



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 28. Februar 2019 (725 18 381 / 57)

Unfallversicherung

Beweiswürdigung: Bestehen wie im vorliegenden Fall auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichterin Elisabeth Berger
Götz, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiber Markus
Schäfer

Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, St. Jakobs-Strasse 11, Postfach 3003, 4002 Basel

gegen

Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG, Direktion
Bern, Bundesgasse 35, Postfach, 3001 Bern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Die 1967 geborene A.____ war seit dem 4. Oktober 2012 mit einem Pensum von 70 % als Konditorin bei B.____ angestellt und durch ihre Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 12. März 2016 liess A.____ der Mobiliar durch ihre Arbeitgeberin einen Berufsunfall melden. Gemäss den Angaben im Formular "Schaden-

meldung UVG“ habe die Versicherte am 29. September 2015 in der Backstube - ein Backblech auf der rechten Hand tragend - einen Sturz verhindern wollen und sich dabei den rechten Arm verdreht. Am 1. November 2016 meldete die Versicherte der Mobiliar ein weiteres Unfallereignis. Laut der Schilderung in der “Bagatell-Unfallmeldung UVG“ vom genannten Tag sei sie am 29. August 2016 mit dem Motorrad in einer Linkskurve von der Strasse abgekommen und auf die linke Seite gestürzt. Beim Sturz habe sich der Lenker verbogen, wodurch es ihr den rechten Arm nach vorne gezogen habe. Nach Eingang der jeweiligen Unfallmeldungen erbrachte die Mobiliar die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Anlässlich einer Verlaufskontrolle im Spital C.____ vom 28. März 2017 berichtete die Versicherte über ein drittes Unfallereignis. Sie sei am 19. Februar 2017 gestolpert und direkt auf die rechte Schulter gestürzt. Nachdem sich A.____ am 19. Juni 2017 einem operativen Eingriff an der rechten Schulter hatte unterziehen müssen, kündigte die Mobiliar mit Schreiben vom 15. September 2017 die Einstellung der Versicherungsleistungen an. In der Folge erliess die Mobiliar am 29. Juni 2018 eine Verfügung, in der sie festhielt, dass ihre Leistungspflicht per 31. Mai 2017 geendet habe. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerden der Versicherten ab dem genannten Zeitpunkt nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 29. September 2015, 29. August 2016 und 19. Februar 2017 gestanden hätten. Die Heilungskosten und das Taggeld habe man bis zum Operationstermin vom 19. Juni 2017 ausgerichtet. „Entgegenkommenderweise“ verzichte man „auf das Zurückverlangen der bereits bezahlten Leistungen, insbesondere der Taggelder.“ Daran hielt die Mobiliar auf Einsprache der Versicherten hin mit Einspracheentscheid vom 6. November 2018 fest.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, am 27. November 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen auch ab Juni 2017 auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 5. Dezember 2018 ersuchte die Mobiliar um Abweisung der Beschwerde. Für den Fall, dass sich wider Erwarten eine weitere Leistungspflicht ergäbe, beantragte sie eventualiter, es seien sämtliche Leistungen infolge unentschuldbar verspäteter erster Unfallmeldung um die Hälfte zu kürzen.

D. Am 4. Januar 2019 liess die Beschwerdeführerin einen Bericht des behandelnden Orthopäden Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 2. Januar 2019 einreichen. Die Mobiliar nahm mit Eingabe vom 21. Januar 2019 hierzu Stellung. Gleichzeitig hielt sie an ihren in der Vernehmlassung gestellten Rechtsbegehren fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in E._____ (BL), weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die - im Übrigen frist- und formgerecht erhobene - Beschwerde der Versicherten vom 27. November 2018 ist demnach einzutreten.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggelderleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 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, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitli-

che Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht - im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist - nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil A. des Bundesgerichts vom 23. September 2014, 8C_419/2014, E. 3.2 mit Hinweisen).

3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). 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. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 am Ende, mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

4. Im vorliegenden Fall bestehen Unklarheiten sowohl in Bezug auf den Hergang der einzelnen Unfälle als auch hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen der einzelnen Ereignisse.

4.1 Die Versicherte liess der Beschwerdegegnerin den Unfall vom 29. September 2015 erst am 17. März 2016 melden. Laut Unfallbeschreibung wollte die Beschwerdeführerin in der Backstube - ein Backblech auf der rechten Hand tragend - einen Sturz verhindern, wobei sie sich den rechten Arm verdrehte. Nach dem Ereignis setzte die Versicherte ihre Arbeit ohne Unterbruch fort. Unklar ist, aus welchem Grund der Unfall erst fast ein halbes Jahr später gemeldet wurde. Im Bericht des Spitals C.____, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 16. März 2016 wurde eine leichtgradige adhäsive Kapsulitis mit Verdacht auf Intervallläsion und Tendinopathie der langen Bizepssehne nach Distorsionstrauma der rechten Schulter vom September 2015 diagnostiziert. Die Schulterbeweglichkeit sei beim Untersuchen frei gewesen mit deutlicher Schmerzangabe bei Abduktion und Anteversion über 120°. Die Patientin sei aktuell als Konditorin zu 100 % arbeitsfähig. Der Röntgenbefund habe eine regelrechte glenohumerale Artikulation ohne degenerative Veränderungen oder ossäre Läsionen und einen normalen humero-akromialen Abstand gezeigt. Eine Kalkablagerung sei nicht sichtbar. Eine wenige Tage zuvor durchgeführte Sonographie der rechten Schulter habe einen Verdacht auf eine schmale transtendinöse Partialruptur der Supraspinatussehne ansatznah und eine Bursitis subacromialis/subdeltoidea ergeben. Laut weiteren Berichten des Spitals C.____ vom 14. April und 9. Mai 2016 habe sich in den Nachkontrollen ein stagnierender Verlauf gezeigt. Im letztgenannten Bericht wurde der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 25 % für die nächsten fünf Wochen und danach eine solche von 50 % für weitere zwei Wochen attestiert. Anlässlich der Nachkontrolle vom 3. August 2016 berichtete die Versicherte von einer weiteren Verbesserung der Beweglichkeit. Die behandelnden Ärzte des Spitals C.____ attestierten ihr wieder eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit.

4.2 Am 29. August 2016 erlitt die Versicherte einen zweiten Unfall, einen Sturz mit dem Motorrad. Dieser wurde der Beschwerdegegnerin am 1. November 2016 gemeldet. Laut Be-

schreibung in der Unfallmeldung kam die Versicherte in einer Linkskurve von der Strasse ab und stürzte auf die linke Seite. Beim Sturz habe sich der Lenker verbogen, wodurch es ihr den rechten Arm nach vorne gezogen habe. Gemäss Bericht des Spitals C.____ vom 31. Oktober 2016 erlitt die Versicherte dabei ein Distorsionstrauma der rechten Schulter. Durch das Ereignis sei es zu einer Traumatisierung der Kapsulitis gekommen, die sich bereits im abklingenden Stadium befunden habe. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führten die behandelnden Ärzte aus, die Versicherte wünsche, dass ihr keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. Sie werde sich mit ihrer Arbeitgeberin so arrangieren können, dass sie keine schulterbelastenden Tätigkeiten verrichten müsse. Im Verlaufsbericht vom 28. November 2016 gab die Versicherte an, dass die Schmerzen und die Schulterbeweglichkeit sich seit der letzten Konsultation deutlich gebessert hätten. Sie sei aktuell zu 100 % arbeitsfähig. Weil über die Arbeitgeberin der Konkurs eröffnet worden sei, sei sie momentan auf der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz. Laut einem Verlaufsbericht des Spitals C.____ vom 23. Januar 2017 berichtete die Beschwerdeführerin über erneute Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenks. Diese hätten zehn Tage nach der letzten Infiltration begonnen und seien aktuell wieder so stark wie vor der Infiltration vorhanden. Die Schmerzen würden jeweils bei Belastung und nach der Physiotherapie zunehmen.

4.3 Anlässlich einer weiteren Konsultation vom 28. März 2017 berichtete die Versicherte über ein drittes Unfallereignis. Sie sei am 19. Februar 2017 gestolpert und direkt auf die rechte Schulter gestürzt. Seither habe die Beweglichkeit der Schulter wieder abgenommen und es bestünden ein Dauerschmerz und ein Nachtschmerz. Die behandelnden Ärzte des Spitals C.____ führten im Bericht vom genannten Tag aus, bei diesem Sturzereignis sei es zu einer AC-Gelenksdistorsion im Sinne einer Rockwood-1-Verletzung gekommen und die in Abheilung befindliche Kapsulitis sei erneut traumatisiert worden. In der Verlaufskontrolle vom 4. Mai 2017 gab die Versicherte an, dass die Beschwerden deutlich zugenommen hätten. Wegen dieser Beschwerden könne sie den beruflichen Anforderungen in ihrer neuen Tätigkeit als Bäckerin mit einem 80 %-Pensum nur knapp nachkommen. Die Ärzte empfahlen der Versicherten deshalb entweder den Wechsel in eine leichtere Arbeit im selben Betrieb oder langfristig gegebenenfalls die Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit, in der sie weniger körperlich belastende Tätigkeiten zu verrichten habe.

4.4 Da eine MR-Arthrographie des Schultergelenks rechts vom 26. Mai 2017 eine Teilruptur der Supraspinatussehne gezeigt hatte, erachtete der von der Versicherten neu beigezogene Dr. D.____ eine Arthroskopie als notwendig. In der Folge führte er am 19. Juni 2017 den entsprechenden Eingriff durch. Im Operationsbericht vom genannten Tag nannte er als Diagnosen eine traumatische, artikulärseitige Partialläsion der Supraspinatussehne und eine Pulley-Läsion an der rechten Schulter. Mit Schreiben vom 20. November 2017 an die Rechtsvertreterin der Versicherten wies Dr. D.____ sodann darauf hin, dass sich weder im MRI noch anlässlich des operativen Eingriffs Hinweise für einen degenerativen Befund ergeben hätten. Die festgestellten Schäden an der rechten Schulter seien unfallbedingt. Durch die Entwicklung einer traumatisch bedingten Kapsulitis hätten sich die Diagnosestellung und die notwendige Therapie verzögert.

5.1 Aus den vorhandenen medizinischen Akten ergibt sich, dass die Unfallereignisse bei der Versicherten zumindest vorübergehende Beschwerdeschübe an der rechten Schulter ausgelöst haben und dass in diesem Zusammenhang eine Leistungspflicht der Mobiliar aus der obligatorischen Unfallversicherung besteht. Streitig und zu prüfen ist, ob - wie die Mobiliar geltend macht - im Zeitpunkt der verfügten Leistungseinstellung, also per 31. Mai 2017, die ursächlichen Auswirkungen der Unfallereignisse auf den Gesundheitsschaden dahingefallen sind.

5.2 Die Beschwerdegegnerin legte die medizinischen Akten zur fachärztlichen Beurteilung der aufgeworfenen Frage ihrem beratenden Arzt Dr. med. F.____, Orthopädische Chirurgie FMH, vor. Dieser hielt in einer kurzen Stellungnahme vom 14. Juli 2017 als aktuelle Diagnose „alterskorrelierende Veränderungen an der Rotatorenmanschette rechts“ fest. Der Status quo ante bzw. sine sei drei Monate nach der letzten Kontusion (vom 19. Februar 2017) erreicht gewesen. Am 16. Mai 2018 erstattete Dr. F.____ im Auftrag der Mobiliar eine weitere, nunmehr ausführlichere Aktenbeurteilung. Darin gelangte er zum Ergebnis, dass die im MRI festgestellte gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne - ebenso wie die intraoperativ beschriebene Pulley-Läsion - überwiegend wahrscheinlich einer alterskorrelierenden Degeneration entspreche. Primär asymptomatische Veränderungen an der Rotatorenmanschette seien ab dem 5. Lebensjahrzehnt häufig. Die nachweisbaren, zunächst unvollständigen, degenerativ entstandenen Strukturunterbrechungen würden sich naturgemäss/schicksalhaft allmählich ausweiten und könnten dadurch auch eine Symptomatik hervorrufen. Man sei sich einig, dass diese Risse graduell und progressiv über Jahre entstehen würden, eine intrinsische Ursache hätten und auf der schicksalhaften biologischen Alterung beruhen würden. Da im vorliegenden Fall der „Auslöser“ 2015 kein geeigneter Mechanismus für eine Ruptur der Supraspinatussehne darstelle und auch Kompressionsereignisse - wie das zweite und dritte Ereignis mit konzentrischer Krafteinwirkung - nicht geeignet seien, eine Partialruptur zu bewirken (hierzu wären exzentrische Kräfte erforderlich), da gelenkseitige Läsionen überwiegend wahrscheinlich degenerativ seien und da die Prämissen bezüglich der alterskorrelierenden Degeneration erfüllt seien, sei es überwiegend wahrscheinlich, dass hier keine unfallkausale Rotatorenmanschettenläsion bzw. Pulley-Läsion vorliege.

5.3 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der leistungseinstellenden Verfügung vom 29. Juni 2018 bzw. im angefochtenen Einspracheentscheid vom 6. November 2018 bei der Würdigung des massgebenden medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf die erwähnten Aktenbeurteilungen von Dr. F.____. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Status quo ante bzw. sine drei Monate nach dem letzten Ereignis vom 19. Februar 2017 erreicht gewesen sei. Die Schulterbeschwerden der Versicherten würden nach diesem Zeitpunkt nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit den Unfallereignissen stehen.

5.4 Im Gegensatz zur Mobiliar ist die Beschwerdeführerin der Auffassung, dass bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts nicht auf die Beurteilungen von Dr. F.____ abgestellt werden könne. Sie beruft sich stattdessen auf die Einschätzung ihres behandelnden Facharztes Dr. D.____, wonach die Verletzungen an ihrer rechten Schulter überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt seien. Laut seinen Ausführungen im Bericht vom 10. September 2018 seien Läsionen an der Supraspinatussehne bei 50-jährigen Personen keinesfalls häufig. Somit

seien die Prämissen der alterskorrelierenden Degeneration nicht erfüllt. Zudem stelle das erste Trauma sehr wohl einen typischen Mechanismus für eine Läsion der Supraspinatussehne dar. Im Zusammenhang mit dem zweiten Traumaereignis, bei welchem Dr. F.____ von einer einfachen Kontusion ausgehe, sei zu beachten, dass es bei Motorradunfällen oft auch zu einem Distorsionstrauma der Schulter komme, welches für eine Läsion der Rotatorenmanschette verantwortlich sein könne. Aufgrund des schnellen Ablaufs bei solchen Unfällen könnten die Versicherten den Unfallmechanismus häufig nicht mehr klar beschreiben. Das dritte Ereignis habe sicher zu einer kleinen Läsion des AC-Gelenks geführt, was MR-tomographisch habe dokumentiert werden können. Diese Verletzung habe allerdings keine weitere operative Behandlung nötig gemacht habe und sie sei auch nicht der Grund für die Operation gewesen.

5.5.1 Wie oben ausgeführt, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall wie hier ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 3.2 hiervor und die dortigen Rechtsprechungshinweise). Vorliegend bestehen, wie im Folgenden zu zeigen ist, in verschiedener Hinsicht Zweifel an der Schlüssigkeit der fachärztlichen Beurteilungen von Dr. F._____.

5.5.2 Als erstes wirft bereits die Schilderung der einzelnen Unfallereignisse durch den beratenden Arzt Fragen auf. So wertet Dr. F.____ das auslösende Ereignis vom 29. September 2015 als übliche Alltagsbewegung. Davon kann aber in Anbetracht der Unfallschilderung der Versicherten nicht ausgegangen werden, gab diese doch an, sie habe in der Backstube - ein Backblech auf der rechten Hand tragend - einen Sturz verhindern wollen und sich dabei den rechten Arm verdreht. Auch beim Motorradunfall vom 29. August 2016 ging der Gutachter fälschlicherweise davon aus, dass die Versicherte eine Kompression, also ein "Zusammendrücken" der Schulter erlitten habe. Laut ihrer Beschreibung kam die Versicherte jedoch in einer Linkskurve von der Strasse ab und stürzte auf die linke Seite. Beim Sturz habe sich der Lenker verbogen, wodurch es ihr den rechten Arm nach vorne gezogen habe. Einzig der Stolpersturz vom 28. März 2017 mit Direktaufprall auf die rechte Schulter passt ins Schema von Dr. F.____, wonach eine Kompression nicht geeignet sei, die anlässlich der Operation festgestellten Verletzungen herbeizuführen. Gleiches kann aber für die ersten beiden Ereignisse nicht gesagt werden.

5.5.3 Als unzutreffend erweist sich sodann auch die Schilderung von Dr. F.____, wonach die Versicherte sowohl nach dem ersten Ereignis als auch nach dem Motorradunfall ohne Weiteres ihr Arbeitspensum habe ausüben können. In Anbetracht der verschiedenen Verlaufsberichte des Spitals C.____ ist davon auszugehen, dass die Versicherte nach den einzelnen Unfallereignissen jeweils an beträchtlichen Schmerzen litt. Nichtsdestotrotz war sie ausgesprochen bemüht, weiterhin ihrer Arbeit nachgehen zu können. Obwohl ihr die behandelnden Ärzte vermutlich Arbeitsunfähigkeitsatteste ausgestellt hätten, verzichtete sie auf entsprechende Zeugnisse. Stattdessen gab sie an, sie versuche zuerst, sich mit den Vorgesetzten insoweit zu arrangieren, als sie vorübergehend keine schulterbelastenden Arbeiten verrichten müsse (vgl. etwa die Ausführungen in den Verlaufsberichten des Spitals C.____ vom 31. Oktober 2016 und

4. Mai 2017). Die Feststellung von Dr. F.____, wonach die ersten beiden Unfälle überhaupt keine Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen hätten, greift deshalb wohl zu kurz und sie bagatellisiert ein Stück weit die effektive Situation der Beschwerdeführerin.

5.5.4 Zu beachten ist sodann, dass Dr. D.____ laut seinen Angaben während der Operation keine degenerativen Veränderungen feststellte, die für den Gesundheitsschaden der Versicherten verantwortlich sein könnten. Vor diesem Hintergrund vermögen die Beurteilungen von Dr. F.____ auch insoweit nicht zu überzeugen, als er das Schulterleiden der Versicherten - im Sinne einer medizinischen Erfahrungstatsache - ohne Weiteres als Folge einer unfallunabhängigen verschleissbedingten Erkrankung qualifiziert. Nur weil der gleiche Gesundheitsschaden theoretisch in der Alterskategorie der Versicherten auch rein degenerativ verursacht sein könnte, heisst dies nicht, dass auch bei der Versicherten eine solche Entwicklung stattgefunden hat. In diesem Zusammenhang kann die Mobilier im Übrigen auch aus dem von ihr zitierten Urteil des Bundesgerichts vom 17. Mai 2016 (8C_100/2016) nichts zu ihren Gunsten ableiten. Darin wird festgehalten (vgl. E. 5 des Entscheids), dass nach einhelliger fachärztlicher Meinung, insbesondere auch nach den Empfehlungen der Kommission "Begutachtung" der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellbogenchirurgie (DVSE) gestützt auf den aktuellen Kenntnisstand über die Schädigung der Rotatorenmanschette, ein Unfallhergang mit Anprall der Schulter nicht geeignet sei, eine Verletzung der Rotatorenmanschette zu bewirken (MARKUS LOEW, Zur traumatischen Entstehung der Rotatorenmanschettenläsion, Wissenschaftliche Grundlagen und ihre Konsequenzen für die Begutachtung, in: Der Orthopäde 10-2000 S. 881 ff., sowie MARKUS LOEW ET AL., Empfehlungen zu Diagnostik und Begutachtung der traumatischen Rotatorenmanschettenläsion, in: Der Unfallchirurg 5-2000 S. 417 ff.). Im vorliegenden Fall stehen aber, wie oben festgehalten (vgl. E. 5.4.2 hiervor), in Bezug auf die ersten zwei Unfallereignisse andere Unfallmechanismen im Raum.

5.6 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass vorliegend doch erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der von der Beschwerdegegnerin eingeholten und als massgeblich erachteten versicherungsinternen Beurteilungen von Dr. F.____ bestehen. Nach dem oben Gesagten (vgl. E. 3.2 hiervor) kann bei diesem Beweisergebnis nicht auf die betreffenden versicherungsinternen Beurteilungen abgestellt werden. Der angefochtene Einspracheentscheid ist deshalb aufzuheben und es sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin vorliegend den medizinischen Sachverhalt unvollständig abgeklärt hat und es nicht die Aufgabe des kantonalen Gerichts ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin auch unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Unfallkausalität der bei der Versicherten über den 31. Mai 2017 hinaus im Bereich der rechten Schulter bestehenden ge-

sundheitlichen Beeinträchtigungen und - falls ein natürlicher Kausalzusammenhang bejaht wird - die Frage des Erreichens des medizinischen Endzustands durch ein versicherungsexternes Gutachten abklären zu lassen haben. Anschliessend wird sie gestützt auf die Ergebnisse der Aktenergänzung über den Leistungsanspruch der Versicherten neu zu befinden haben. Die vorliegende Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

6. In ihrer Vernehmlassung stellte die Mobiliar für den Fall, dass sich wider Erwarten eine weitere Leistungspflicht ergäbe, den Antrag, es seien sämtliche Leistungen infolge unentschuldbar verspäteter erster Unfallmeldung um die Hälfte zu kürzen. Eine solche Möglichkeit sieht die Regelung von Art. 46 Abs. 2 Satz 1 UVG vor, wonach der Versicherer jede Leistung um die Hälfte kürzen kann, wenn ihm der Unfall infolge unentschuldbarer Versäumnis der versicherten Person nicht binnen dreier Monate gemeldet worden ist. Nach der Rechtsprechung ist eine verspätete Unfallmeldung entschuldbar, wenn die versicherte Person in guten Treuen der Meinung hat sein dürfen, eine Unfallmeldung sei bei der gegebenen Sachlage unnötig oder wenigstens nicht dringlich (ALEXANDRA RUMO-JUNGO/ANDRÉ PIERRE HOLZER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2012, S. 232 mit Hinweis). Vorliegend liess sich die Versicherte nach dem ersten Unfallereignis zwar behandeln, sie war aber ausgesprochen bemüht, weiterhin ihrer Arbeit nachgehen zu können (vgl. dazu E. 5.5.3 hiervor). Aus ihrem damaligen Verhalten darf wohl geschlossen werden, dass sie davon ausging, ihre Schulterschmerzen würden sich bald bessern und eine Unfallmeldung sei deshalb nicht notwendig. Dies ist bei der Beurteilung der Verschuldensfrage der Versicherten mit zu berücksichtigen. Wie es sich damit verhält, kann nun allerdings in Anbetracht des heutigen Verfahrensausgangs offen bleiben. Da der Versicherten mit dem vorliegenden Urteil keine zusätzlichen Leistungen zugesprochen werden, sondern die Angelegenheit zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, braucht über diesen (Eventual-) Antrag heute nicht abschliessend entschieden zu werden.

7.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Entscheid auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2, BGE 132 V 215 E. 6.2, je mit Hinweisen). Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat in ihrer Honorarnote vom 10. Dezember 2018 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9,75 Stunden geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von 250 Franken zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von

Fr. 70.80. Der Beschwerdeführerin ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'701.45 (9,75 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 70.80 + 7,7 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

8.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind - mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) - nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 477 E. 4.2).

8.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

8.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung - wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst - einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person, so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 645 E. 2.2, bestätigt im Urteil K. des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C_567/2008, E. 2-4; vgl. auch Urteil K. des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C_748/2007).

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG vom 6. November 2018 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG zurückgewiesen wird.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'701.45 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>