



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richterinnen: Dr. iur. Diana Oswald, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Ersatzrichterin lic. iur. Judith Fischer
Gerichtsschreiberin: MLaw Jeannine Suter

URTEIL vom 19. Juli 2023 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2022 29

A. Die 1980 geborene A._____ war bei der B._____ AG als Controllerin beschäftigt und dadurch bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (fortan: Mobiliar) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als sie am 18. Februar 2021 beim Verlassen eines Skilifts unglücklich stürzte, wobei ihr linker Ski im nassen Schnee stecken geblieben sei und sich das linke Knie schmerzhaft verdreht habe (BG-act. 96). Nach Erstkonsultation beim Hausarzt Dr. med. C._____ am 30. April 2021 aufgrund zunehmender Schmerzen (BG-act. 72) meldete die Arbeitgeberin das Ereignis am 5. Mai 2021 der Mobiliar (BG-act. 1). Der Hausarzt überwies die Versicherte an Dr. med. D._____, leitender Arzt Orthopädie, Spital E._____ (BG-act. 70 ff.). Dieser veranlasste eine radiologische Befundung (Befund Dr. med. F._____, leitende Ärztin Radiologie, vom 14. Mai 2021, BG-act. 63 ff.) und nahm am 26. Mai 2021 am linken Knie eine Arthroskopie mit Refixation des medialen Meniskus vor (Operationsbericht vom 26. Mai 2021, BG-act. 22 f.). Die Mobiliar lehnte mit Verfügung vom 4. August 2021 einen Leistungsanspruch ab, da die geklagten Beschwerden ab dem 14. Mai 2021, d.h. ab Datum der MRI-Untersuchung des linken Knies, nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang stünden mit dem Unfallereignis vom 18. Februar 2021, mithin der Status quo sine ab diesem Zeitpunkt als erreicht zu betrachten sei (BG-act. 101 f.). An dieser Auffassung hielt sie mit Einspracheentscheid vom 21. Februar 2022 fest (BG-act. 132 ff.).

B. Hiergegen führt die Versicherte Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Sie verlangt die Aufhebung des Einspracheentscheids der Mobiliar vom 21. Februar 2022 sowie deren Verpflichtung, "für sämtliche bereits entstandenen Kosten sowie für sämtliche im Zusammenhang mit dieser Verletzung noch entstehenden Folgekosten (kurz wie allenfalls langfristig) aufzukommen" (act. 1 S. 2).

C. Die Mobiliar schliesst auf Abweisung der Beschwerde (act. 3).

D. Auf Aufforderung der Referentin vom 5. Dezember 2022 hin (act. 5) nahm die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 30. Dezember 2022 Stellung zur Frage nach Erfüllung der Informationspflicht gegenüber der Versicherten und reichte eine Stellungnahme ihres beratenden Arztes vom 27. Dezember 2022 ein (act. 6; BG-act. A). Die Beschwerdeführerin äusserte sich hierzu am 28. Februar 2023 abschliessend (act. 9).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerdefrist beträgt 30 Tage (Art. 60 ATSG). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG; hier: Kanton Zug, bei Wohnsitz der Beschwerdeführerin in G. _____). Im Kanton Zug beurteilt gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 des Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen (Verwaltungsrechtspflegegesetz, VRG; BGS 162.1) sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) das Verwaltungsgericht als einzige kantonale Instanz Beschwerden auf dem Gebiet der eidgenössischen Sozialversicherung, für die das Bundesrecht eine kantonale Rechtsmittelinstanz vorsieht. Der angefochtene Entscheid datiert vom 21. Februar 2022. Die am 22. März 2022 überbrachte Beschwerde wurde entsprechend rechtzeitig eingereicht. Sie entspricht den formellen Anforderungen. Die Beschwerdeführerin ist direkt betroffen und damit zur Beschwerde legitimiert, die demnach zu prüfen ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) hat die versicherte Person (u.a.) Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Der vorliegende Rechtsstreit dreht sich um die Frage, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für den Meniskusriss der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat.

2.1 Eine Leistungspflicht des Unfallversicherers besteht einerseits bei Unfällen, andererseits bei unfallähnlichen Körperschädigungen (Art. 6 Abs. 1 und 2 UVG; BGE 146 V 51 E. 9.1). Bei Meniskusrissen handelt es sich explizit um Listenverletzungen gemäss (abschliessender) Liste des Art. 6 Abs. 2 lit. c UVG.

2.2 Bei Vorliegen einer diagnostizierten Listenverletzung wird vermutet, dass es sich um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss (vgl. etwa BGer 8C_347/2021 vom 10. November 2021 mit Hinweis). Dieser

wird nach Art. 6 Abs. 2 UVG leistungspflichtig, solange er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die fragliche Verletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 8.2.2.1). Vorausgesetzt ist mithin nicht ein Unfall im Rechtssinn, sondern ein medizinisches Trauma (vgl. etwa André Nabold, in: Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG, 2018, Art. 6 N 45; Irene Hofer, in: Basler Kommentar Unfallversicherungsgesetz, 2019, Art. 6 N 57). Der Unfallversicherer hat im Rahmen seiner Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abzuklären (BGer 8C_347/2021, a.a.O.). Dem Gesetzgeber war es ein Anliegen, mit dieser (2017 in das Gesetz überführten) Bestimmung eine gesetzliche Vermutung aufzustellen und bezüglich der aufgezählten Körperschädigungen zugunsten der Versicherten in der oft schwierigen Abgrenzung zwischen Krankheit und Unfall eine Beweiserleichterung einzuführen (BGE 146 V 51 E. 8.3). Dies betrifft insbesondere auch den Kausalzusammenhang, der gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG näher zu klären ist, hingegen bei Listenverletzungen vermutet wird, sobald ein initial traumatisches Ereignis benannt werden kann (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.3 ff.).

2.3 Im Rahmen des Entlastungsbeweises ist die Frage nach einem initialen, erinnerlichen und benennbaren Ereignis für die Abgrenzung von der Leistungspflicht des Krankenversicherers bedeutsam. Bei der Abgrenzungsfrage (unfallähnlich oder Krankheit/Abnützung) ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Nebst dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten, etwa anhand eines Knie Trauma-Checks (vgl. Schweizerische Ärztezeitung 2016, S. 1742 ff.). Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146 V 51 E. 8.6).

2.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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 Experten be-

gründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung kommt auch den (Akten-)Beurteilungen der beratenden Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Praxisgemäss kommt ihnen aber nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen von beratenden Ärzten oder Ärztinnen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. BGE 137 V 210 E. 1.4; 135 V 465 E. 4.4).

3.

3.1 Es ist grundsätzlich unbestritten, dass mit dem Sturz der Versicherten am 18. Februar 2021 ein traumatisches Geschehen vorliegt, bei dem sich ihr Knie mit fixiertem Unterschenkel verdreht hat. Die Versicherte hat den Geschehensablauf augenscheinlich von Anfang an derart geschildert, sowohl gegenüber dem Unfallversicherer als auch gegenüber dem Hausarzt und dem konsultierten Spezialisten. Letzterer sprach bereits mit erstem Bericht vom 14. Mai 2021 von einem "Knie-Skidistorsionstrauma" (BG-act. 6); weiter ging selbst der beratende Arzt der Unfallversicherung mit Beurteilung vom 17. Mai 2021 von einem Distorsionstrauma aus, wobei er indes fehlende Angaben zum Geschehenshergang monierte und fälschlich davon ausging, es würden aktuelle Verletzungen auf beiden Seiten (statt lediglich am linken Kniegelenk) geltend gemacht (BG-act. 13). Demgegenüber legte die Versicherte dar, sie habe sich das rechte Knie bereits vor elf Jahren – ebenfalls bei einem Skiunfall – beschädigt (etwa: BG-act. 57, 61). Auch mit Bericht vom 3. Juni 2021 gab der beratende Orthopäde an, die Versicherte habe Kniedistorsionen beidseits erlitten sowie auch mediale Meniskusläsionen rechts und links. Weiter bescheinigte er ausdrücklich, es gingen die gesundheitlichen Störungen überwiegend wahrscheinlich oder möglicherweise auf das erwähnte Ereignis im Sinne einer Allein- oder Teilursache zurück (BG-act. 33). Weitere Auskünfte der Versicherten zum Geschehensablauf wurden durch die Versicherung nicht eingeholt. Vielmehr hielt diese mit formloser Mitteilung vom 18. Juni 2021 fest, sie verfüge nun über alle notwendigen Informationen und verneine ihre Leistungspflicht (BG-act. 37). Erst danach holte sie einen Bericht des erstbehandelnden Hausarztes

ein, der eine Kniedistorsion links nach Skiunfall mit Verletzung des Innenmeniskus diagnostizierte (BG-act. 70 ff.), und nahm einen Bericht des operierenden Orthopäden Dr. D._____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie, zu den Akten. Diesem zufolge sei eine degenerative Veränderung des Meniskus weder in den Magnetresonanzbildern zu erkennen noch interoperativ festzustellen gewesen (BG-act. 81). Erstmals Anfang Juli 2021 forderte sodann die Versicherung die Beschwerdeführerin überhaupt dazu auf, nähere Angaben zum Geschehensablauf zu machen (BG-act. 88). Dies tat die Versicherte dann umgehend mit Antwortmail vom 6. Juli 2021, worin sie – übereinstimmend mit den aktenkundigen Arztberichten, wonach sie beim Skifahren eine Kniedistorsion links erlitten habe – schilderte, was folgt:

"Ich war an diesem Tag mit meinen Kindern auf dem T-Bar Lift unterwegs und hatte aufgrund des warmen Wetters und damit verbunden weichen Schnees Schwierigkeiten beim Verlassen des Lifts und viel (sic!) unglücklich. Mein linker Ski blieb dabei im nassen Schnee stecken und mein Knie verdrehte sich mit ihm. Ich fühlte sofort einen starken stechenden Schmerz im Knie. Ich löste meinen Ski vom Schuh damit ich das Bein und damit das Knie wieder normal ausrichten konnte. Ich sass danach einige Minuten im Schnee um abzuwarten, ob sich der Schmerz und das Brennen wieder legen würden. Ich stand danach wieder auf, der Schmerz hatte ein bisschen nachgelassen, war aber immer noch sehr präsent. Ich fuhr langsam die Piste hinunter, glücksicherweise war ich in der Mitte ausgestiegen und konnte ohne grosse Last des linken Knies zur Gondelbahn gelangen. Dort nahm ich die Ski ab und legte das Knie hoch. Etwas später gingen wir nach Hause wo ich ein Eis-Pack benutze (sic!) und Schmerzmittel einnahm" (BG-act. 96).

Mit Blick auf diese nunmehr präzise, widerspruchsfreie und glaubwürdige Angabe der Versicherten (vgl. zum Nachweis durch Glaubhaftmachen etwa Nabold, a.a.O., Art. 6 N 9) ist völlig zu Recht auch durch die Beschwerdegegnerin unbestritten, dass eine Distorsion des Kniegelenks (zu Deutsch: eine Verdrehung) am 18. Februar 2021 stattgefunden hat (vgl. etwa bereits BG-act. 101 f.). In der Tat besteht kein vernünftiger Zweifel daran, dass ein Verdrehen des linken Knies der Beschwerdeführerin mit fixiertem Unterschenkel am 18. Februar 2021 stattgefunden hat.

3.2 Ebenfalls steht fest, dass die Beschwerdeführerin einen Meniskusriss erlitten hat. Umstritten ist lediglich, ob dieser durch das geschilderte Distorsionstrauma oder degenerativ bedingt war, wobei nach dem oben in E. 2.2 f. Dargelegten bei nachgewiesener Lis-

tenverletzung danach zu fragen ist, ob die fragliche Verletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Dass gewisse Abnützungen *auch* festgestellt werden können und möglicherweise für die entstandene Verletzung sogar teilursächlich waren, reicht nicht aus, um die Leistungspflicht der Unfallversicherung zu verneinen (BGE 146 V 51 E. 8.4). Diesbezüglich bestehen hier diametral entgegengesetzte Ansichten des behandelnden (und operierenden) Arztes sowie des Versicherungsgutachters (beide: Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates). Nach dem in E. 2.2 i.f. hiavor Gesagten greift in einem solchen Fall – bei immerhin nachgewiesenem auslösenden Ereignis (vgl. dazu etwa BGer 8C_382/2020 vom 3. Dezember 2020 E. 6) sowie Listenverletzung (vgl. demgegenüber für einen Fall, in dem bereits das Vorliegen einer Listenverletzung durch die Unfallversicherung nicht hinreichend geklärt wurde und mithin die Vermutung auch noch nicht greifen konnte, BGer 8C_347/2021 vom 10. November 2021 E. 4.3.2 und 4.4) die Vermutung der Leistungspflicht des Unfallversicherers.

3.3 Es ist demnach zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Entlastungsbeweis im Sinne des vorstehend in E. 2.3 Ausgeführten erbracht hat. Dabei springt bei der Lektüre der Beurteilung des Versicherungsgutachters ins Auge, dass dieser u.a. davon spricht, beim "Mechanismus eines Skisturzes mit Distorsion des Kniegelenks" handle es sich *nicht* um einen geeigneten Hergang zur Verursachung einer traumatischen Meniskusläsion (BG-act. 119). Dass dies – ganz offensichtlich – falsch ist, belegt indes bereits seine eigene ergänzende Stellungnahme vom 27. Dezember 2022: Darin nennt er als geeigneten Hergang zur Verursachung einer traumatischen Meniskusläsion ein "Drehen des Oberschenkels gegen den Unterschenkel bei fixiertem Fuss,..." und führt aus: "Letztlich kann die isolierte Meniskusverletzung nur durch einen Drehsturz, bei dem eine feste Fixierung des Fusses vorausgesetzt werden muss, realisiert werden. Der Drehsturz setzt damit eine Beugung und Rotation im Knie bei gleichzeitiger Fixierung des Fusses voraus. Dadurch wird der Aussen- bzw. der Innenmeniskus in Abhängigkeit von der Art und der Rotation in eine Stellung gebracht, bei der er dann bei der Streckung eingeklemmt wird. Bei Innenrotation betrifft dies den Aussenmeniskus, bei Aussenrotation den Innenmeniskus". Einen Absatz weiter unten führt er dann zwar – in offenem Widerspruch zum soeben Zitierten – aus, es müssten entsprechende Begleitverletzungen vorliegen, was aber nicht einleuchtet, wenn es um eine *isolierte Meniskusverletzung* geht, also um einen Traumamechanismus, bei dem es ausnahmsweise zu einer isolierten Meniskusschädigung kommen kann (BG-act. A S. 2; vgl. auch Knie Trauma-Check UVG, Schweizerische Ärztezeitung 2016, S. 1742 ff.). Ein solcher Traumamechanismus im Sinne einer heftigen Distorsion bei blo-

ckiertem Fuss, der grundsätzlich geeignet ist, eine isolierte Meniskusverletzung (d.h. ohne Begleitverletzungen) zu provozieren, liegt hier indes nach dem bereits Festgestellten (soeben E. 3.1 f.) vor. Der behandelnde und operierende Facharzt schilderte denn auch in Übereinstimmung damit mit Bericht vom 8. September 2021 eine "eindeutige Quetschung des Meniskus". Aus seiner Sicht lag eine klar traumatische Genese vor, was auch dadurch bestätigt werde, dass im MRT keine wesentlichen degenerativen Veränderungen ersichtlich gewesen seien und die Patientin im linken Knie erst seit dem Unfall Beschwerden verspürt habe, die nach der Operation wieder verschwunden seien (BG-act. 113).

3.4 In Würdigung der Aktenlage vermag das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Aktengutachten des Dr. H. _____ vom 31. Oktober 2021 (BG-act. 124) samt ergänzender Stellungnahme vom 27. Dezember 2022 (BG-act. A) nicht den Beweis dafür zu erbringen, dass die ausgewiesene Listenverletzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen wäre (BGE 146 V 51 E. 8.6). Der Versicherungsgutachter weist zwar zu Recht darauf hin, dass ein sogenannter "post hoc ergo propter hoc" (zu Deutsch: danach, also deswegen) Schluss unzulässig wäre (etwa: BGE 119 V 335 E. 2b/b). Ein solcher wurde hier aber auch gar nicht gezogen. Vielmehr liegt hier unbestritten ein traumatisches Geschehen vor, wie es grundsätzlich geeignet ist, Verletzungen der hier stattgehabten Art zu verursachen. Lediglich im Sinne eines zusätzlichen Indizes, aber mitnichten einer alleinstehenden Begründung, verwies nämlich der behandelnde Orthopäde mit Bericht vom 8. September 2021 (BG-act. 113) darauf, die Patientin habe Schmerzen am linken Knie erst ab dem Trauma vom 18. Februar 2021 verspürt und sei am 6. September 2021, mithin wenige Monate nach erfolgter Operation, wieder beschwerdefrei gewesen, was *auch* eher gegen eine degenerative Veränderung spreche, zumal die Versicherte noch jung sei und der radiologische Befund vom 14. Mai 2021 nur leichte bis mässige, beginnende, degenerative Veränderungen gezeigt habe, wobei ein Meniskuseinriss noch nicht abgrenzbar sei, jedoch am Hinterhorn möglicherweise beginne (BG-act. 64). Daran ändert auch der ähnliche Zustand des rechten Knies nichts, zumal die Versicherte darlegt, dass sie an diesem elf Jahre zuvor einen ähnlichen Skiunfall erlitten habe.

Zusammenfassend steht zwar hier tatsächlich nicht mit letzter Sicherheit fest, ob der von der Versicherten erlittene Meniskusriss *allein* durch ihren Sturz entstanden ist oder (auch) degenerativ bedingt ist. Allgemeinnotorisch liegen denn auch bei den in Art. 6 Abs. 2 UVG aufgezählten Gesundheitsschäden praktisch immer auch krankheits- und/oder degenerative (Teil-) Ursachen vor (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.4 mit Hinweisen). Genau deshalb wurde

denn auch die Beweiserleichterung zugunsten der Versicherten eingeführt (vgl. oben E. 2.2). Insgesamt liegen hier jedoch angesichts des konsistent geschilderten traumatischen Geschehensablaufs mit unmittelbar auftretenden Schmerzen (wobei die Versicherte indes – ebenfalls verständlich – zunächst abwartete, ob diese von selbst wieder abklingen würden), des noch jungen Alters der Versicherten, deren Schmerzfreiheit vor dem Sturz ebenso wie nach erfolgter Operation und der links lediglich geringfügigen degenerativen Veränderungen als Vorzustand erheblich mehr Indikatoren für eine (überwiegend) traumatische Pathogenese des fraglichen Meniskusrisses vor als für eine degenerativ oder krankhaft bedingte Läsion (vgl. zum Gegenbeweis etwa Hofer, a.a.O., Art. 6 N 58 i.f. mit Hinweisen). Damit hat es hier bei der vermuteten Leistungspflicht der Unfallversicherung sein Bewenden.

4. Die Beschwerde ist nach dem Gesagten gutzuheissen. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 21. Februar 2022 ist aufzuheben und es ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin als Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung für das Ski-Distorsionstrauma vom 18. Februar 2021 festzustellen. Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der konkrete Leistungsanspruch (d.h. die konkrete Kostenübernahme medizinischer Leistungen). Darüber hat die Versicherung im angefochtenen Entscheid keine Feststellungen getroffen. Sollte diesbezüglich etwas strittig sein bzw. die Versicherung die geltend gemachten Kosten nicht formlos anerkennen, wird sie darüber separat zu verfügen haben. Nicht Gegenstand des aktuellen Verfahrens ist weiter eine allfällige Leistungspflicht aus Zusatzversicherung. Weiterungen dazu erübrigen sich demnach. Bei diesem Verfahrensausgang besteht weiter auch kein Anlass, auf die Folgen der Versäumnisse der Beschwerdegegnerin bei der (zeitnahen, insbesondere prä-operativen) Sachverhaltsaufklärung (Art. 43 ATSG) sowie bei der Aufklärung und Beratung der Versicherten (Art. 27 ATSG) einzugehen.

5. Bei sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (Art. 61 lit. ^{fbis} ATSG). Eine solche Kostenpflicht ist im Bereich der Unfallversicherung nicht vorgesehen, so dass das Verfahren für die Parteien kostenlos ist. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG ist weder der obsiegenden, aber unvertretenen, Beschwerdeführerin noch der unterliegenden Sozialversicherungsträgerin eine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen. Der Einspracheentscheid der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG vom 21. Februar 2022 wird aufgehoben und es wird deren Leistungspflicht als UVG-Versicherungsträgerin für das Ski-Distorsionstrauma vom 18. Februar 2021 festgestellt.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Parteientschädigungen werden nicht zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Beschwerdeführerin (mit ausführlicher Rechtsmittelbelehrung), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 19. Juli 2023

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Die Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am