide, sondern auch die Bildbeurteilung, die von derjenigen zweier unterschiedlicher Radiologen abweiche. Zwar würden darin Veränderungen des kranialen Labrums beschrieben, die aber als sublabrales Foramen und somit als anatomische Variante und nicht als SLAP-Läsion klassiert worden seien. Auch 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. Der Status quo sine sei am 4. September 2017 erreicht gewesen.

4.9 Im Bericht vom 25. Juli 2018 (act. IIA M24) hielt Prof. Dr. med. K._____ fest, 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-3-Komponente zeigten.

4.10 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E._____, hielt im Bericht vom 18. September 2018 (act. IIA M22) fest, die gegenwärtig noch geltend gemachte Symptomatik an der linken Schulter stehe lediglich mit dem Beweisgrad der Möglichkeit in einem natürlichen Zusammenhang zum Ereignis vom 25. April 2017. Die MRI-Untersuchungen vom 17. Mai 2017 und 24. Januar 2018 liessen keine sichere strukturelle Schädigung erkennen, die mit dem Ereignis vom 25. April 2017 in Zusammenhang gebracht werden könne. 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 zeige sich hingegen eine Ablösung im Sinne einer SLAP-2-Läsion mit kleiner Lefze, was überwiegend wahrscheinlich der Folge einer chronischen Überlastung mit Gewebedegeneration (Klettersport) entspreche (S. 1). Der Status quo sine sei am 5. September 2017 erreicht gewesen (S. 2).

4.11 PD Dr. med. L._____, Facharzt für Radiologie, führte im zu Händen der Beschwerdeführerin erstellten (vgl. act. II A92) radiologischen Befundbericht vom 5. November 2018 (act. IIA M25) aus, die MR-Arthrographie ergebe keinen Nachweis einer periartikulären Sehnenläsion sowie keinen Nachweis einer vorderen, hinteren oder superioren Labrumläsion; der hyaline Gelenkknorpel sei intakt, es beständen keine direkten Impingementzeichen und kein Hinweis einer Fraktur (S. 2). Die MRT-Untersuchung vom 24. Januar 2018 sei ohne vorbereitende Arthrographie durchgeführt worden. Dadurch bedingt seien die intraartikulären Strukturen erheblich schlechter beurteilbar, insbesondere die Labrumdiagnostik sei deutlich erschwert (S. 2). Es beständen Zeichen einer Impingementproble-

matik mit Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea sowie intratendinöser Signalalterationen betreffend die Supraspinatussehne im ansatznahen Bereich. Ein Kontusionsödem sei nicht nachweisbar; hingegen Nachweis von blutbildendem Knochenmark an bekannter und vorbestehender Stelle (inferoposteriore Humeruskopfepiphyse); MR-tomographisch bestehe fraglich eine SLAP-Läsion (S. 3). 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 Qualität der Untersuchung vom 17. Mai 2017 sei sehr gut, die Beurteilung somit zuverlässig möglich. Die Qualität der Untersuchung vom 24. Januar 2018 sei limitiert (S. 4).

4.12 In der Zeit vom 7. Dezember 2018 bis 8. März 2021 erfolgten diverse operative Eingriffe an der linken Schulter aufgrund eines langwierigen Infektverlaufs nach erfolgter prothetischer Versorgung (act. IIA M27-M34; M35 Dok. 1.1 S. 6 f.).

4.13 Die Dres. med. M. _____ und N. _____, Fachärzte für Radiologie, hielten im Bericht vom 16. November 2021 (act. IIA M36) auf die Frage, ob sie die Beurteilung von PD. Dr. med. L. _____ im radiologischen Bericht vom 5. November 2018, wonach erstmals im MRT vom 24. Januar 2018 eine Impingementproblematik mit Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea sowie intratendinöser Signalalteration betreffend die Supraspinatussehne im ansatznahen Bereich feststellbar sei, bestätigen könnten, Folgendes fest: "[...]. Die oben von Ihnen erwähnten MR-Befunde sind für uns nachvollziehbar; dies kann grundsätzlich ein Ausdruck einer subakromialen Impingement-Konstellation sein. Die oben erwähnten Befunde sind in der ebenfalls eingelesenen auswärtigen MR-Voruntersuchung vom 17.05.17 so nicht zu erkennen." Auf die Frage, mit welcher Wahrscheinlichkeit aufgrund der Akten anfangs 2018 im Zeitpunkt der Operation durch Prof. Dr. med. K. _____ am 26. März 2018 eine SLAP-Läsion ausgeschlossen werden könne, hielten die Dres. med. M. _____ und N. _____ Folgendes fest: "Laut Operationsbericht vom 26.03.18 (Prof. K. _____) handelte es sich bei der diagnostischen Arthroskopie um eine

SLAP 2 -Läsion mit kleiner Lefze anteriosuperior welche ins Gelenk ragte. Die intraoperative Diagnose gilt hierbei als die Referenz. Eine SLAP-Läsion in den MRI-Aufnahmen vom 24.01.2018 kann (insbesondere bei entsprechender klinischer Symptomatik) nicht sicher ausgeschlossen werden, eine valide Differenzierung zu einem sublabralen Recessus ist nicht immer möglich."

4.14 Dr. med. O._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt im Bericht vom 14. Dezember 2021 (act. IIA M38) fest, der Unfall vom 25. April 2017 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes an der linken Schulter geführt im Sinne einer Aktivierung einer bis dahin (stummen) larvierten Impingementanlage. Diese sei als vorbestehend anzusehen im Sinne eines knöchernen Outletimpingements bei grenzwertig weitem Subakromialraum. Bedingt durch die am 25. April 2017 erlittene Kontusion sei es jedoch zu einer ödematösen Schwellung der Weichteilstrukturen im Bereich des linken Schultergelenks gekommen mit dadurch verursachter Verstärkung der bis dahin nach Aktenlage nicht imminenten Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks. Der Status quo sine sei hierbei nach unfallchirurgischer Lehrmeinung nach einer posttraumatischen Rekonvaleszenz von längstens sechs Monaten und somit zum 1. November 2017 erreicht worden.

Mit weiterem Bericht vom 9. März 2022 (act. IIA M39) hielt Dr. med. O._____ auf die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gestellte Zusatzfrage, mit welcher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne, dass die erstmals im MRT vom 24. Januar 2018 feststellbare Impingementproblematik mit Flüssigkeit in der Bursa subdeltoidea sowie intratendinöser Signalalteration betreffend die Supraspinatussehne im ansatznahen Bereich die Folge einer Überbelastung der linken Schulter (Physiotherapie, Klettern) in der zweiten Hälfte des Jahres 2017 sei, fest, dass es für die Beantwortung dieser Frage einer Facharztqualifikation für „Diagnostische Radiologie" bedürfe.

4.15 Dr. med. G._____ führte im Aktengutachten vom 14. Februar 2023 (act. IIA M41) aus, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei eine Unfallgenese der dokumentierten Schulterschädigungen nicht stimmig und

nicht nachvollziehbar. Insbesondere zeigten die härtesten Fakten (MRI vom 17. Mai 2017) keine Zeichen einer frischen Schulterverletzung, wie sie durch Prof. Dr. med. K. _____ moniert, interpretiert und operativ am 26. März 2018 behandelt worden sei (S. 17 f.). Verglichen mit den Einschätzungen der vier Fachradiologen müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Fehlinterpretation durch Prof. Dr. med. K. _____ ausgegangen werden. Zusammen mit dem Fachradiologen mit der Spezialisierung Bewegungsapparat Dr. med. P. _____, sei der gesamte Wortlaut von PD Dr. med. L. _____ schrittweise überprüft und ohne Einschränkung für nachvollziehbar und korrekt befunden worden. Insbesondere habe die begrenzte Aussagekraft des Nativ-MRI vom 24. Januar 2018 hervorgehoben werden müssen. Bei dieser Technik liessen sich keine zuverlässigen Angaben über die Strukturen rund um das Glenoid machen (Labrum, Bizepsanker [S. 20]).

5.

5.1

5.1.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.1.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Her-

kunft 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).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C_383/2011, E. 4.2).

5.2 Die Beschwerdeführerin kritisiert, das Vorgehen der Beschwerdegegnerin bei der sachverhaltlichen Abklärung entspreche nicht den Vorgaben gemäss VGE UV/2018/830 E. 4.2, wonach ein "externes Gutachten" hätte veranlasst werden müssen (Beschwerde, S. 5 ff.; act. II A63 S. 17). Indem sich die Beschwerdegegnerin der von der IV veranlassten Begutachtung anschloss bzw. anschliessen wollte, hat sie den gerichtlichen Vorgaben entgegen der Beschwerdeführerin entsprochen. Dass die UVG-spezifischen Fragen im Rahmen der eigentlichen IV-Begutachtung – offenbar wegen eines Missverständnisses (vgl. act. II A117 f.) – zunächst unbeantwortet blieben bzw. deren Beantwortung hat nachgeholt werden müssen (act. II A124), stellt unter den gegebenen Umständen respektive mit Blick darauf, dass allein unfallversicherungsrechtlich spezifische Fragen zu beurteilen waren, keinen wesentlichen Mangel dar. Denn mit der Stellungnahme der Radiologen Dres. med. M._____ und N._____ vom 16. November 2021 (act. IIA M36) und dem Bericht des Orthopäden Dr. med. O._____ vom 14. Dezember 2021 (act. IIA M38) liegen Einschätzungen von mit dem Fall bisher nicht befassten externen Experten vor. Insbesondere wurde die hier (allein) streitige Kausalitätsfrage von Dr. med. O._____ ausführlich und schlüssig (vgl. E. 5.1.2 vorne) beurteilt, womit der zentralen Vorgabe gemäss VGE UV/2018/830 Rechnung getragen wurde. Dass der Gutachter die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin unter "Konsensfindung" formulierte Zusatzfrage 3 (act. II A121; Be-

schwerde S. 6 oben) mit der Begründung, diese beschlage den radiologischen Fachbereich, womit er für deren Beantwortung nicht kompetent sei (act. IIA M39), bewusst unbeantwortet liess, schadet unter den gegebenen Umständen ebenso wenig. Denn allemal ist die (vorliegend zu bejahende) Frage entscheidend, ob die medizinische Aktenlage in ihrer Gesamtheit eine zuverlässige Beurteilung der streitigen Tat- und Rechtsfragen erlaubt, wofür eine Konsensfindung zwischen Gutachtern nicht zwingend vorausgesetzt wird (vgl. Entscheid des BGer vom 3. August 2022, 8C_208/2022, E. 6.3). Darüber hinaus zielt die nämliche Frage am Beweisthema vorbei, indem in streitgegenständlicher Hinsicht nicht nach unfallfremden Ursachen von Beschwerden zu fragen, sondern allein entscheidend ist, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens weggefallen sind (vgl. E. 2.3.2 vorne).

Indem die vorliegend streitigen Tatfragen (auch noch) durch externe Fachärzte und darüber hinaus durch zahlreiche weitere Experten der hier relevanten Fachrichtungen Orthopädie und Radiologie mehrmals beurteilt wurden, ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Dossier im Hinblick auf eine gesamthafte Würdigung und Einschätzung ihrem beratenden Arzt Dr. med. G. _____ unterbreitete (act. IIA M41 f.). Gestützt auf dessen, die Voraussetzungen der Rechtsprechung an den Beweiswert medizinischer Berichte (vgl. E. 5.1.2 vorne) erfüllende Beurteilung, sowie basierend auf den übrigen medizinischen Berichten lassen sich vorliegend sämtliche erheblichen Tat- und Rechtsfragen auf dem Wege der Beweiswürdigung zuverlässig beantworten (vgl. E. 5.1.1 vorne).

5.3 Mit Blick auf die hier streitige Kausalitätsproblematik steht die Frage im Zentrum, ob die von Prof. Dr. med. K. _____ im Bericht vom 15. März 2018 diagnostizierte SLAP-3-Läsion (act. IIA M15) respektive die im Operationsbericht vom 26. März 2018 festgehaltene SLAP-2-Läsion (act. IIA M17) ursächlich auf das Ereignis vom 25. April 2017 zurückzuführen ist. Wie zuvor bereits die beratenden Ärzte Dres. med. D. _____ und E. _____ (act. IIA M19; M22) verneinte auch der beratende Arzt Dr. med. G. _____ diese Frage, indem er in seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2023 argumentiert, dass die "härtesten Fakten" – nämlich das Arthro-MRI vom 17. Mai 2017 – keine Zeichen einer frischen Schulterver-

letzung aufzeige und der Status quo sine per 4. September 2017 erreicht gewesen sei (act. IIA M41 S. 17-19).

Entgegen der Beschwerdeführerin steht diese Einschätzung im Einklang mit der Aktenlage:

5.4

5.4.1 Dass Dr. med. G. _____ massgeblich auf die am 17. Mai 2017 erfolgte Bildgebung abstellte überzeugt, handelt es sich doch beim Arthro-MRI – im Unterschied zum am 24. Januar 2018 durchgeführten nativen MRI – um die Methode der Wahl, wenn es um die exakte Abklärung der anatomischen Strukturen der Schulter geht, so namentlich auch die Feststellung von SLAP-Läsionen (vgl. etwa <www.mri-roentgen.ch> ->Angebot ->MRI der Schulter). Dies gilt vorliegend umso mehr, als die Qualität der Untersuchung vom 17. Mai 2017 als sehr gut beurteilt wurde (act. IIA M25 S. 4), was von keiner Seite in Frage gestellt wird. Ferner erfolgte diese Untersuchung knapp einen Monat nach dem Unfallereignis vom 25. April 2017, womit die entsprechenden Ergebnisse für die Frage nach dem Vorliegen unfallbedingter Pathologien tendenziell aufschlussreicher sind als die zeitlich erst mehrere Monate später bzw. ab Januar 2018 erfolgten Abklärungen und darauf basierenden Einschätzungen. Dies gilt vorliegend umso mehr, als es in den ersten vier Monaten nach dem Unfall zu einem Decrescendo-Verlauf mit abklingenden Schulterbeschwerden links (act. IIA M4 f.; act. II A18 S. 2) bzw. nach einem beschwerdearmen Intervall mit schulterbelastenden Kletteraktivitäten ab Dezember 2017 wiederum zu einem Crescendo-Verlauf mit wieder zunehmenden Beschwerden kam (act. IIA M5; M41 S. 15). Denn mit Blick auf diesen Beschwerdenverlauf fällt im Spektrum möglicher Ursachen der geltend gemachten Symptomatik auch eine zwischenzeitlich eingetretene Überlastung des Schultergelenks in Betracht.

5.4.2

5.4.2.1 Was die gesundheitliche Situation von Seiten der linken Schulter im Zeitpunkt des Arthro-MRI's vom 17. Mai 2017 mit den darin dokumentierten Befunden anbelangt, so postulierte Prof. Dr. med. K. _____ – wie gezeigt (vgl. E. 5.3 vorne) – das Vorliegen einer SLAP-3-Läsion (vgl. act.

IIA M15 S. 2). Diese Einschätzung steht entweder in Widerspruch zur Einschätzung der vorliegend involvierten Radiologen oder aber wird durch diese zumindest nicht gestützt: So befundete der erstbeurteilende Radiologe Dr. med. H. _____ ein intaktes Labrum und es lassen sich aus seiner Beurteilung des Arthro-MRI's vom 17. Mai 2017 somit keinerlei Anhaltspunkte für eine unfallbedingte Pathologie, namentlich eine SLAP-Läsion, entnehmen (act. IIA M1). Auch PD Dr. med. L. _____ gelangte zum Schluss, die MR-Arthrographie ergebe keinen Nachweis einer periartikulären Sehnenläsion sowie keinen Nachweis einer vorderen, hinteren oder superioren Labrumläsion (act. IIA M25 S. 2, 4). Die Dres. med. M. _____ und N. _____ äusserten sich zur Frage nach der Dokumentation einer SLAP-Läsion im Arthro-MRI vom 17. Mai 2017 zwar nicht explizit, hielten jedoch zu den im MRI vom 24. Januar 2018 dokumentierten Befunden sowie unter Bezugnahme auf die entsprechende Kommentierung durch PD Dr. med. L. _____ fest, diese Befunde liessen sich im Arthro-MRI vom 17. Mai 2017 nicht erkennen (vgl. act. IIA M36 Ad 1), womit auch die Beurteilung dieser Radiologen nicht den Schluss auf eine unfallbedingt erlittene und im letztgenannten MRI dokumentierte SLAP-Läsion erlaubt. Soweit die Dres. med. M. _____ und N. _____ hinsichtlich der SLAP-Läsion auf den Operationsbericht vom 26. März 2018 verwiesen (act. IIA M17), den sie als referenziell beurteilten (act. IIA M36), ist festzuhalten, dass der erste Eingriff an der Schulter 11 Monate nach dem Unfallereignis vom 25. April 2017 erfolgte, womit der entsprechende Bericht vom 26. März 2018 für die Frage nach dem Vorliegen einer SLAP-Läsion unter dem (hier massgeblichen Blickwinkel) der Kausalität nicht ausschlaggebend ist, zumal die Beschwerdeführerin – wie bereits dargelegt (vgl. E. 5.4.1 vorne) – nach dem Unfall den (sehr schulterbelastenden) Klettersport wieder aufgenommen hatte (vgl. act. IIA M4) und damit – bei einer (damals) 44jährigen Berufs- und Sportkletterin – auch eine Überlastungsproblematik als Ursache in Betracht fällt. Ferner hielt der von G. _____ beigezogene Radiologe Dr. med. P. _____ zwar fest, dass eine leichte Traumatisierung im Sinne einer SLAP-1-Läsion angenommen werden könne (act. IIA M42). Dies lasse jedoch – so Dr. med. G. _____ in seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2023 – nicht auf eine klinische Relevanz schliessen; insbesondere könne eine traumatisch bedingt entstandene Läsion mit stark über-

wiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (act. IIA M41 S. 20 f.).

Nur der Vollständigkeit halber ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass auch im Rahmen des (beschränkt aussagekräftigen [act. IIA M25 S. 4; M41 S. 20]) nativen MRI's vom 24. Januar 2018 eine relevante SLAP-Läsion radiologisch nicht klar erstellt ist. So befundete der erstbeurteilende Radiologe Dr. med. Q._____ ein "Labrum mit kleinem sublabralem Foramen, ansonsten intakt" (act. IIA M9). Auch PD Dr. med. L._____ erkannte in Bezug auf das Labrum keine Pathologie, hielt eine SLAP-Läsion lediglich für möglich und letztlich nicht für beweisbar (act. IIA M25 S. 4). Ebenso vermochten die Dres. med. M._____ und N._____ eine SLAP-Läsion lediglich "nicht sicher" auszuschliessen (act. IIA M36). Schliesslich stellte Dr. med. P._____ in Bezug auf das supraglenoidale Labrum allein eine diskrete hyperintense radiäre Dehiszenz fest, was "den Verdacht auf eine geringfügige Traumatisierung bzw. einen Status danach" stütze (act. IIA M42). Mithin liegt der Schluss nahe, dass es sich beim erhobenen Befund nicht um eine unfallbedingte Pathologie, sondern um eine Anlagevariante des anterosuperioren sublabralen Recessus handelt, wie Dr. med. G._____ schlüssig resümierte (act. IIA M41 S. 20).

5.4.2.2 Ist demnach eine unfallbedingte relevante SLAP-Läsion im Arthro-MRI vom 17. Mai 2017 – und damit relativ zeitnah zum Unfallereignis vom 25. April 2017 – bildgebend nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, entfällt die Annahme einer relevanten unfallbedingten Schulterpathologie grundsätzlich, weil vorliegend anderweitige, potentiell unfallbedingte Verletzungen nicht dokumentiert sind. So hielt Dr. med. G._____ in seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2023 fest, aus morphologischer bildgebender Sicht sei nach dem inkriminierten Ereignis keine relevante unfallbedingte Schädigung nachweisbar (act. IIA M41 S. 19). Insbesondere beständen keine Hinweise auf eine wesentliche Sehnenverletzung der Rotatorenmanschette oder eine subacromiale Bursitis (S. 18). Dies deckt sich ohne weiteres mit der Befundung des erstbeurteilenden Radiologen Dr. med. H._____ (act. IIA M1), aber auch mit den Einschätzungen von PD Dr. med. L._____ (act. IIA M25 S. 4) und Dr. med. P._____ (act. IIA M42). Auch stehen die Beurteilung von Dr. med. G._____ nicht nur im

Einklang mit jenen der Dres. med. D. _____ (act. IIA M19) und E. _____ (act. IIA M22), sondern auch mit der Einschätzung des externen Gutachters Dr. med. O. _____, welcher allein auf eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes an der linken Schulter im Sinne einer Aktivierung einer bis dahin stummen Impingementlage schloss (act. IIA M38). Auch Prof. Dr. med. J. _____ erkannte keinen operativ behandlungsfähigen pathologisch-anatomischen Befund (act. IIA M8), wobei er sich zur Kausalität nicht weiter äusserte. Namentlich kann aus der Umschreibung "postdistorsionell" – analog zum Begriff "postraumatisch" (vgl. Entscheid des BGer vom 16. Februar 2023, 8C_645/2022, E. 4.1) – nicht schon auf eine Bejahung der Unfallkausalität geschlossen werden.

5.4.3 Soweit Prof. Dr. med. K. _____ somit als einziger vorliegend involvierter Arzt von einer traumatischen Schultersubluxation mit Ruptur der Aufhängung des Bizeps "im Sinne einer Slap-3-Komponente und des Pulley" ausgeht (act. IIA M15), kann darauf nicht abgestellt werden. Abgesehen davon, dass Prof. Dr. med. K. _____ – wie gezeigt – zu einer von den Radiologen (aber auch den übrigen Ärzten) abweichenden Beurteilung insbesondere der hier relevanten Bildgebung vom 17. Mai 2017 gelangte (vgl. E. 5.4.2.1 vorne), vermag auch seine Hypothese einer Schultersubluxation nicht zu überzeugen. Wie Dr. med. G. _____ in seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2023 nachvollziehbar ausführte, braucht es für die Entstehung einer traumatischen glenohumeralen vorderen und unteren (Sub)luxation zwingend die entsprechende Armposition in Seitelevation mit Aussenrotation. Prof. Dr. med. K. _____ gehe aber davon aus, dass es sich um eine axiale Schulterstauchung gehandelt habe (vgl. act. IIA M15 S. 1) und offenbare damit einen Widerspruch in seinen eigenen Aussagen (act. IIA M41 S. 19). Im Übrigen ist mit Dr. med. G. _____ festzustellen, dass der Schadenmechanismus nicht erstellt ist (S. 18) bzw. lediglich als Sturz auf den Ellbogen geschildert wurde (vgl. act. II A1 f.; A18), womit Rückschlüsse auf das dabei erlittene Verletzungsbild betreffend die (linke) Schulter schwierig sind und in beweismässiger Hinsicht folglich die (zeitnah dokumentierte) Befundlage für die Kausalitätsbeurteilung in den Vordergrund rückt. Im Weiteren weist Dr. med. G. _____ zu Recht darauf hin, dass Prof. Dr. med. K. _____ dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren schulterbelastenden Klettersport betreibt, keine Beachtung

schenkte (act. IIA M41 S. 20; vgl. auch act. IIA M24). Wenn Dr. med. G._____ deshalb resümiert, bei konstitutionell bestehenden Anhaltspunkten für eine Hyperlaxität der Bandstrukturen mit Potential für einen subacromialen Konflikt sei zusammen mit der langjährigen sportlichen und beruflichen Exposition beim Klettern früher oder später eine Dekompensation und ein Symptomatischwerden mühelos nachvollziehbar und bei Fehlen von relevanten traumatischen Verletzungszeichen der morphologische Vorzustand für den weiteren Verlauf vollumfänglich massgebend, ist dies nachvollziehbar und schlüssig (act. IIA M41 S. 18 f.). Dies umso mehr, als kein Bericht im Recht liegt, welcher begründete Zweifel an dieser Einschätzung zu wecken vermöchte.

5.5 Damit hat die Beschwerdegegnerin mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit den Nachweis dafür erbracht, dass die initial – im Zuge des Ereignisses vom 25. April 2017 aufgetretenen – unfallbedingten Ursachen der linksseitigen Schulterbeschwerden dahingefallen sind (vgl. E. 2.3.2 vorne). Der Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. November 2017 (act. II A151) stützt sich auf die Einschätzung von Dr. med. O._____ in seiner Beurteilung vom 14. Dezember 2021 (act. IIA M38) und ist in Anbetracht der Tatsache, dass die Datierung des Status quo sine eine Schätzung darstellt (Entscheid des BGer vom 28. Februar 2019, 8C_167/2018, E. 6.5), nicht zu beanstanden. Insbesondere steht dem Erreichen des Status quo sine auch der Umstand nicht entgegen, dass – wie beschwerdeweise vorgebracht wird (S. 6 f.) – die Beschwerdeführerin im Sinne eines stummen Vorzustandes vor dem Unfall keine Schulterbeschwerden hatte (vgl. Entscheid des BGer vom 22. Mai 2013, 8C_1029/2012, E. 3.2.2). Sind damit die nach dem 1. November 2017 geklagten Schulterbeschwerden links in rechtlicher Hinsicht nicht mehr unfallbedingter, sondern krankheitsbedingter Natur, erübrigen sich Ausführungen zu Art. 6 Abs. 3 UVG bzw. zur Haftung der Beschwerdegegnerin für die im Rahmen der Heilbehandlung aufgetretenen Komplikationen. Denn diese Regelung kommt nur zur Anwendung, wenn die fragliche medizinische Massnahme der Behandlung einer Unfallfolge diene (Entscheid des BGer vom 29. September 2021, 8C_267/2021, E. 3.3), was hier nicht zutrifft, traten die Komplikationen doch erst nach der ersten Ope-

ration vom 26. März 2018 und damit nach Erreichen des Status quo sine per 1. November 2017 auf (act. IIA M35 Dok. 1.1 S. 5; M32).

5.6 Zusammenfassend ist die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 31. März 2023 abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBl 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprech 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 öf-

fentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.