

200 18 103 UV
SCI/TOZ/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Mai 2018

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 11. Januar 2018 (90.06.019373)



Sachverhalt:

A.

Die 1960 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) ist über ihre Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (Mobiliar bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Gemäss Unfallmeldung UVG vom 3. Mai 2016 (Antwortbeilagen der Mobiliar [AB] 2 S. 1 bis 3) stolperte sie am 5. April 2016 beim Joggen auf einem Waldweg über einen aus dem Boden ragenden Stein und stürzte auf beide Hände, das rechte Knie sowie den rechten Ellbogen. Die Mobiliar gewährte im Zusammenhang mit diesem Ereignis zunächst die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen. Nach Beizug verschiedener Arztberichte hielt sie - gestützt auf Aktenbeurteilungen ihrer beratenden Ärzte, Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 19. August 2016 (AB 3 S. 18 f.) und Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 18. November 2016 (AB 3 S. 24 bis 31) - mit Verfügung vom 30. November 2016 (AB 1 S. 26 f.) fest, dass ab dem 1. Juni 2016 keine weiteren Versicherungsleistungen mehr erbracht würden, da die Schulterbeschwerden rechts nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 5. April 2016 zurückgeführt werden könnten. Daran hielt sie auf Einsprache hin (AB 1 S. 33 f., 38 bis 45) mit Entscheidung vom 11. Januar 2018 (AB 1 S. 49 bis 58) fest.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 1. Februar 2018 Beschwerde und beantragt die Aufhebung des ergangenen Verwaltungsaktes sowie der diesem zu Grunde liegenden Verfügung vom 30. November 2016. Der Beschwerdeführerin seien sämtliche Leistungen nach UVG über den 31. Mai 2016 hinaus zu entrichten.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. März 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

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.

1.2 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 11. Januar 2018 (AB 1 S. 49 bis 58), mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einstellung der Versicherungsleistungen auf den 31. Mai 2016 bestätigt hat. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Unfallversicherung über den 31. Mai 2016 hinaus.

Soweit die Beschwerdeführerin die Aufhebung der (dem angefochtenen Einspracheentscheid zu Grunde liegenden) Verfügung vom 30. November 2016 (AB 1 S. 26 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 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

Der Sturz beim Joggen fand am 5. April 2016 statt (AB 2 S. 1 bis 3), womit auf den vorliegenden Fall die bis 31. Dezember 2016 gültig gewesene Rechtslage zur Anwendung gelangt.

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

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

2.3.1 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 Beweismwürdigung 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).

2.3.2 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).

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 gege-

benenfalls 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 (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

3.

3.1 Seitens der Parteien ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin am 5. April 2016 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat. Die Beschwerdegegnerin hat entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Umstritten ist, ob die über den 31. Mai 2016 hinaus geklagten Schulterbeschwerden rechts in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang mit dem besagten Unfall stehen. Die massgeblichen medizinischen Unterlagen zeigen diesbezüglich das folgende Bild:

3.1.1 Die bildgebende Untersuchung (Arthro-MRI) der rechten Schulter vom 21. April 2016 (AB 3 S. 1) zeigte unter anderem einen Humeruskopfhochstand und eine komplette Ruptur der Supraspinatussehne mit Retraktion und Abstand von ca. 2 cm. Der Musculus supraspinatus sei deutlich atroph. Dr. med. E. _____, Facharzt für Radiologie, beurteilte diese Befunde als chronische Rotatorenmanschettenruptur im Bereich der Supraspinatussehne mit Atrophie des Musculus supraspinatus.

3.1.2 Dr. med. F. _____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, leitende Ärztin in der Abteilung Orthopädie des Spitals G. _____, diagnostizierte im Bericht vom 9. Mai 2016 (AB 3 S. 4 f.) eine traumatische mittelgrosse transmurale Ruptur der Supraspinatussehne nach Sturz vom 5. April 2016. Die Beschwerdeführerin sei Musiklehrerin und aktuell zu 100 % arbeitsfähig. Sie nehme keine Analgetika ein und mache keine Physiotherapie. Indiziert sei eine arthroskopische Rekonstruktion (AB 3 S. 5). Die Beschwerdeführerin möchte den operativen Eingriff erst im Juni 2016 durchführen lassen. In der Zwischenzeit werde sie mit Physiotherapie, lokal analgetischen Massnahmen, Schulterzentrierungs- und Stabilisationsübungen sowie Verbesserung des Bewegungsausmasses beginnen (AB 3 S. 4).

Am 7. Juni 2016 führte Dr. med. F._____ eine Schulterarthroskopie mit Bizepssehnenentodese, Rekonstruktion der Supraspinatussehne und subacromialer Dekompression der rechten Schulter durch (AB 3 S. 11).

3.1.3 In der Aktenbeurteilung vom 19. August 2016 (AB 3 S. 18 f.) hielt Dr. med. C._____ als Diagnosen eine Schulterkontusion/-distorsion rechts, eine chronische Ruptur der Supraspinatussehne rechts mit Retraktion und Atrophie der Muskulatur, eine Bicepssehnentendinitis und eine SLAP I Läsion rechts sowie ein Akromion Typ II und eine subakromiale Spornbildung rechts fest (AB 3 S. 19 Ziff. 1). Diese Gesundheitsschäden seien vorbestehend und nicht durch das Unfallereignis verursacht worden (AB 3 S. 19 Ziff. 2). Der Status quo sine sei acht Wochen nach dem Ereignis erreicht gewesen (AB 3 S. 19 Ziff. 4). Die Läsionen, welche zur Operation vom 7. Juni 2016 geführt hätten, hätten bereits vor dem Unfallereignis bestanden. Die zwei Wochen nach dem Unfall durchgeführte MRI-Untersuchung habe eine Retraktion der Sehne und eine Zurückbildung der Muskulatur ergeben. Diese Veränderungen hätten sich nicht innerhalb von zwei Wochen entwickeln können. Folglich stünden die Beschwerden, welche zur Operation vom 7. Juni 2016 geführt hätten, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis (AB 3 S. 18 Ziff. 6).

3.1.4 In ihrer Stellungnahme vom 28. Oktober 2016 (AB 3 S. 21) diagnostizierte Dr. med. F._____ eine traumatische mittelgrosse transmurale Ruptur der Supraspinatussehne und eine SLAP I Läsion der Schulter rechts nach Sturz vom 5. April 2016 mit arthroskopischer Rekonstruktion der Supraspinatussehne (Speed Bridge), mit Bizepssehnenentodese und subacromialer Dekompression der Schulter rechts vom 7. Juni 2016. Die Beschwerdeführerin habe vor dem Sturz keine Einschränkungen in der Schulterbeweglichkeit gehabt und auch nicht über irgendwelche Schmerzen geklagt. Sie habe problemlos joggen und diverse Musikinstrumente (...) spielen können. Der Unfall habe daher aus einem zuvor völlig kompensierten Schultergelenk ohne Beschwerden zu einem dekompenzierten Schultergelenk mit Schmerzen und Funktionsverlust geführt. Ohne dieses Ereignis wäre der operative Eingriff

vom 7. Juni 2016 nicht notwendig gewesen. Klar sei, dass eine 55-jährige Patientin degenerative Veränderungen in der Rotatorenmanschette habe, es sei aber nicht richtig, dass eine Schulterkontusion mit Rotatorenmanschettenruptur acht Wochen nach einem Trauma verheilt sei.

Am 31. Oktober 2016 berichtete die Ärztin, dass seit dem 1. September 2016 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe (AB 3 S. 23).

3.1.5 In der Beurteilung vom 18. November 2016 (AB 3 S. 24 bis 31) führte Dr. med. D. _____ unter Bezugnahme auf fachmedizinische Literatur aus, dass es weder aufgrund des geprellten Ellenbogens noch aufgrund einer Direktkontusion der Schulter durch eine axiale Stauchung zu einer Ruptur der Rotatorenmanschette gekommen sein könne. Neben den biomechanischen Aspekten, welche von allen Autoren in der Fachliteratur übereinstimmend diskutiert würden, müsse zusätzlich darauf hingewiesen werden, dass die Supraspinatussehne bei einer axialen Stauchung des Ellbogengelenks nicht physikalisch belastet worden sei. Ein dehrender, sogenannter exzentrischer Belastungsmechanismus, welcher sich zusätzlich auf den bereits vorgespannten Muskel-Sehnenapparat ausgewirkt haben könnte, fehle mit der Stauchung des Ellenbogens (AB 3 S. 26). Eine sogenannte exzentrische Belastung sei aber *conditio sine qua non* für jede Sehnenruptur. Sie habe vorliegend gefehlt. Damit sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Sehnenruptur unfallbedingt ausgelöst worden sei.

Es stelle sich die Frage, ob es mit dem Sturz zu einer Aktivierung der vorbestehenden degenerativen Schäden gekommen sei. Aus der MRI-Untersuchung vom 21. April 2016 (AB 3 S. 1) ergäben sich hierfür jedoch keine Hinweise. Es habe weder eine Reizung der Bursa subdeltoidea bestanden noch hätten sich Knochenmarksödeme vorgefunden. Auch Ödeme in den rupturierten Sehnenenden hätten nicht vorgelegen. Es bestünden auch keine Anhaltspunkte dafür, dass das AC-Gelenk in irgendeiner Weise kompromittiert worden wäre. Es fehle bildgebend jeglicher Hinweis für eine traumatisch bedingte Aktivierung der degenerativ bedingten Vorschäden. Die bereits erfolgte Retraktion der Sehnenstümpfe sei beweisend dafür, dass es sich, wie vom Radiologen richtig interpretiert worden sei, um eine chronische, seit längerer Zeit bestehende Sehnenruptur gehandelt habe. Es sei als Folge der Ruptur reaktiv zum Humeruskopfhochstand gekom-

men. Die Supraspinatussehne diene als „Abstandhalter“ zwischen dem Humeruskopf und dem Akromion. Fehle bzw. reisse sie, könne der Humeruskopf aufgrund des nun fehlenden Abstandhalters nach oben wandern. Der Humeruskopfhochstand belege deshalb, dass es sich um eine seit langem bestehende Ruptur der Supraspinatussehne handle. Dadurch sei der Muskel deaktiviert worden und stelle sich atroph dar.

Schliesslich hätten die typischen klinischen Zeichen einer unfallbedingten Supraspinatussehnenruptur gefehlt. Zu postulieren sei ein initial erheblicher Funktionsverlust, insbesondere in der Abduktion. Die Beschwerdeführerin unterrichte ... und Mit den dafür notwendigen Bewegungen werde das Schultergelenk bzw. die Rotatorenmanschette permanent beansprucht. Mit einer frischen Supraspinatussehnenruptur und einem damit verbundenen Funktionsverlust in der Abduktion wäre der Unterricht nicht möglich gewesen. Somit sei es nicht zu einer frischen, unfallbedingten Sehnenruptur gekommen. Da im MRI vom 21. April 2016 (AB 3 S. 1) jegliche Hinweise auf einen reaktiven Reizzustand fehlten, müsse bereits zu jenem Zeitpunkt von einem Status quo sine ausgegangen werden.

Mit dem Sturz und Abrollen über die Schulter komme es zu einer Quetschung des Deltamuskels. Dieser führe im Groben die Bewegungen durch, welche die Rotatorenmanschette zentrierend im Feinen durchführe. Trotz der vorbestehenden Ruptur habe die Beschwerdeführerin den Unterricht so durchführen können. Mit der zusätzlichen Quetschung des Deltamuskels und dessen Funktionsverlust sei es zu einer Demaskierung der vorbestehenden Supraspinatussehnenruptur gekommen. Bereits die sechzehn Tage nach dem Ereignis durchgeführte MRI-Untersuchung habe keine Hinweise mehr für quetschungsbedingte Folgen des Deltamuskels ergeben.

Auch unter Berücksichtigung des Berichts von Dr. med. F. _____ vom 28. Oktober 2016 (AB 3 S. 21) ergäben sich keine neuen Aspekte in Bezug auf die dargelegte Kausalität der Schulterbeschwerden. Die Ärztin argumentiere ausschliesslich nach dem Prinzip "post hoc, ergo propter hoc" und berücksichtige die pathophysiologischen Verhältnisse, wie sie bereits Dr. med. C. _____ dargestellt habe, nicht (AB 3 S. 24 f.).

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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. Januar 2018 (AB 1 S. 49 bis 58) massgeblich auf die Aktenbeurteilungen ihrer beratenden Ärzte Dr. med. C. _____ vom 19. August 2016 (AB 3 S. 18 f.) und Dr. med. D. _____ vom 18. November 2016 (AB 3 S. 24 bis 31) gestützt. Diese erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2.1 hiervor). Da die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht vorliegend erfüllt sind (die Akten ergeben ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status, der Untersuchungsbefund liegt lückenlos vor und die beiden Mediziner konnten sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b), schadet es nicht, dass die Ärzte keine eigenen Untersuchungen durchgeführt haben. Nach erfolgtem chirurgischem Eingriff (AB 3 S. 11) wären solche Abklärungen schliesslich auch nicht mehr geeignet gewesen, weitere Erkenntnisse zu gewinnen.

Die Dres. med. C. _____ und D. _____ haben sich in ihren Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere auch auf die bildgebende Untersuchung vom 21. April 2016 (AB 3 S. 1) gestützt. Dr. med. D. _____ hat sich in seinem Bericht zudem eingehend mit den Ausführungen von Dr. med. F. _____ in den Berichten vom 9. Mai, 7. Juni, 28. und 31. Oktober 2016 (AB 3 S. 4 f., 11, 21 und 23) auseinandergesetzt. Die daraus gezogenen Folgerungen und die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind eingehend und, auch in der Darlegung der zu Grunde gelegten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse, überzeugend begründet. Dementsprechend kann auf die Aktenberichte der Dres. med. C. _____ und D. _____ abgestellt werden.

3.3.1 Die Dres. med. C. _____ und D. _____ haben unter Bezugnahme auf die bildgebend erhobenen Befunde vom 21. April 2016 (AB 3 S. 1), welche im Übrigen von der behandelnden Ärztin Dr. med. F. _____ nicht in Frage gestellt wurden, nachvollziehbar und

überzeugend begründet, weshalb die geklagten Schulterbeschwerden rechts spätestens ab dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung (Ende Mai 2016; AB 1 S. 50) nicht mehr auf den Unfall vom 5. April 2016 zurückgeführt werden können. Im MRI vom 21. April 2016 (AB 3 S. 1), mithin bereits sechzehn Tage nach dem Unfallereignis, habe sich schon eine Retraktion der gerissenen Supraspinatussehne von ca. 2 cm und ein Humeruskopfhochstand gezeigt, was klar gegen eine frische Ruptur spricht (vgl. hierzu auch das Urteil des angerufenen Gerichts vom 9. Februar 2018, UV/2017/461, E. 3.5.1). Überzeugend haben sie weiter darauf hingewiesen, es widerspreche ebenso der medizinischen Erfahrung, dass sich innerhalb von gut zwei Wochen eine fortgeschrittene Atrophie der Muskulatur entwickeln kann (AB 3 S. 18 Ziff. 6, S. 19 Ziff. 2 und S. 25; vgl. hierzu auch das Urteil des angerufenen Gerichts vom 23. April 2018, UV/2017/415, E. 3.2.8 und 3.4.3). Die bildgebend bewiesene, erhebliche Retraktion der gerissenen Sehne und die Muskelatrophie belegen, dass die Beschwerdeführerin keine unfallkausale Rotatorenmanschettenruptur erlitten, d.h. die Schulterschädigung bereits vor dem Unfall bestanden hat. Bestand die Verletzung jedoch bereits vorher, ist ein Kausalzusammenhang zum Ereignis sachlogisch ausgeschlossen. Hinzu kommt, dass der geschilderte Unfallmechanismus, wie von Dr. med. D. _____ unter Verweis auf die medizinische Lehre nachvollziehbar dargelegt, gar nicht geeignet gewesen wäre, die ZerreiSSung der Sehne zu bewirken (AB 3 S. 25 f.).

Daran vermögen auch die Einwände der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Wenn Dr. med. F. _____ in ihrem Bericht vom 28. Oktober 2016 (AB 3 S. 21) argumentiert, die Ruptur sei traumatisch bedingt gewesen, weil die Beschwerdeführerin vor dem Ereignis keine Einschränkung und Schmerzen in dieser Schulter gehabt habe, überzeugt dies nicht. Sie beurteilte die Sache nach dem beweisrechtlich unzulässigen Prinzip "post hoc, ergo propter hoc", wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch ein Ereignis verursacht gälte, wenn sie nach diesem aufgetreten ist bzw. symptomatisch wird (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Dementsprechend und aufgrund des Umstandes, dass sich die Ärztin in keinem ihrer Berichte mit den bildgebend erhobenen Befunden vom 21. April 2016 (AB 3 S. 1) - welche der Radiologe

ausdrücklich als *chronische* Ruptur beurteilt hatte - auseinandergesetzt hat, vermögen ihre Berichte keine Zweifel an der Einschätzung der Dres. med. C. _____ und D. _____ zu begründen. Schliesslich kommt auch dem Zeitpunkt, an welchem die Operationsindikation gestellt wurde (9. Mai 2016; AB 3 S. 5), keine Bedeutung zu (vgl. Beschwerde, S. 6 Ziff. 5). Entscheidend für die sich hier stellende Kausalitätsfrage ist vielmehr der zeitnah im MRI-Bericht vom 21. April 2016 erhobene Status (AB 3 S. 1), der den Befund als *chronische* Rotatorenmanschettenruptur im Bereich der Supraspinatussehne mit Atrophie des Musculus supraspinatus bezeichnet. Weiter kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wenn sie vorbringt, die Argumentation von Dr. med. D. _____ sei widersprüchlich, weil es nicht nachvollziehbar sei, dass sie vor dem Unfallereignis mit gerisener Supraspinatussehne hätte ... spielen können, wenn dasselbe Argument gleichzeitig gegen ein Unfallereignis spreche (vgl. Beschwerde, S. 6 Ziff. 5). Dass die Beschwerdeführerin vor dem Unfallereignis ... spielen und dies auch nach dem Ereignis weiter tun konnte und ihr dabei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden musste (AB 3 S. 5), spricht nach der medizinische Lehre gerade dafür, dass der Schulterschaden degenerativ bedingt, d.h. durch chronische Abnutzung entstanden ist (AB 3 S. 25). Dies deshalb, weil bei einer degenerativen, sich bis zur vollständigen Läsion der Sehne entwickelnden Gesundheitsschädigung, anders als bei der traumatischen, die Muskeln fortlaufend den zunehmenden Ausfall kompensieren und die Sehnenläsion so lange ohne Symptome bleiben kann. Dass im vorliegenden Fall eine solche allein degenerative Entwicklung vorliegt, hat Dr. med. D. _____ überzeugend belegt. Daran ändert nichts, dass er auf der Basis der Ausführungen von Dr. med. F. _____ vom 28. Oktober 2016 (AB 3 S. 21) irrtümlicherweise davon ausgegangen ist, der von der Beschwerdeführerin erteilte Musikunterricht umfasse neben dem ... auch das ... (vgl. Beschwerde, S. 4 Ziff. 3).

3.3.2 Da die Beschwerdeführerin keine unfallkausale Rotatorenmanschettenruptur erlitten, sondern sich lediglich eine Schulterkontusion rechts und eine Stauchung des rechten Ellbogens zugezogen hat (AB 3 S. 19 Ziff. 1, S. 21 und 26), bewirkte das Ereignis vom 5. April 2016 bloss eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes, welche spätestens nach acht Wochen ausgeheilt war (AB 3 S. 19 Ziff. 4). Der Vorzustand war damit

spätestens Ende Mai 2016 erreicht gewesen. Die mit der Operation vom 7. Juni 2016 behandelten Schulterschäden rechts sind somit nicht auf das Ereignis vom 5. April 2016 zurückzuführen. Es besteht deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 5. April 2016 und den über den 31. Mai 2016 hinaus geklagten Schulterbeschwerden rechts. Die Beschwerdegegnerin hat die Leistungen zu Recht auf den 31. Mai 2016 eingestellt bzw. einen Anspruch auf weitere Leistungen verneint.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Januar 2018 (AB 1 S. 49 bis 58) ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

4.

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

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):
- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - 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 Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.