

200 15 198 UV
LOU/TOZ/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. Januar 2017

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Grütter, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 28. Januar 2015 (90.13.051504)



Sachverhalt:

A.

Die 1955 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) prallte am 10. August 2013, als sie stehend in einem Bus der öffentlichen Verkehrsbetriebe unterwegs war, bei einer brusken Bremsung gegen eine Abschränkung. Hierbei zog sie sich laut Unfallmeldung eine Stauchung im linken Nacken- und Schulterbereich zu (Akten der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG [Mobiliar bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2 S. 2 f.). Die Mobiliar, bei welcher die Versicherte gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert ist, erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Nach Beizug verschiedener Arztberichte hielt sie - gestützt auf ein Aktengutachten ihres beratenden Arztes, Dr. med. C. _____ sel., Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 17. Juni 2014 (act. II 3 S. 10 bis 14) - mit Verfügung vom 25. Juni 2014 (act. II 1 S. 23 f.) fest, dass ab dem 1. Mai 2014 keine weiteren Versicherungsleistungen mehr erbracht würden, da das heutige Beschwerdebild nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 10. August 2013 zurückgeführt werden könne. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 1 S. 27 f.) - nach Einholung eines Aktengutachtens ihres beratenden Arztes, Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie FMH, vom 26. Januar 2015 (act. II 3 S. 22 bis 24) - mit Entscheid vom 28. Januar 2015 (act. II 1 S. 34 bis 43) fest. Sie erwog hauptsächlich, der Status quo sine vel ante sei spätestens sechs Monate nach dem Ereignis vom 10. August 2013 erreicht gewesen.

B.

Hiergegen lässt die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 26. Februar 2015 Beschwerde erheben und die Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes sowie der diesem zu Grunde liegenden Verfügung vom 25. Juni 2014 beantragen. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin die vollumfänglichen UVG-Leistungen, namentlich vorderhand die vollumfänglichen Heilbehandlungen, über den

30. April 2014 hinaus zu entrichten. Eventualiter sei die Streitsache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 21. August 2015 reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Unterlagen ein.

Die Beschwerdegegnerin und die Beschwerdeführerin reichten am 28. August 2015 resp. 25. November 2015 je eine Stellungnahme ein. Am 16. Dezember 2015 bzw. 30. Juni 2016 reichten die Parteien je eine weitere Vernehmlassung ein.

Mit Zuschrift vom 5. Juli 2016 reichte die Beschwerdegegnerin eine abschliessende Stellungnahme ein.

Erwägungen:

1.

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

ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich einzutreten (vgl. jedoch E. 1.2 hiernach).

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 28. Januar 2015 (act. II 1 S. 34 bis 43), mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 30. April 2014 bestätigt hat. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Unfallversicherung über den 30. April 2014 hinaus.

Soweit die Beschwerdeführerin die Aufhebung der (dem angefochtenen Einspracheentscheid zu Grunde liegenden) Verfügung vom 25. Juni 2014 (act. II 1 S. 23 f.) beantragt (vgl. Beschwerde, S. 2 Ziff. 1 der Rechtsbegehren), ist darauf nicht einzutreten. Anfechtungsgegenstand im kantonalen Beschwerdeverfahren bildet allein der Einspracheentscheid. Dieser tritt an die Stelle der vorgängig erlassenen Verfügung, und zwar auch dann, wenn er sie bloss bestätigt (BGE 119 V 347 E. 1b S. 350; RKUV 1998 U 308 S. 454 E. 2a).

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 voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). 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).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.2.1 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2). Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusam-

menhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage - im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang - nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358).

2.3 Wird durch den Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 (SVR 2016 UV Nr. 18 S. 56 E. 2.1.1, 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2; RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b).

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 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 (SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 3.2).

2.4 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 10. August 2013 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat (vgl. E. 2.1 hiervor) und danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die über den 30. April 2014 hinaus geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfall stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, Rehaklinik F. _____, diagnostizierte im Bericht vom 23. Januar 2014 (act. II 3 S. 1 f.) einen Status nach HWS-Distorsion vom 16. August 2013 (recte: 10. August 2013) und ein Fibromyalgiesyndrom. Die HWS-Distorsion sei unmittelbar nach dem Unfallereignis oligosymptomatisch gewesen. Am 20. August 2013 sei es zu heftigen Kopf- und Nackenschmerzen bzw. einem Schiefhals mit Ausstrahlung bis in die linke Schulter und den zervikothorakalen Bereich gekommen. Die zervikozephalen Beschwerden hätten sich im weiteren Verlauf allmählich zurückgebildet, es verblieben jedoch mässige Kopf- und Nackenschmerzen linksbetont (act. II 3 S. 2). Die Beschwerdeführerin leide an generalisierten Schmerzen im Rahmen einer chronischen Fibromyalgie. Vor dem Unfall hätten keine spezifischen zervikozephalen Schmerzen linksbetont bestanden (act. II 3 S. 1).

3.1.2 Dr. med. G. _____, Praktische Ärztin FMH, hielt im Bericht vom 21. Februar 2014 (act. II 3 S. 4) als Diagnosen einen Verdacht auf Kontusion der linken Schulter und einen solchen auf HWS-Schleudertrauma fest. Die Beweglichkeit der linken Schulter sei eingeschränkt. Die Beweglichkeit der HWS sei schmerzbedingt leicht beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin habe vor dem Unfall nicht an solchen Beschwerden gelitten. Der Behandlungsabschluss sei am 25. September 2013 erfolgt.

3.1.3 Im Bericht vom 7. April 2014 (act. II 3 S. 6 f.) führte Dr. med. E. _____ aus, dass die Beschwerdeführerin weiterhin über Nackenschmerzen links mit Ausstrahlung bis zum Kleinfinger klage. Klinisch bestünden weiterhin ein Zervikalsyndrom linksbetont mit segmentaler Dysfunktion C2/3 bis C6/7 linksbetont sowie positive muskuläre Triggerpunkte der gesamten Nackenregion links mehr als rechts. Weiter liege eine positive Konvergenztestung der HWS links mit Auslösung von Kribbelparästhesien in den Dermatomen C7 und C8 links vor. Die Durchführung einer Magnetresonanz-Untersuchung (MRI) der HWS sei bei regredienter Beschwerdesymptomatik nicht mehr erforderlich (act. II 3 S. 7).

In einem weiteren Bericht vom 20. Mai 2014 (act. II 3 S. 8 f.) diagnostizierte derselbe Arzt einen Status nach HWS-Distorsion vom 10. August 2013, ein Fibromyalgiesyndrom, ein rezidivierendes lumboradikuläres Reizsyndrom und ein sensibles Ausfallsyndrom S1 rechts. Es bestünden weiterhin wechselhafte zervikozephalische Schmerzen mit Ausstrahlung in die linke Schulter. Insgesamt seien die Nacken- und Kopfschmerzen etwas besser geworden (act. II 3 S. 9). Die linksbetonten Nackenschmerzen seien nach wie vor direkte Unfallfolgen, der Vorzustand mit allgemeinen Schmerzen im Rahmen des Fibromyalgiesyndroms sei im Bereich des Nackens noch nicht erreicht. Indiziert sei die Fortführung der physiotherapeutischen Behandlung (act. II 3 S. 8).

3.1.4 Dr. med. C. _____ sel. hielt im Aktengutachten vom 17. Juni 2014 (act. II 3 S. 10 bis 14) fest, dass aufgrund der langjährigen persönlichen Erfahrung und in Übereinstimmung mit vielen Kongressmitteilungen sowie der wissenschaftlichen Literatur sechs Monate nach dem Ereignis vom 10. August 2013 (Mitte Februar 2014) der Status quo ante oder Status

quo sine bei altersbedingten degenerativen Veränderungen erreicht gewesen sei und die heute bestehenden Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem besagten Unfallereignis stünden (act. II 3 S. 10 f.). Allerdings erachtete der Arzt die von Dr. med. E. _____ in Betracht gezogene MRI-Untersuchung der HWS als indiziert (act. II 3 S. 11).

3.1.5 Mit Bericht vom 11. Juli 2014 (act. II 3 S. 15 f.) bekräftigte Dr. med. E. _____, dass die derzeitigen Nackenschmerzen eindeutig im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 10. August 2013 stünden (act. II 3 S. 16). Vor dem Unfallereignis habe die Beschwerdeführerin in erster Linie an lumboradikulären Beschwerden rechts mit sekundären leichten Nackenverspannungen gelitten, jedoch nicht an derart akuten zervikobrachialen Schmerzen links, wie dies seit dem besagten Ereignis der Fall sei (act. II 3 S. 15 f.). Ein Zustand, wie er vor dem Unfall bestanden habe, sei daher noch lange nicht erreicht. Prognostisch sei davon auszugehen, dass die unfallbedingten Nackenbeschwerden noch mindestens bis Dezember 2014 andauern würden; danach sei eine Neubeurteilung notwendig (act. II 3 S. 15).

3.1.6 Eine am 4. September 2014 erfolgte MRI-Untersuchung der HWS ergab keinen Nachweis einer Nervenwurzelläsion oder einer Kompression C7 links. Sie zeigte jedoch leichtgradige Unkovertebralarthrosen C4 bis C6 mit diskreten Knochenmarksödemen rechts, passend zur Traumatisierung/Aktivierung, sowie leichtgradige Arthrosen des atlantodentalen Gelenkes und der Zwischenwirbelgelenke, ohne Hinweise für Gefügelockerung (act. II 3 S. 21).

Eine am 11. September 2014 durchgeführte Arthro-MRI-Untersuchung der linken Schulter ergab eine kleine Partialruptur der Subscapularissehne, eine Tendinopathie der Supraspinatussehne mit Ruptur einzelner Faserzüge, eine Ruptur des superioren glenohumeralen Ligamentes mit Subluxation der langen Bizepssehne am Eingang zum Sulcus (vordere Intervallläsion) sowie eine leichtgradige Bursitis subacromialis (act. II 3 S. 18).

3.1.7 Dr. med. H._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, hielt im Bericht vom 25. November 2014 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4) fest, die durchgeführte MRI-Untersuchung habe eine Intervallläsion und eine AC-Problematik ergeben. Die Beschwerdeführerin habe anlässlich des Unfalles eine Bicipssubluxation mit Zerreißen des Bizepssehnen-Pulleys erlitten. Zusätzlich sei auch das AC-Gelenk traumatisiert worden. Aktuell im Vordergrund stünden jedoch vor allem die Schmerzen im Bereich des Bizepssehnen-Pulleys mit subluxierender Bicepssehne. Eine Intervallläsion trete nur nach einem Unfall mit subluxierender Bicepssehne auf. Hierfür brauche es keinen Funktionsausfall unmittelbar nach dem Unfall. Die Bicipsläsionen manifestierten sich eigentlich erst einige Zeit nach dem Unfall.

3.1.8 Dr. med. D._____ führte im Aktengutachten vom 26. Januar 2015 (act. II 3 S. 22 bis 24) aus, es sei Tatsache, dass sich relevante Verletzungen unmittelbar bemerkbar machen und im Verlaufe der Zeit wieder abklingen würden (Decrescendo), während dagegen Beschwerden chronisch-degenerativer Ursache im Verlaufe der Zeit eher zunehmen würden (Crescendo). Ebenso spreche der Umstand, dass die erstuntersuchende Ärztin Dr. med. G._____ keine bildgebenden Untersuchungen veranlasst habe, dafür, dass keine relevanten Verletzungen vermutet worden seien. In ihrem Bericht seien keine Kontusionsmarken, Schwellungen, Hämatome und/oder erhebliche Funktionseinschränkungen vermerkt worden. Zudem wäre die Ausübung der Tätigkeit als ... mit einer relevanten Verletzung der HWS nicht mehr möglich gewesen. Dass es beim Ereignis vom 10. August 2013 zu keinen bleibenden Verletzungen gekommen sei, belege auch die MRI-Untersuchung vom 4. September 2014, welche altersentsprechende degenerative Veränderungen an der HWS, Osteophyten und Arthrosen ergeben habe. Posttraumatische Veränderungen an Knochen, Bändern oder Kapseln hätten keine festgestellt werden können. Das von der Radiologin beschriebene Knochenmarksödem an den Unkovertebralgelenken C4 bis C6 rechts sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge der Arthrose in diesen Gelenken und passe ausserdem nicht zu den von Dr. med. E._____ beschriebenen Beschwerden auf der linken Seite der HWS. Nach Kontusionen oder Distorsionen ohne bleibende Verletzungsfol-

gen könne nach einem gewissen Zeitrahmen der Status quo ante resp. quo sine postuliert werden. Dieser sei bei der Wirbelsäule anerkanntermassen nach spätestens sechs Monaten erreicht. Die Beurteilung von Dr. med. C. _____ sel. sei somit korrekt gewesen (act. II 3 S. 22).

3.1.9 Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, diagnostizierte im Bericht vom 25. Februar 2015 (act. I 6) einen Status nach HWS-Distorsionstrauma vom 10. August 2013 mit chronifiziertem Zervikobrachialgiesyndrom linkslastig ohne Hinweise auf radikuläre Kompression sowie einen Status nach Schulterkontusion links mit partialer Ruptur der Subscapularissehne, Supraspinatussehne und Subluxation der langen Bizepssehne. Nebst der Schulterkontusion resp. Partialruptur seien auch die nach der Kontusion und Distorsion aufgetretenen Beschwerden als direkte Unfallfolgen zu werten.

3.1.10 Dr. med. D. _____ hielt im Bericht vom 30. Juni 2014 (recte: 2015; act. II 3 S. 25 bis 33) als Diagnosen ein Fibromyalgiesyndrom, chronische zervikocephale Schmerzen bei degenerativen Veränderungen der HWS, eine chronisch rezidivierende Lumbalgie bei Zustand nach Diskushernienoperation und Hemilaminektomie von 2011, Schulterbeschwerden links bei degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette und AC-Gelenksarthrose sowie einen Zustand nach Distorsion der HWS und Kontusion/Distorsion der linken Schulter vom 10. August 2013 fest (act. II 3 S. 29). Verletzungsfolgen durch das Ereignis vom 10. August 2013 hätten keine nachgewiesen werden können. Dass die Beschwerdeführerin mehr als zwei Wochen mit dem Arztbesuch zugewartet habe, weise mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf hin, dass es durch den Sturz zu keinen relevanten Verletzungen gekommen sei. Auch Dr. med. G. _____ habe keine relevanten Funktionseinschränkungen, insbesondere die linke Schulter und den linken Arm betreffend, feststellen können, habe auf weitere Abklärungen verzichtet und die Behandlung am 25. September 2013 abgeschlossen. Somit könne davon ausgegangen werden, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu diesem Zeitpunkt keine Beeinträchtigungen im linken Schultergelenk vorhanden gewesen seien. Dieser Zeitrahmen von etwas mehr als sechs Wochen entspreche der Heilungsphase von Bagatelltraumen wie Kontusionen und Distorsionen. Weiter habe die Beschwer-

deführerin ihren langjährigen Arzt Dr. med. E. _____ erst 10 Wochen nach dem Ereignis aufgesucht, dies wegen Nackenbeschwerden. Dr. med. E. _____ habe in keinem seiner Berichte Schulterprobleme erwähnt. Zur Diskussion hätten immer nur Nackenbeschwerden resp. Zervikalgie, Zervikocephalgie oder Zervikobrachialgie gestanden. Der Arzt habe auf bildgebende Abklärungen verzichtet. Die klinischen Befunde passten eher zur Fibromyalgie als zu posttraumatischen Beschwerden. Somit sei davon auszugehen, dass es betreffend die HWS zu keiner bleibenden Verletzung gekommen sei. Damit sei, wie Dr. med. C. _____ sel. in seinem Aktengutachten zutreffend festgehalten habe, spätestens nach sechs Monaten der Status quo ante resp. quo sine erreicht gewesen (act. II 3 S. 28). Die im Februar 2014 erstmals beschriebenen Kribbelparästhesien seien mit einem Schulterleiden nicht zu erklären. Sie seien erst sechs Monate nach dem Ereignis erstmals festgestellt worden und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Folge der krankhaft-degenerativen Veränderungen der HWS. Weiter sei eine Subluxation der langen Bizepssehne die Folge einer Läsion des Pulley-Systems im Bereich der Rotatorenmanschette. Die meisten Läsionen im Bereich des Rotatorenintervalles resp. des Pulleys hätten eine degenerative Ursache. Der vorliegende Unfallmechanismus sei nicht geeignet gewesen, eine Pulley-Läsion zu bewirken. Zudem wäre eine akute traumatische Läsion im Rotatorenintervall mit erheblichen Schmerzen eingegangen. Ein solches Trauma hätte zu deutlichen Veränderungen im Sinne einer Kontusionsmarke, einer Schwellung sowie eines Hämatoms und vor allem zu einer unübersehbaren Funktionseinschränkung geführt. Ein Weiterarbeiten mit einer akuten traumatischen Läsion wäre nicht möglich gewesen (act. II 3 S. 27). Was sodann das mittels MRI-Untersuchung vom 4. September 2014 festgestellte Knochenmarksödem betreffe, so sei die weitaus häufigste Ursache eines Knochenmarksödems in einem Gelenk die Arthrose. Im Falle der Beschwerdeführerin handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um die Folgen eines krankhaft-degenerativen Prozesses (act. II 3 S. 25).

3.1.11 Am 10. August 2015 führte Dr. med. H. _____ eine Schulterarthroskopie links, eine arthroskopische Acromioplastik, eine Resektion der lateralen Clavicula sowie eine offene Bicepstenodese durch (act. I 8). Im Bericht vom 2. September 2015 (act. I 10) hielt er fest, dass im

Bericht über die MRI-Untersuchung der linken Schulter vom 11. September 2014 eine kleine Partialruptur der Subscapularissehne mit der Folge einer Subluxation der langen Bicepssehne beschrieben werde. Es handle sich um eine Sehnenruptur, welche zur Subluxation und Instabilität der Bicepssehne geführt habe. Diese Rupturen würden, da sie keinen Funktionsausfall verursachten, nicht zu sofortigen starken Schmerzen führen. Die Schmerzen träten progressiv mit der Instabilität der Bicepssehne auf. Es sei aber klar, dass es sich um eine unfallähnliche Körperschädigung handle. Mit anderen Worten ausgedrückt, habe die Beschwerdeführerin anlässlich des Unfalles eine craniale Partialruptur der Subscapularissehne erlitten, welche konsekutiv zur Instabilität der Bicepssehne geführt habe. Die Schmerzen seien dann mit zunehmender Instabilität der Bicepssehne grösser geworden.

3.1.12 Dr. med. E. _____ führte im Bericht vom 10. November 2015 (act. I 11) aus, dass sowohl die Beschwerden im Bereich des Nackens als auch die Schulterproblematik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 10. August 2013 zurückzuführen seien. Die Problematik der LWS sei vorbestehend. Weiter sei weder der Status quo sine noch der Status quo ante erreicht. Ohne das Unfallereignis hätte sich die Beschwerdeführerin nicht einer Schulteroperation unterziehen müssen. Gleiches gelte für die HWS- und Nackenproblematik. Die Beurteilung von Dr. med. C. _____ sel. werde durch den Operationsbericht und die weiteren Berichte von Dr. med. H. _____ grundsätzlich widerlegt. Es habe nicht nur eine geringgradige Traumatisierung im Sinne einer Weichteilverletzung, sondern eine ernsthafte Verletzung im Bereich der Schulter mit einer Zerrung des Nervenplexus bestanden. Die Sehnenverletzung sei bei der MRI-Untersuchung zu sehen gewesen. Da nach der Schulteroperation immer noch Einschränkungen (auch in den Alltagsfunktionen) bestünden, sei auch hier weder ein Status quo sine noch ein Status quo ante erreicht (act. I 11 S. 2).

3.1.13 Hierzu nahm Dr. med. D. _____ am 5. Dezember 2015 Stellung und kam zum Schluss, dass eine relevante Verletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht stattgefunden habe. Sie hätte sich mit entsprechenden Beschwerden, einem nicht zu übersehenden

Funktionsausfall und in den klinischen Befunden bemerkbar gemacht (Akten der Beschwerdegegnerin [IIA] 1 S. 3). Wie im Alter der Beschwerdeführerin nicht aussergewöhnlich, seien die festgestellten Veränderungen im Schultergelenk mit überwiegender Wahrscheinlichkeit krankhaft-degenerativer Natur (act. IIA 1 S. 4).

3.1.14 Stellung nehmend dazu führte Dr. med. H._____ im Bericht vom 12. Januar 2016 (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 2) aus, dass - in Übereinstimmung mit der von Dr. med. D._____ zitierten Literatur - bei einer vollständigen Ruptur die von Dr. med. D._____ beschriebenen Symptome aufträten (Pseudoparalyse, Funktionsausfall und massiver Schmerz). Bei einer Pulley-Läsion hingegen handle es sich nicht um eine vollständige Rotatorenmanschettenruptur, sondern um eine Bandverletzung mit der Folge einer cranialen, partiellen Subscapularisruptur. Diese Läsionen gingen nicht mit einem Funktionsverlust einher, weshalb die von Dr. med. D._____ angeführte Literatur hier nicht gültig sei. Durch die instabile Bicepssehne, verursacht durch eine Verletzung des Ligamentum glenohumerale superius und der Ligamenta coracohumerale, hätten die Beschwerden mit der Zeit zugenommen. Die von Dr. med. D._____ beschriebenen degenerativen Veränderungen beträfen das Tuberculum majus und die dort ansetzende Supraspinatussehne, welche hier aber überhaupt nicht in Mitleidenschaft gezogen worden sei und keine Relevanz habe (act. IA 2 S. 1). Entgegen den Ausführungen von Dr. med. D._____ hätten sich klinisch die entsprechenden Befunde O'Brien positiv und eine Druckdolenz auf dem Biceps gezeigt. Da vorliegend weder eine eindeutige Erkrankung noch eine eindeutige Degeneration nachgewiesen werden könne, sei die Sehnen- und Bandläsion eine unfallähnliche Körperschädigung (act. IA 2 S. 2).

3.2 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 anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

3.2.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

Soll allerdings ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf

dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469).

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

3.3 Zunächst ist auf die Kritik der Beschwerdeführerin an den von der Beschwerdegegnerin eingeholten Aktengutachten von Dr. med. C._____ sel. vom 17. Juni 2014 und Dr. med. D._____ vom 26. Januar 2015 (act. II 3 S. 10 bis 14, act. II 3 S. 22 bis 24) einzugehen. Soweit die Beschwerdeführerin die besagten Gutachten infolge nicht gewährter Mitwirkungsrechte gemäss BGE 137 V 210 als widerrechtlich einstuft und diese für beweisrechtlich nicht verwertbar hält (vgl. Beschwerde, S. 4 f.), kann ihr nicht gefolgt werden. Das Bundesgericht hat mit BGE 137 V 210 die verfahrensrechtlichen Anforderungen in der Invalidenversicherung im Hinblick auf das Einholen von (externen) Gutachten der MEDAS-Stellen erheblich umgestaltet, insbesondere die Mitwirkungsrechte der Versicherten gestärkt. Die erwähnte Praxisänderung hat die verfahrensrechtlichen Anforderungen bei der Einholung versicherungsinterner Gutachten hingegen unverändert belassen. Entsprechend fällt die Begutachtung durch einen beratenden Arzt der Unfallversicherung resp. die versicherungsinterne Aktenbeurteilung nicht unter den Anwendungsbereich von Art. 44 ATSG (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.2 S. 468 und E. 3.2.2 hiervor). Bei der Abklärung durch versicherungsinterne Fachpersonen resp. bei der versicherungsinternen Begutachtung bestehen keine vorgängige Mitwirkungsrechte, wie sie bei der Einholung eines Gutachtens bei versicherungsexternen Ärzten eingeräumt werden (vgl. BGE 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). Allerdings sind die Gehörsrechte nach Art. 29 Abs. 1 und Abs. 2 BV gewährleistet, die einerseits gewisse Mitwirkungsrechte nach Erstellung des Gutachtens und

vor Erlass der materiellen Endverfügung garantieren (Abs. 2) wie auch andererseits ein gewisses Mass an Unvoreingenommenheit und Unparteilichkeit des Sachverständigen gewährleisten (Abs. 1; vgl. BGE 135 V 465 E. 4.3.2 S. 469 und E. 3.2.2 hiervor). Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt gemäss BGE 135 V 465 immerhin das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 f. S. 469 ff. und E. 3.2.2 hiervor). Die von der versicherten Person aufgelegten Berichte sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärzte wecken. Um allfällig bestehende Zweifel auszuräumen, hat ein Gericht ergänzende Abklärungen vorzunehmen und entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine externe Begutachtung veranlasst (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.6 S. 471 und E. 3.2.2 hiervor). Nach dem Ausgeführten liegt hier somit keine Verletzung der Mitwirkungsrechte gemäss BGE 137 V 210 vor.

Nicht stichhaltig ist weiter der Einwand der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe die für die Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts notwendigen Abklärungen (Einholung der Aktengutachten von Dr. med. C. _____ sel. vom 17. Juni 2014 und Dr. med. D. _____ vom 26. Januar 2015 [act. II 3 S. 10 bis 14, act. II 3 S. 22 bis 24]) ins Einspracheverfahren verschoben (vgl. Beschwerde, S. 5). Das Gutachten von Dr. med. C. _____ sel., erstellt am 17. Juni 2014 (act. II 3 S. 10 bis 14), wurde vor Erlass der Verfügung vom 25. Juni 2014 (act. II 1 S. 23 f.) und somit im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholt. Das weitere Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 26. Januar 2015 (act. II 3 S. 22 bis 24) folgte nach Eingang weiterer medizinischer Unterlagen im Einspracheverfahren (act. II 3 S. 15 bis 21), was nicht zu beanstanden ist resp. geboten war.

3.4 Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 28. Januar 2015 (act. II 1 S. 34 bis 43) massgeblich auf

die Aktengutachten von Dr. med. C. _____ sel. vom 17. Juni 2014 und Dr. med. D. _____ vom 26. Januar 2015 (act. II 3 S. 10 bis 14, act. II 3 S. 22 bis 24) gestützt, wonach - bezüglich der Rückenbeschwerden - der Status quo ante resp. der Status quo sine bei (unfallfremden) altersbedingten degenerativen Veränderungen spätestens sechs Monate nach dem Ereignis vom 10. August 2013 erreicht gewesen sei (act. II 3 S. 10 f., act. II 3 S. 22); zu den Schulterbeschwerden links äusserten sich die beiden Gutachten nicht. Dieser Beurteilung stehen die Einschätzungen von Dr. med. E. _____ vom 20. Mai 2014, 11. Juli 2014 und 10. November 2015 (act. II 3 S. 8 und S. 15 f., act. I 11 S. 2), von Dr. med. H. _____ vom 25. November 2014, 2. September 2015 und 12. Januar 2016 (act. I 4 und 10, act. IA 2 S. 2) sowie von Dr. med. I. _____ vom 25. Februar 2015 (act. I 6) entgegen, wonach die Beschwerdeführerin weiterhin an unfallkausalen Nacken-, Rücken- und Schulterbeschwerden leide und diesbezüglich weder der Status quo sine noch der Status quo ante erreicht sei. Insbesondere ergibt sich aus den medizinischen Akten eine unterschiedliche Einschätzung resp. Interpretation der mittels Arthro-MRI vom 11. September 2014 festgestellten Schulterverletzungen links (act. II 3 S. 18). Während der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin Dr. D. _____ von einer Genese durch Degeneration (act. IIA 1 S. 4) ausgeht, spricht Dr. med. H. _____ von unfallbedingten Verletzungen (act. I 10, act. IA 2 S. 2). Bezüglich der Einschätzung von Dr. med. H. _____ liegt nicht nur eine pauschale Bejahung der Unfallkausalität, sondern eine differenziert begründete Beurteilung vor. Gleiches gilt auch in Bezug auf den Bericht von Dr. med. E. _____ vom 10. November 2015 (act. I 11). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass es sich vorliegend um eine schwierige Kausalitätsbeurteilung sowohl hinsichtlich der Nacken- und Rückenbeschwerden als auch bezüglich der Schulterbeschwerden handelt, bei der verschiedene Faktoren wie Vorzustand (Fibromyalgiesyndrom, LWS-Problematik [act. II 3 S. 2, act. I 11 S. 2]) und Veränderungen an der HWS (Knochenmarksödem [act. II 3 S. 21]) sowie am AC-Gelenk (act. II 3 S. 18) zu berücksichtigen sind. Dies zeigt sich denn auch in den umfangreichen - nach Erlass des angefochtenen Entscheids erstellten - Stellungnahmen des beratenden Arztes Dr. med. D. _____ vom 30. Juni und 5. Dezember 2015 (act. II 3 S. 25 bis 33, act. IIA 1) zu den Argumenten von Dr. med. H. _____. In den mehrseitigen Berichten ist Dr. med. D. _____ auf die verschiedenen

Einwände von Dr. med. H._____ (und auch Dr. med. E._____) eingegangen und hat dargelegt, weshalb die Unfallkausalität seiner Ansicht nach zu verneinen sei. Allerdings hat sich Dr. med. D._____ nicht zur Auffassung von Dr. med. H._____ geäußert, dass sich das Auftreten von Beschwerden nach einer Partialruptur vom Auftreten von Beschwerden nach einer Totalruptur unterscheidet (act. IA 2 S. 1).

Mit Blick auf die gezeigte Ausgangslage ist festzuhalten, dass die fachärztlichen Berichte der Dres. med. E._____, H._____ und I._____ mit Bezug auf die relevante Frage der Kausalität der bestehenden Nacken-, Rücken- und Schulterbeschwerden zumindest geringe Zweifel (vgl. E. 3.2.2 hiervor) an der Schlüssigkeit und Beweiskraft der versicherungsinternen Beurteilungen der Dres. med. C._____ sel. und D._____ zu begründen vermögen. Wegen der divergent beurteilten Fragen ist eine externe medizinische Begutachtung erforderlich (vgl. E. 3.2.2 hiervor und Entscheid des Bundesgerichts vom 26. November 2015, 8C_647/2015, E. 5.1 f.). Zudem ist der Ereignisablauf vom 10. August 2013 abzuklären, geht doch Dr. med. H._____ erstmals im Bericht vom 25. November 2014 (act. I 4) davon aus, die Beschwerdeführerin habe sich reflexartig mit der linken Hand an einer Haltestange festgehalten. Der genaue Ablauf der Ereignisse ist hier jedoch für die Beurteilung der Kausalität entscheidend.

4.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 28. Januar 2015 (act. II 1 S. 34 bis 43) in Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, aufzuheben und die Sache an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, damit diese den Ablauf der Ereignisse vom 10. August 2013 abkläre, ein externes medizinisches Gutachten zur Kausalität der Nacken-, Rücken- und Schulterbeschwerden einhole und anschliessend über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

5.

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

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 30. Juni 2016 macht Rechtsanwalt B._____ ein Honorar von Fr. 8'206.25 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) geltend. Dies erscheint vorliegend als überhöht. Der Parteikostenersatz wird deshalb, unter Berücksichtigung des im Vergleich zu ähnlich gelagerten Fällen gebotenen Aufwandes, ermessensweise auf pauschal Fr. 5'500.-- (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird, soweit darauf einzutreten ist, der angefochtene Einspracheentscheid der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG vom 28. Januar 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 5. Juli 2016)
 - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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