

200 13 784 UV und  
200 13 820 UV (2)  
SCJ/IMD/KRK

## Verwaltungsgericht des Kantons Bern

Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Juni 2014

Verwaltungsrichter Scheidegger, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Imhasly

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführer 1

C. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin 2

gegen

**Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG**  
Litigation Hauptbranchen, Postfach, 8085 Zürich  
Beschwerdegegnerin

**Sympany Versicherungen AG**  
Peter Merian-Weg 4, 4002 Basel  
Beigeladene

betreffend Einspracheentscheid vom 16. Juli 2013



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1985 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer 1) war bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend Zürich bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er sich gemäss Schadenmeldung UVG vom 14. März 2012 (Akten der Zürich [act. II] Z 1) am 25. Februar 2012 beim Fussballspielen eine Verdrehung/Verstauchung des linken Knies zuzog. Im Bericht des behandelnden Arztes vom 2. März 2012 (Akten der Zürich [act. IIA] ZM 4) wurde eine chronische mediale Seitenbandinsuffizienz des linken Kniegelenks mit Affektion des medialen Meniskusaufhängeapparats diagnostiziert. Am 24. April 2012 erfolgte ein operativer Eingriff im linken Knie (diagnostische Kniearthroskopie mit Narbenresektion, offene mediale Seitenbandrekonstruktion; act. IIA ZM 6).

Nachdem die Zürich zunächst die gesetzlichen Leistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld erbracht hatte (act. II Z 3, Z 7), teilte sie dem Versicherten nach Rücksprache mit ihrem beratenden Arzt (act. IIA ZM 9) mit Schreiben vom 29. August 2012 mit, sie sei für die behandlungsbedürftigen Kniegelenksbeschwerden ab dem 27. Februar 2012 nur vorübergehend leistungspflichtig. Aufgrund des dokumentierten Vorzustandes am medialen Seitenband sei der status quo ante per 23. April 2012 erreicht (act. II Z 16). Am 3. Januar 2013 verfügte die Zürich entsprechend (act. II Z 35). Dagegen erhoben der Versicherte und sein Krankenversicherer, die C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend C.\_\_\_\_\_ bzw. Beschwerdegeföhlerin 2), Einsprache (act. II Z 37, 39). Mit Entscheid vom 16. Juli 2013 wies die Zürich die Einsprachen ab (act. II Z 45).

### **B.**

Hiergegen erhoben der Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Sozialversicherungsfachmann mit eidg. Fachausweis (Verfahren UV/2013/784), und die C.\_\_\_\_\_ (Verfahren UV/2013/820) mit Eingaben vom 11. bzw.

16. September 2013 Beschwerde. Beide beantragen sinngemäss, es sei der Einspracheentscheid vom 16. Juli 2013 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihre Leistungen über den 23. April 2012 hinaus zu erbringen. Im Weiteren ersucht der Versicherte um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Mit prozessleitender Verfügung vom 17. September 2013 vereinigte der Instruktionsrichter die beiden Verfahren UV/2013/784 und UV/2013/820.

Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 18. November 2013 die Abweisung der Beschwerde.

Der Instruktionsrichter stellte die Beschwerdeantwort den beschwerdeführenden Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 5. Februar 2014 zu und lud gleichzeitig die Sympany Versicherungen AG (nachfolgend Sympany bzw. Beigeladene) zum Verfahren bei. Diese nahm mit Eingabe vom 20. Februar 2014 Stellung zum Verfahren.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide.

Der Beschwerdeführer 1 ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG).

Die Beschwerdeführerin 2 ist als Krankenversicherer des Beschwerdeführers 1, deren Leistungspflicht durch den angefochtenen Einspracheentscheid vom 16. Juli 2013 berührt ist, ebenfalls zur Beschwerde legitimiert (Art. 49 Abs. 4 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 VRPG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerden einzutreten.

**1.2** Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 16. Juli 2013 (act. II Z 45). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung und in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht per 23. April 2012 abgeschlossen hat.

**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 über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [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**

**2.2.1** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt weiter 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).

**2.2.2** 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).

**2.2.3** 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).

**2.3** 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 Vorzustan-

des auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine) erreicht ist (SVR 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** Um über den Leistungsanspruch entscheiden zu können, 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. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99).

**2.5** 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).

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).

**2.6** 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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHJ 2001 S. 113 E. 3a).

### **3.**

Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Folgen des Unfallereignisses vom 25. Februar 2012 über den 23. April 2012 hinaus. Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass der Beschwerdeführer 1 am 25. Februar 2012 (act. II Z 1) einen Unfall im Rechtsinn erlitten hat und danach unfallkausale Beschwerden im linken Knie aufgetreten sind. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht. Ebenso unbestritten und belegt ist, dass sich der Beschwerdeführer 1 bereits früher – zuletzt am 23. Juli 2011 (act.

IIA Vorzustandsakten) – Verletzungen am linken Knie zugezogen hatte. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ab dem 24. April 2012 entfällt damit erst dann, wenn ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Unfall vom 25. Februar 2012 und den ab dem 24. April 2012 behandelten Kniebeschwerden links nicht nur möglicherweise, sondern überwiegend wahrscheinlich nicht mehr gegeben ist, wofür die Beweislast bei der Beschwerdegegnerin liegt (vgl. E. 2.3 hiervor).

**3.1** Den Akten lässt sich bezüglich des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**3.1.1** Im Befundbericht vom 1. Oktober 2002 (act. IIA Vorzustandsakten) wurde auf eine Knochenkontusion im Bereich des lateralen Femurkondyls hingewiesen. Die Verdickung und die Signalalterationen im Bereich des medialen Seitenbandes seien vereinbar mit einem Zustand nach Zerrung. Es läge kein Hinweis auf eine Meniskusruptur vor. Die Kreuzbänder seien intakt, es finde sich wenig Gelenkserguss.

**3.1.2** Im Bericht des Spitals D. \_\_\_\_\_ vom 26. Juli 2011 (act. IIA Vorzustandsakten) wurde festgehalten, der Patient habe sich am Samstag (23. Juli 2011) beim Fussballspielen eine Kniedistorsion links zugezogen. Aktuell beklage er unter der Belastung des Arbeitsalltages einen stechenden Schmerz lateralseits des linken Kniegelenks. Es fände sich kein sichtbarer Erguss, keine Rötung, keine Schwellung und keine Überwärmung. Es bestehe Druckdolenz im Bereich des lateralen Gelenkspalts und eine relative Insuffizienz des medialen Kollateralbandes. Das Kreuzband weise einen satten Anschlag auf, der Lachman-Test sei negativ. Im hinteren Meniskushorn lateral fänden sich fragliche Meniskuszeichen.

**3.1.3** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte im Bericht vom 27. Februar 2012 (act. IIA ZM 2) einen Status nach Kniegelenksdistorsion links vom 25. Februar 2012 beim Fussballspiel, einen Status nach Kniegelenksdistorsion links im März (richtig: Juli) 2011 mit medialer Seitenbandzerrung sowie einen Status nach Distorsion mit Schwellung und Schmerzzuständen im Kniegelenk links zirka 2003. Bezüglich der Befunde hielt er fest, im linken Kniegelenk fände sich ein leichter Erguss. Es beste-

he Druckdolenz auf Höhe des Gelenkspalts medial und ein deutlich positives Meniskuszeichen medialseitig. Es liege eine mediale Seitenbandinsuffizienz mit deutlicher Aufklappbarkeit in Streckung und 20° Flexion von 2+ vor. Lateral und in der AP-Translation fänden sich stabile Verhältnisse. Die Beweglichkeit sei ordentlich.

**3.1.4** Im Bericht vom 2. März 2012 (act. IIA ZM 4) führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aus, im MRI vom 28. Februar 2012 (act. IIA ZM 3) hätten sich ein bone bruise lateral femoral, eine mediale Kollateralbandzerrung Grad I, ein zentral alter Spalt im distalen vorderen Kreuzband sowie ein mässiger Gelenkserguss, jedoch kein Nachweis einer Meniskusläsion gezeigt. Er hielt fest, es lägen zwei Probleme vor: Einerseits bestehe ein chronisches Problem im Bereich des medialen Seitenbandes. Dort sei eine deutliche Elastizität vorhanden. Eine frische Beteiligung lasse sich im aktuellen MRI aber weniger nachweisen. Andererseits sei der mediale Meniskusaufhängeapparat deutlich affektiert, was im MRI gut sichtbar sei. Auch diese Verletzung sei wahrscheinlich älteren Datums.

**3.1.5** Am 24. April 2012 führte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine diagnostische Kniearthroskopie mit Narbenresektion und eine offene Rekonstruktion des medialen Seitenbandes durch (Bericht vom 30. April 2012; act. IIA ZM 6).

**3.1.6** In der medizinischen Beurteilung vom 17. August 2012 (act. IIA ZM 9) führte der die Beschwerdegegnerin beratende Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, aus, der Versicherte habe überwiegend wahrscheinlich eine vorbestehende Insuffizienz des medialen Seitenbandes im linken Kniegelenk. Aufgrund der im Anschluss an das Ereignis vom 25. Februar 2012 erhobenen Befunde lägen keine frischen traumatischen Läsionen am Bandapparat vor, weshalb die Beschwerdegegnerin für die behandlungsbedürftigen Kniegelenksbeschwerden ab dem 27. Februar 2012 nur vorübergehend leistungspflichtig sei. Das heisse, der status quo ante sei per 23. April 2012 einzuwenden, darüber hinaus sei aufgrund des dokumentierten Vorzustandes am medialen Seitenband der Vorversicherer leistungspflichtig.

**3.1.7** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hielt im Schreiben vom 12. September 2012 (act. IIA ZM 10) fest, dass Kniegelenks-Binnenverletzungen und Verletzun-

gen der Bänder häufig mehrzeitig geschähen. Oftmals komme es durch ein banales initiales Trauma zu einer Grenzbelastung. Die Bänder müssten da noch nicht rupturiert oder so geschädigt sein, dass funktionelle Einbussen hervorgerufen werden könnten. Häufig komme es erst bei einem weiteren Trauma zu einer Dekompensation der Situation. Mediale Seitenbandzerrungen würden in der Regel konservativ behandelt, wie im Sommer 2011 geschehen. Erst durch das zweite Trauma vom 25. Februar 2012 sei es zu einer Dekompensation des medialen Seitenbandes gekommen. Dies habe dann die Indikation hervorgerufen, das Band operativ zu sanieren.

**3.1.8** Der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin 2, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, schloss sich im Bericht vom 9. Januar 2013 (Akten der Beschwerdeführerin 2 [act. I] 6) der Meinung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ an, wonach der Unfall vom 25. Februar 2012 zur Dekompensation der medialen Seitenbandzerrung vom Sommer 2011 geführt habe. Anhand des Verlaufes und vor allem aufgrund der erst nach dem Zweitunfall nachweisbaren deutlichen Instabilitätszeichen des medialen Kollateralbandapparates, die mit konservativen Massnahmen nicht mehr, wie nach dem Erstunfall vom Sommer 2011 hätten behoben werden können, könne dem Zweitunfall vom Februar 2012 eindeutig eine richtunggebende Verschlechterung angelastet werden, deren Behandlung erst nach dem Abschluss der gesamten operativen Massnahmen und nicht, wie von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ postuliert, schon am 23. April 2012 hätte abgesetzt werden können. Auch das im MRI vom 28. Februar 2012 (act. IIA ZM 3) nachgewiesene Ödem des medialen Kollateralbandes und die femoro-lateral korrelierenden bone bruise Veränderungen hätten frische Verletzungen als Folge des Zweitunfalls vom Februar 2012 bestätigt, womit der status quo ante am 23. April 2012 noch nicht eingetreten sein könne.

**3.2** Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der Verfügung vom 3. Januar 2013 (act. II Z 35) bzw. des Einspracheentscheids vom 16. Juli 2013 (act. II Z 45) auf die Beurteilung von Dr. med. Burkart vom 17. August 2012 (act. IIA ZM 9). Dessen Einschätzung, wonach aufgrund des Fehlens frischer traumatischer Läsionen am Bandapparat die Beschwerdegegnerin für die behandlungsbedürftigen Kniegelenksbeschwerden nur vorüberge-

hend leistungspflichtig und der status quo ante per 23. April 2012 erreicht gewesen sei, vermag nicht zu überzeugen. Obschon Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 2. März 2012 (act. IIA ZM 4) keine frische Läsion des medialen Seitenbandes links feststellen konnte, hat er eine solche auch nicht ausgeschlossen ("Eine frische Beteiligung lässt sich jetzt im aktuellen MRI aber *weniger* nachweisen."). Immerhin konnte jedoch aufgrund des durchgeführten MRI (act. IIA ZM 3) eine mediale Kollateralbandzerrung Grad I diagnostiziert werden. Hinzu kommt, dass dabei auch ein bone bruise festgestellt werden konnte, mithin eine Beeinträchtigung des linken Knies von einer gewissen Intensität durch den Unfall vom 25. Februar 2012 offensichtlich ist.

Die Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ gehen übereinstimmend davon aus, dass der Unfall vom 25. Februar 2012 die Dekompensation einer vorbestehenden Insuffizienz des medialen Seitenbands zur Folge hatte, die nicht mehr konservativ habe behandelt werden können, sondern eine operative Rekonstruktion erforderlich gemacht habe. Zwar kann der Einschätzung der beiden Ärzte, die Insuffizienz des medialen Seitenbands sei auf den Unfall vom 23. Juli 2011 zurückzuführen, mit Blick auf das heutige Urteil im parallel geführten Verfahren UV/2013/785, wonach es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anlässlich des Unfalls vom 23. Juli 2011 nicht zu einer Schädigung des medialen Seitenbands gekommen ist (vgl. E. 3.2 des erwähnten Urteils), nicht gefolgt werden. Hierauf kommt es vorliegend jedoch nicht entscheidend an, ist doch aufgrund der Akten erstellt – und unter den Parteien denn auch unbestritten –, dass eine bereits vor dem Unfall vom 25. Februar 2012 bestehende Schädigung am fraglichen Seitenband zumindest seit dem Jahr 2002 ausgewiesen ist (vgl. E. 3.1.1 und 3.1.2 hiervor; Beschwerdeantwort S. 4 Ziff. 3b.). Unabhängig davon, wann und wie oft eine vorgängige Schädigung erfolgte, ist die Schlussfolgerung der beiden Ärzte hinsichtlich der durch ein erneutes Trauma hervorgerufenen Dekompensation eines Vorzustands durchaus schlüssig und nachvollziehbar begründet. Damit zielt der Einwand der Beschwerdegegnerin, diese Berichte seien aufgrund der unvollständig erhobenen Anamnese nicht beweiskräftig (Beschwerdeantwort S. 3 f. Ziff. 5 f.), ins Leere.

Aus dem Vorbringen, die von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ postulierte richtunggebende Verschlimmerung sei nicht röntgenologisch ausgewiesen, wie dies die – von ihr nicht näher präzierte – Rechtsprechung verlange (Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 5), kann die Beschwerdegegnerin nichts für sich ableiten, bezieht sich diese Rechtsprechung doch auf posttraumatische Lumbalgien und Lumboischialgien bzw. Diskushernien und nicht auf Bänderverletzungen (vgl. SVR 2009 UV Nr. 1 S. 2 E. 2.3.1 und 2.3.2).

**3.3** Insgesamt vermag es die Beschwerdegegnerin nicht, unter Berufung auf die Beurteilung von Dr. med. Burkart mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzulegen, dass die natürliche Kausalität zwischen dem Ereignis vom 25. Februar 2012 und den vom Beschwerdeführer 1 geklagten Beschwerden per 23. April 2012 weggefallen ist. Die blossе Möglichkeit deren Wegfalls zu diesem Zeitpunkt genügt nicht (vgl. E. 2.3 hiervor).

Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die von der Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort beantragte Beiladung der AXA Versicherungen AG.

**3.4** Nach dem Dargelegten sind die Beschwerden gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. Juli 2013 (act. II Z 45) ist aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer 1 die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Ereignisses vom 25. Februar 2012 auch über den 23. April 2012 hinaus zu erbringen.

#### **4.**

**4.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

#### **4.2**

**4.2.1** Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Parteientschädigung an den nicht anwaltlich vertretenen Be-

schwerdeführer 1 wird ermessensweise und pauschal festgesetzt auf Fr. 300.--.

**4.2.2** Art. 61 lit. g ATSG schliesst die Zusprechung einer Prozessentschädigung an den Sozialversicherungsträger im kantonalen Verfahren grundsätzlich aus. Der Wendung "obsiegende Beschwerde führende Person" liegt die gesetzgeberische Absicht zu Grunde, den Sozialversicherern keinen Anspruch auf Parteientschädigung einzuräumen (BGE 128 V 124 E. 5b S. 133). Es besteht demnach kein Anspruch auf Parteientschädigung für die Beschwerdeführerin 2.

**4.3** Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gegenstandslos geworden und als erledigt abzuschreiben.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. In Gutheissung der Beschwerden wird der angefochtene Einspracheentscheid der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG vom 16. Juli 2013 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Ereignisses vom 25. Februar 2012 im Sinne der Erwägungen auch über den 23. April 2012 hinaus zu erbringen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer 1 die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 300.--, zu ersetzen. Der Beschwerdeführerin 2 wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird als erledigt abgeschrieben.

5. Zu eröffnen (R):
- B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - C. \_\_\_\_\_
  - Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
  - Sympany Versicherungen AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**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.