

AR_GERICHTE OG O3V-17-36 vom 23. Oktober 2018

AR Gerichte, 2018-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-17-36

FR: AR_GERICHTE OG O3V-17-36 du 23 octobre 2018

IT: AR_GERICHTE OG O3V-17-36 del 23 ottobre 2018

Regeste

Obergericht Appenzell Ausserrhoden 3. Abteilung Urteil vom 23. Oktober 2018
Mitwirkende Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter H.P. Fischer, Ch. Wild, S. Ramseyer, S. Plachel Obergerichtsschreiberin A. Mauerhofer Verfahren Nr.

Erwägungen

E. 1

Formelles

Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) in Verbindung mit Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht Beschwerden gegen solche Entscheide. Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen (unter Vorbehalt der hier nicht betroffenen Zuständigkeiten des Einzelrichters) der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im Staatskalender Appenzell Ausserrhoden für das Amtsjahr 2018/19, S. 83), weshalb diese zur Beurteilung der Beschwerde zuständig ist. Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Seite 5 Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung auf Seiten der Beschwerdeführerin als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse mit Bezug auf die Beschwerdeschrift erfüllt sind (insbesondere Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] in Verbindung mit Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG).

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

E. 2

Materielles

E. 2.1

Gegenstand der Unfallversicherung sind Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten (Art. 6 Abs. 1 UVG). Art. 4 ATSG definiert als Unfall 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. Nachdem die Beschwerdeführerin während eines Schullagers in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit als Lehrperson einen Sturz erlitt, kommt eine Leistungspflicht des Unfallversicherers im Zusammenhang mit einem erlittenen Berufsunfall in Frage. Nebst Leistungen bei eigentlichen Unfällen gemäss der Definition in Art. 4 ATSG erbringt die

Unfallversicherung ihre Leistungen auch unter bestimmten Voraussetzungen bei den in Art. 6 Abs. 2 UVG aufgezählten sog. unfallähnlichen Körperschädigungen. Bei diesen Verletzungen, auf welche auch in Art. 9 der Unfallversicherungsverordnung (UVV, SR 832.202) Bezug genommen wird, entfällt im Vergleich zu den eigentlichen Unfällen nach Art. 4 ATSG das Tatbestandselement der Ungewöhnlichkeit des auf den Körper einwirkenden äusseren Faktors. Alle übrigen Begriffsmerkmale eines Unfalls müssen hingegen auch bei unfallähnlichen Körperschädigungen erfüllt sein. Dies gilt namentlich für das Erfordernis des auf den menschlichen Körper einwirkenden äusseren Faktors, worunter ein ausserhalb des Körpers liegender, objektiv feststellbarer, sinnfälliger - eben unfallähnlicher - Einfluss auf den Körper zu verstehen ist (anstelle vieler: BGE 143 V 285, E. 2.3, m.w.H.).

E. 2.2

a. Im vorliegenden Fall erfolgte durch den Sturz der Beschwerdeführerin während des Skilagers unbestrittenermassen eine solche äussere Einwirkung auf ihre Schulter, welche bei ihr zu Schulterproblemen führte. Es ist zwischen den Parteien unbestritten, dass sich Seite 6 eine allfällige Anspruchsgrundlage der Beschwerdeführerin gegenüber der Mobiliar gestützt auf die Bestimmungen zur unfallähnlichen Körperschädigung ergibt, so dass sich im konkreten Fall eine nähere Prüfung erübrigt, ob infolge allenfalls zu bejahender Ungewöhnlichkeit gegebenenfalls sogar sämtliche Voraussetzungen des eigentlichen Unfallbegriffs erfüllt wären.

b. Bis und mit 8. März 2017 kam die Vorinstanz denn auch gestützt auf die Bestimmungen zur Leistungspflicht der Unfallversicherung im Zusammenhang mit unfallähnlichen Körperschädigungen für medizinische Leistungen im Zusammenhang mit den nach dem Sturz aufgetretenen Schulterbeschwerden auf. Während die Vorinstanz jedoch eine weitere Leistungspflicht ab dem 9. März 2017 ablehnt, macht die Beschwerdeführerin geltend, es seien ihr noch bis zum Behandlungsabschluss am 20. Dezember 2017 von der Unfallversicherung Leistungen zu erbringen.

c. Per 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des UVG in Kraft getreten, darunter auch Art. 6 Abs. 2 UVG (AS 2016 4375; BBl 2008 5395, 2014 7911) sowie der ebenfalls revidierte Art. 9 UVV (AS 2016 4393). Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, werden nach bisherigem Recht gewährt (vgl. Übergangsbestimmung in Art. 118 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 285, E. 2.1). Da sich der Sturz im Skilager vor Inkrafttreten der Gesetzesänderung ereignete, sind somit im vorliegenden Fall die bis Ende Dezember 2016 gültigen Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen anwendbar, weshalb nachfolgend auf das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Bezug genommen wird.

E. 2.3

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. grundsätzlich ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige

Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Seite 7 Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231, E. 5.1; BGE 125 V 351, E. 3a; BGE 122 V 157, E. 1c). Das Bundesgericht hat mit Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufgestellt, welche auch im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu berücksichtigen sind (vgl. dazu BGE 135 V 465, E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351, E. 3b/bb, m.w.H.). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. Bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind daher ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465, E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015, E. 5.3). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht ausserdem der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351, E. 3b/cc; vgl. zur ganzen Thematik auch Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007, E. 2.2.1, m.w.H.).

E. 2.4

Die Ausführungen der Parteien, insbesondere in den Eingaben des ersten Schriftenswechsels, geben Anlass zu folgender Präzisierung mit Bezug auf den medizinischen Sachverhalt, der im vorliegenden Fall entscheidend ist: Dem Operationsbericht von Dr. D___ vom 23. März 2017 (act. 2/7 bzw. act. 10/3, S. 18 f.) ist zu entnehmen, dass er von einer „kompletten Ruptur der Supraspinatussehne“ berichtete und ausdrücklich einen „vollständigen Abriss der Supraspinatussehne ansatznahe“ feststellte. Folgende Überlegungen führen - was schliesslich auch die Beschwerdeführerin in der Replik einräumt (vgl. act. 13, S. 5 oben) - allerdings insgesamt zum Schluss, dass sich die Beschwerdeführerin unmittelbar beim Sturz am 8. Mai 2016 jedenfalls (noch) keine Totalruptur der Supraspinatussehne im Sinn eines vollständigen Abrisses zugezogen haben kann: Seite 8 a. Anlässlich der Operation am 22. März 2017 hat sich gezeigt, dass die Sehne nicht durchgescheuert gewesen, sondern glatt gerissen und nicht ausgefasert war (Operationsbericht Dr. D___, act. 10/3, S. 18 f.). Gemäss Dr. E___ zeigt dies gerade, dass es sich um einen frischen Riss handeln musste, weil sich bei einem bereits über einem Jahr eingetretenen Riss eine gewisse Verklumpung der Sehnenstümpfe gezeigt hätte. Zudem hatte im MRI vom Oktober 2016 keine fettige Atrophie bestanden, was aber bei einer

bereits durch den Sturz eingetretenen Totalruptur zwangsläufig die Folge gewesen wäre (Beurteilung Dr. E___ vom 28. August 2017, act. 3/10, S. 36).

b. Den medizinischen Stellungnahmen von Dr. E___ (siehe insbesondere auch seine Zusatzbeurteilung vom 29. Januar 2018, act. 8.1) ist zu entnehmen, dass der Begriff „Totalruptur“ durchaus interpretationsbedürftig ist. Wird von einem Riss der Supraspinatussehne berichtet, heisst das nicht zwingend, dass sich die Sehne gänzlich abgelöst haben muss. Dies ergibt sich insbesondere auch aus seiner Erläuterung der Anatomie der Supraspinatussehne, welche im dorsalen Bereich eine Dicke von 2.2 mm habe und 22 mm breit sei, während im anterioren Sehnenbereich die Dicke ebenfalls 2.2 mm und die Breite 19 mm betrage (vgl. act. 10/3, S. 36 ff.; act. 8.1). Dr. E___ weist darauf hin, dass sich die Terminologie einer Ruptur der Supraspinatussehne vor allem auf die Breite und nicht auf die Dicke beziehe, während Dr. D___'s Aussagen sich auf die Dicke beziehen und damit eine vermeintliche Totalruptur erwähnen würden, was in dem Sinne irreführend sei, dass mit Bezug auf die Breite offensichtlich kein kompletter Abriss der Sehne vom Ansatz bestanden habe. Schliesslich legte Dr. E___ in seinen Stellungnahmen schlüssig dar, dass beim MRI im Oktober 2016 eine relativ schmale Ruptur der Sehne von 5 bis 8 mm Breite festgestellt worden sei (was auch die Berichte von Dr. F___ vom 3. November 2016 [act. 10/3, S. 4 f.] und der Zusatzbefund von Dr. G___ vom 16. November 2017 [act. 2/18, S. 2: „Nach neuerer Nomenklatur ist ein Riss der anterioren Supraspinatussehne von 5-8 mm nachweisbar“] stützen), was nicht einem vollständigen Abriss gleichzusetzen sei.

c. Auch Dr. D___ führte in seinem früheren Bericht vom 27. November 2017 (act. 2/19) aus: „Die Supraspinatussehne ist an ihrem Ansatz auf einer Länge von 8 mm vollständig durchgerissen. Weiter vorne und weiter hinten ist die Sehne nicht verletzt. [...] der vordere und der hintere Teil des Ansatzes hingegen ist noch angewachsen. [...] Der intakte vordere und der intakte hintere Anteil der Sehne ergeben eine noch recht ordentliche Kraft, obwohl dazwischen ein durchgängiger Riss vorhanden ist.“ Dass eine solche Sehnenverletzung lediglich eine relativ schmale Ruptur und keineswegs mit einem vollständigen Abriss der Sehne gleichzusetzen ist, ist angesichts der von Dr. E___ abgegebenen eingehenden Erklärungen schlüssig nachvollziehbar. Seite 9

d. Die Gesamtwürdigung der verschiedenen medizinischen Unterlagen ergibt somit, dass im Zeitpunkt des MRI-Befunds ein halbes Jahr nach dem Sturz (noch) kein vollständiger Abriss der Supraspinatussehne vorgelegen hat. Daraus folgt wiederum, dass die Beschwerdeführerin auch im früheren Zeitpunkt des Sturzes am 8. März 2016 (noch) keinen vollständigen Abriss der Supraspinatussehne erlitten haben kann, da sich ein solcher ansonsten im MRI gezeigt hätte. Es ist daher mit der Mobilär davon auszugehen, dass der von Dr. D___ wiederholt ausdrücklich als „vollständigen Abriss der Supraspinatussehne“ bezeichnete Befund (vgl. Bericht Dr. D___ vom 29. März 2017, act. 3/10, S. 20; Operationsbericht vom 22. März 2017, act. 3/10, S. 18) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zeitlich irgendwann zwischen dem MRI-Befund und der Operation eingetreten ist. Die Operation von Dr. D___ erfolgte schliesslich auch erst über ein Jahr nach dem Sturz, weshalb die Situation, wie sie im Operationszeitpunkt festgestellt wurde, sich nicht zwingend bereits nach dem Sturz ebenso präsentiert haben muss.

E. 2.5

Dass somit nicht davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar beim Sturz am 8. März 2016 eine Sehnenruptur im Sinne eines vollständigen Abrisses erlitt,

schliesst eine Leistungspflicht der Mobiliar im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden aber nicht zum Vornherein aus. Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers kommt, sofern die übrigen Voraussetzungen dazu erfüllt sind, nämlich nicht nur bei vollständigen Sehnenrissen, sondern auch bei teilweisen Sehnenrissen in Frage: Während Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV in der bis zum 31.12.2016 gültigen Fassung Sehnenrisse bei den unfallähnlichen Körperschädigungen auflistet, werden in der Praxis seit jeher nicht nur Leistungen bei vollständigen Sehnenrissen gestützt auf die Bestimmungen zur unfallähnlichen Körperschädigung von den Unfallversicherern übernommen, sondern auch bei blossen Teilrupturen (vgl. dazu BGE 114 V 298, E. 5a). Auch die Mobiliar bestreitet nicht, dass beim MRI am 28. Oktober ein teilweiser Sehnenriss festgestellt wurde. Ob die im MRI-Befund festgestellte teilweise Sehnenruptur eine Folge des Sturzes im Skilager war oder nicht, beantwortet der MRI-Befund als solcher allerdings nicht. Die Antwort auf diese Frage ist für die Beurteilung der Leistungspflicht der Mobiliar für die Behandlung der Schulterbeschwerden zwischen dem 8. März 2017 und dem Behandlungsabschluss am 20. Dezember 2017 aber letztlich entscheidend. Dass die nach dem 8. März 2017 erfolgte Behandlung der Schulterbeschwerden infolge des bereits im MRI festgestellten Sehnenrisses und anhaltender Schulterbeeinträchtigungen notwendig gewesen war, wird, soweit ersichtlich, von keiner der Parteien in Abrede gestellt. Die Bejahung einer Leistungspflicht der Mobiliar hängt somit im konkreten Fall davon ab, ob die auch nach dem 8. März 2017 anhaltenden Schulterprobleme und damit insbesondere auch die im MRI festgestellte partielle Sehnenruptur tatsächlich auf den Sturz in Skilager zurückzuführen war oder nicht. Mit anderen Worten: Eine allfällige Leistungspflicht der Mobiliar als Unfallversicherer der Beschwerdeführerin setzt zwingend einen Kausalzusammenhang zwischen dem sinnfälligen Ereignis (hier: dem Sturz) und der in Frage stehenden körperlichen Schädigung (hier: den Schulterproblemen, welche auch nach dem 8. März 2017 eine weitere Behandlung, inklusive Operation, erforderten) voraus.

E. 2.6

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 gewisses Ereignis (hier: der Sturz im Skilager) 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung (hier: die Schulterbeschwerden) entfielen. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen (Urteil des Bundesgerichts 8C_620/2015 vom 24. März 2016, E. 3.1, m.w.H.).

Der Unfallversicherer haftet jedoch für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (Urteil des Bundesgerichts 8C_435/2015 vom 31. August 2015, E. 3.1, mit Hinweis auf BGE 129 V 177). Für die Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin sind Verwaltung und das Gericht auf diesbezügliche Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Die Prüfung der Unfalladäquanzt richtet sich dagegen nach der allgemeinen Adäquanztformel und ist somit eine Rechtsfrage,

deren Beantwortung der Verwaltung bzw. im Beschwerdefall dem Richter und nicht dem Mediziner obliegt. Unter dem Gesichtspunkt der Adäquanz ist zu prüfen, ob das versicherte Ereignis 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_435/2015 vom 31. August 2015, E. 3.4, m.w.H.). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177, E. 3.3). Dabei spielt im Sozialversicherungsrecht Seite 11 die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt. Anders verhält es sich bei natürlich unfallkausalen, aber organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden. Hier bedarf es einer besonderen Adäquanzbeurteilung (Urteil des Bundesgerichts 8C_108/2015 vom

E. 2.7

Zwischen den Parteien ist grundsätzlich unbestritten, dass eine Leistungspflicht der Mobiliar, insoweit die Leistungserbringung zwischen dem 9. März und dem 20. Dezember 2017 betroffen ist, allenfalls gestützt auf die Bestimmungen zur unfallähnlichen Körperschädigung in Frage kommt. Den Ausführungen der Beschwerdeführerin in der Replik, wonach es unter diesen Umständen gar keiner Kausalitätsbeurteilung bedürfe (vgl. act. 13, S. 8 unten ff.), kann nicht gefolgt werden. Nachdem seitens der Mobiliar ausdrücklich bestritten wird, dass sich der im MRI vom Oktober 2016 gezeigte partielle Sehnenriss überhaupt auf das Sturzereignis am 8. März 2016 zurückführen lässt, muss sich in sachverhältnismässiger Hinsicht zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aus den Gesamtumständen schliessen lassen, dass sie sich beim Sturz im Skilager überhaupt eine der in der bis Ende Dezember 2016 gültigen Fassung von Art. 9 Abs. 2 UVV aufgelisteten Verletzungen zugezogen hat bzw. im konkreten Fall überwiegend wahrscheinlich ergeben, dass die im MRI festgestellte Sehnenbeschädigung, welche auch nach dem 8. März 2017 noch eine Behandlung erforderte, überhaupt durch den Sturz zumindest mitverursacht worden ist (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_978/2010 vom 3. März 2011, E. 5). Degenerative Vorzustände schliessen dabei eine unfallähnliche Körperschädigung nicht aus, sofern ein unfallähnliches Ereignis den vorbestehenden Gesundheitsschaden verschlimmert oder manifest werden lässt; die schädigende, äussere Einwirkung muss aber wenigstens im Sinne eines Auslösefaktors zu den krankhaften oder degenerativen Ursachen hinzutreten, damit eine unfallähnliche Körperschädigung vorliegt (BGE 123 V 43, E. 2b). Sowohl bei Unfällen als auch in den Fällen der unfallähnlichen Körperschädigungen ist somit immer der Nachweis eines zumindest überwiegend wahrscheinlich anzunehmenden Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall bzw. unfallähnlichen Ereignis und der Verletzung für die Bejahung der Leistungspflicht des Unfallversicherers notwendig (Urteil des Bundesgerichts 8C_679/2016 vom 7. Dezember 2016, E. 4).

Seite 12 Dass die Mobiliar zunächst Leistungen an die Beschwerdeführerin erbrachte, ändert daran nichts: Die faktische Erbringung von Leistungen durch den Unfallversicherer präjudiziert die Frage der grundsätzlichen Leistungspflicht nicht (vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts 8C_22/2010 vom 28. September 2010, E. 4.1 und 8C_155/2012 vom 9. Januar 2013, E. 6.1, je m.w.H.). Der Unfallversicherer kann die zunächst ausgerichteten

Leistungen jederzeit einstellen, wenn der Kausalzusammenhang zwischen den eine Behandlung erfordernden Beschwerden und dem betroffenen Ereignis - hier: der Sturz im Skilager - nicht (mehr) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist. Nachdem im konkreten Fall lediglich der Kausalzusammenhang für den Zeitraum nach dem 8. März 2017 umstritten ist, braucht nicht näher geprüft zu werden, wie es sich diesbezüglich bis zum 8. März 2017 verhielt.

E. 2.8

a. Im vorliegenden Fall fehlt es an aktuellen medizinischen Unterlagen für die Zeit unmittelbar nach dem erlittenen Sturz im Skilager, nachdem die Beschwerdeführerin erst Monate später erstmals ihre Hausärztin aufgrund anhaltender Schulterbeschwerden konsultierte. Die Beschwerdeführerin gibt an, sie habe nach dem Sturz grosse Schmerzen und ein Gefühl einer kurzzeitigen Armlähmung verspürt, während sie vorher keine Schulterbeschwerden gehabt habe. Dass sie erst ein halbes Jahr später ihre Ärztin aufgesucht habe, liege daran, dass sie sehr schmerztolerant sei und zunächst auf konservative Eigenbehandlung vertraut habe. Dr. B___ erwähnte zu dieser Eigenbehandlung mit Schmerzmitteln nichts Besonderes in ihrer Unfallmeldung, beschrieb den Unfallhergang als Kontusion der rechten Schulter und wies auf „im Verlauf zunehmende Schmerzen im Liegen und bei Bewegungen“ hin (act. 10/3, S. 1), ohne genauere Spezifikation. Die Mobiliar ist der Ansicht, dass der Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin erst ein halbes Jahr nach dem Sturz in ärztliche Behandlung begab, stark dafür spreche, dass die Beschwerden nach dem Sturz wohl wieder abnahmen und es erst im späteren Verlauf zu erneuten Beschwerden gekommen sei. Hätte die Beschwerdeführerin bereits nach dem Sturz am 8. März 2016 unter erheblichen Schulterbeschwerden gelitten, wäre der erste Arztbesuch nach Auffassung der Mobiliar klar nicht erst im September 2016 erfolgt. Die Mobiliar lehnt ihre Leistungspflicht ab 9. März 2017 schliesslich namentlich gestützt auf die medizinischen Einschätzungen von Dr. C___ und Dr. E___ ab.

b. Dr. C___ ging in seinem Bericht vom 15. März 2017 (act. 10/3, S. 14 f.) - vorerst noch ohne vertiefte Begründung - davon aus, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei der Status quo sine spätestens 12 Monate nach dem Sturz erreicht worden. Im Bericht vom Seite 13

E. 2.9

Zusammengefasst ist somit nicht zu beanstanden, dass die Mobiliar, nachdem sie bereits während eines Jahres für Leistungen im Zusammenhang mit den persistierenden Schulterbeschwerden aufgekommen war, für die Zeit nach dem 8. März 2017 eine weitere Leistungspflicht ablehnte und ihre Versicherungsleistungen einstellte. Die gegen den leistungsabweisenden Einspracheentscheid der Mobiliar vom 28. November 2017 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

3. Kosten und Entschädigung

3.1 Es handelt sich beim vorliegenden Beschwerdeverfahren um ein von Gesetzes wegen kostenloses Verfahren (Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG), weshalb unabhängig vom Verfahrensausgang keine Gerichtskosten zu erheben sind.

3.2 Da die Beschwerdeführerin mit ihren Anträgen unterlegen ist, sind ausserdem keine Entschädigungen zuzusprechen (Art. 1 Abs. 1 UVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG

e contrario), nachdem einem beschwerdegegnerischen Versicherungsträger aufgrund der Kostenlosigkeit des Verfahrens ein Anspruch auf eine Parteientschädigung unabhängig vom Verfahrensausgang nicht zustehen kann (vgl. dazu auch BGE 126 V 143, E. 4; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N 199 zu Art. 61 ATSG).

Seite 17 Demnach erkennt das Obergericht:

1. Die Beschwerde von A___ wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es werden keine Entschädigungen zugesprochen.

E. 4

Rechtsmittel:

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

E. 5

Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Anwalt, die Vorinstanz und an das Bundesamt für Gesundheit.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

lic. iur. Walter Kobler Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Annika Mauerhofer

versandt am: 07.01.19

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.