

200 16 1202 UV
FUR/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil der Einzelrichterin vom 8. Februar 2018

Verwaltungsrichterin Fuhrer
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

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

C. _____
Beigeladene

betreffend Einspracheentscheid vom 4. November 2016



Sachverhalt:

A.

Der 1991 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der C._____ obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert, als er am 8. Februar 2009 beim Fussballspielen einen Tritt in die rechte Kniescheibe erhalten hatte (Akten der C._____, Allgemeine Korrespondenz [act. III] K1). Die C._____ erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Nachdem am 24. April 2009 am rechten Knie eine Operation durchgeführt worden war (Medizinische Akten der C._____ [act. III] M5), schloss der operierende Chirurg am 23. März 2010 die Behandlung ab (act. III M11). Wegen erneut aufgetretener Beschwerden im rechten Knie erfolgte am 20. August 2012 eine weitere Knieoperation rechts (act. III M18), für deren Kosten die C._____ aufkam. Der operierende Chirurg schloss die Behandlung am 2. April 2013 ab (act. III M25).

B.

Am 28. Juli 2015 erlitt der Versicherte erneut beim Fussballspielen einen Unfall, ein Gegner foulte ihn direkt ins rechte Knie. Zu diesem Zeitpunkt war der Versicherte über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG (nachfolgend: Mobiliar) obligatorisch gegen Berufs- und Nichtberufsunfälle sowie Berufskrankheiten versichert (Akten der Mobiliar [act. II/2] 1 - 3).

Mit Schreiben vom 20. November 2015 (Akten der Mobiliar, Korrespondenz [act. II/1] K5 f.) teilte die Mobiliar dem Versicherten mit, zusammenfassend müsse davon ausgegangen werden, dass die Beschwerden am rechten Knie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Juli 2015 stünden. Entgegenkommenderweise würden die Konsultation sowie die Kosten für das MRI vom 4. August 2015 im Spital D._____ übernommen. Ein Anspruch auf weitere Versicherungs-

leistungen werde abgelehnt. Auf Verlangen des Versicherten hin erliess die Mobiliar diesen Entscheid am 16. Dezember 2015 in Form einer Verfügung (act. II/1 K10 - K12). Dagegen erhoben der Versicherte sowie seine Krankenversicherung, die E. _____, Einsprache (act. II/1 K14, K21 - K23).

In der Folge holte die Mobiliar die Akten der C. _____ zum Unfallereignis vom 8. Februar 2009 ein (act. II/1 K69; Akten der C. _____ in den Akten der Mobiliar [act. II/4] 1 - 177) und liess durch Dr. med. F. _____, Facharzt für Chirurgie, ein Aktengutachten erstellen, welches am 24. Oktober 2016 erstattet wurde (Medizinische Akten der Mobiliar [act. II/3] M26 - M31).

Daraufhin hiess die Mobiliar die Einsprachen mit Einspracheentscheid vom 4. November 2016 (act. II/1 K88 - K99) insofern teilweise gut, als dass ein Leistungsanspruch aus der obligatorischen Unfallversicherung bis zum 8. September 2015 bestehe (Terminierung Status quo sine vel ante sechs Wochen nach dem Ereignis vom 28. Juli 2015). Zudem werde die Untersuchung des Versicherten vom 15. September 2015 bei Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zusätzlich durch die Mobiliar übernommen.

C.

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 7. Dezember 2016 Beschwerde. Er beantragt, unter Aufhebung des angefochtenen Entscheides seien ihm die gesetzlichen Leistungen gemäss dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zu erbringen, eventualiter seien weitere Abklärungen vorzunehmen und es sei erneut über die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen nach UVG zu entscheiden, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Eingabe vom 16. Dezember 2016 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. G. _____ vom 9. Dezember 2016 (act. II/3 M32 f.) ein und bestätigte die in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren. Diese Eingabe samt Beilage wurde der Beschwerdegegnerin mit prozessleitender

Verfügung vom 19. Dezember 2016 zur Berücksichtigung in der Beschwerdeantwort zugestellt.

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie unter anderem ein weiteres Aktengutachten von Dr. med. F. _____ vom 11. Januar 2017 (act. II/3 M34 - M36) einreicht.

Mit Stellungnahme vom 26. Januar 2017 beantragt der Beschwerdeführer, es sei die C. _____ im vorliegenden Beschwerdeverfahren als weitere Prozesspartei beizuladen.

Am 31. Januar 2017 forderte die Instruktionsrichterin bei der C. _____ die Unfallakten im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 8. Februar 2009 an, welche am 3. Februar 2017 beim Gericht eingingen.

Mit prozessleitender Verfügung vom 8. Februar 2017 lud die Instruktionsrichterin die C. _____ (nachfolgend: Beigeladene) zum Verfahren bei und gab ihr Gelegenheit zur Stellungnahme.

Mit Eingabe vom 8. März 2017 beantragt die Beigeladene unter Beilage verschiedener medizinischer Unterlagen, die Beschwerde vom 7. Dezember 2016 sei insoweit gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben sei und die Beschwerdegegnerin die gesetzlichen Leistungen nach UVG an den Beschwerdeführer zu erbringen habe.

Mit Replik vom 25. April 2017 bestätigt der Beschwerdeführer die bisher gestellten Rechtsbegehren.

Mit Duplik vom 13. Juni 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin weiterhin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie gleichzeitig ein weiteres Aktengutachten von Dr. med. F. _____ vom 31. Mai 2017 einreicht (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIa] 1). Beides wurde den Parteien mit prozessleitender Verfügung vom 14. Juni 2017 zur Kenntnisnahme zugestellt.

Erwägungen:

1.

1.1 In formeller Hinsicht ist einleitend festzuhalten, dass die Parteien im bisherigen Verfahren verschiedentlich die Problematik eines negativen Kompetenzkonflikts thematisiert haben. Art. 78a UVG sieht eine bundesamtliche Verfügungszuständigkeit für geldwerte Streitigkeiten zwischen Unfallversicherern vor; diese kommt dort zum Zug, wo ein Unfallversicherer, der gegenüber dem anderen Unfallversicherer keine Weisungsbefugnis besitzt, das Bundesamt für Gesundheit anruft, damit dieses über die streitige Zuständigkeit entscheide. Dieser Rechtsweg steht namentlich dann offen, wenn ein negativer Kompetenzkonflikt zwischen zwei Versicherern über die Leistungspflicht bezüglich eines Schadensereignisses vorliegt oder wenn ein Versicherer von einem anderen Versicherer Rückerstattung von gegenüber dem Versicherten erbrachten Leistungen verlangt (BGE 127 V 176 E. 4d S. 181).

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Juli 2015 ihre Leistungspflicht sechs Wochen nach dem Ereignis bzw. per 8. September 2015 eingestellt, wobei sie zusätzlich noch die Kosten für die Untersuchung bei Dr. med. G. _____ vom 15. September 2015 übernimmt (act. II/1 K88). Dabei geht sie davon aus (Replik, S. 5), dass für die aktuelle Knieproblematik rechts einzig der erhebliche Vorzustand verantwortlich sei. Die Beigeladene ihrerseits geht davon aus, dass die Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Juli 2015 auch über den 8. September 2015 hinaus die gesetzlichen Versicherungsleistungen an den Beschwerdeführer zu erbringen hat (Stellungnahme der Beigeladenen vom 8. März 2017, S. 2 [im Gerichtsossier]). Da die Beigeladene nicht Leistungen im eigenen Namen, sondern zu Gunsten des Beschwerdeführers geltend macht, kommt Art. 78a UVG hier nicht zur Anwendung (BGE 127 V 176 E. 4d S. 181; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 27. August 2008, 8C_606/2007, E. 10). Die Beschwerdegegnerin war in jedem Fall befugt, gegenüber dem Beschwerdeführer eine leistungsverweigernde Verfügung mit Hinweis auf die fehlende Zuständigkeit sechs Wochen nach dem

fraglichen Ereignis zu erlassen (BGE 125 V 324 E. 1b S. 327; vgl. auch BGer 8C_606/2007, Sachverhalt lit. A., E. 9.1 und 9.2). Dass die Verfügung vom 16. Dezember 2015 (act. II/1 K11 f.) und der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. November 2016 (act. II/1 K88 - K99) der Beigeladenen entgegen den rechtsprechungsgemässen Vorgaben (BGE 125 V 324 E. 1b S. 327) nicht eröffnet wurde, schadet nicht, da die Beigeladene mit der Teilnahme am vorliegenden Beschwerdeverfahren ihre Rechte wahren kann.

1.2 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. Der Beschwerdeführer 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 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 einzutreten.

1.3 Angefochten ist der Einspracheentscheid vom 4. November 2016 (act. II/1 K88 - K99), mit welchem die Einsprache gegen die Verfügung vom 16. Dezember 2015 (act. II/1 K11 f.) abgewiesen wurde. Streitig und zu prüfen ist, ob die am rechten Knie geklagten Beschwerden spätestens sechs Wochen nach dem Unfall vom 28. Juli 2015 nicht mehr unfallkausal waren.

1.4 Umstritten ist die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 8. bzw. 15. September 2015 hinaus (act. II/1 K88) bzw. die Vergütung der Leistungen im Zusammenhang mit der Operation vom 28. Juli 2016 (act. III M33). Der Streitwert liegt daher unter Fr. 20'000.--, weshalb die Beurteilung

der Beschwerde in die einzelrichterliche Zuständigkeit fällt (Art. 57 Abs. 1 GSOG).

1.5 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 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).

2.2 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 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 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).

2.4 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 blosse 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).

2.5 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

2.6 Nach der Praxis sind Aktengutachten nicht zu beanstanden, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind. Der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen. Der Experte muss sich aufgrund vorhandener Unterlagen ein gesamthaft lückenloses Bild machen können (RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

2.7 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 (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 353). 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 mitzubewerten. 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).

2.8 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.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Ein am 27. März 2009 durchgeführtes MR-Kniegelenk rechts ergab die folgende Beurteilung (act. III M3): Impressionsfraktur des lateralen Femurkondylus, Spongiosafraktur im gestauchten Tibiaplateau lateral. Rupturiertes vorderes Kreuzband. Partiell rupturiertes mediales Seitenband. Basisnaher, bis in die Basis reichender Unterflächenriss des lateralen Meniskushinterhorns und Korpus. Keine Knorpelläsion. Gelenkserguss.

3.2 Am 24. April 2009 wurde die folgende Operation durchgeführt: Kniearthroskopie, Notchplastik, arthroskopisch assistierte vordere Kreuzbandrekonstruktion mittels mittlerem Drittel Ligamentum patellae rechts (act. III M5).

3.3 Ein MR Knie rechts vom 21. Juni 2012 ergab die folgende Beurteilung (act. III M14): Zustand nach VKB-Ersatzplastik und dementsprechenden postoperativen Veränderungen. Der VKB-Ersatz sei kräftig, gestreckt verlaufend, jedoch ventral faserig. Es bestehe ein reaktives Ödem mit begleitender subchondraler Sklerose des lateralen Femurs und der Tibia. Es zeige sich ein stark degenerierter Innen- und Aussenmeniskus, wobei im Aussenmeniskus ein fortlaufender horizontaler Riss vorhanden sei. Der Riss erreiche ventral und dorsal die Meniskusunterfläche. Im Innenmeniskushinterhorn liege ein schräg zur Oberfläche verlaufender weiterer Riss vor und dorsal des tibialen Ansatzes des HKB bestehe ein 5mm durchmessendes Ganglion.

3.4 Am 20. August 2012 wurde die folgende Operation vorgenommen (act. III M18): 1. Kniegelenksarthroskopie, minimale laterale Meniskushin-

terhornläsion, Abtragen einer Meniskusvorderhornlappenläsion; 2. Osteosynthesematerialentfernung Tibiakopf rechts.

3.5 Ein am 4. August 2015 durchgeführtes MR Knie rechts ergab die folgende Beurteilung (act. II/3 M14): Der VKB-Ersatz verlaufe gestreckt, ventral tibial im Vergleich zur Voruntersuchung deutlich weniger Auffaserung. Es lägen stark degenerierte Menisci vor. Das Innenmeniskushinterhorn sei schräg zur Unterfläche gerissen mit weiter fortlaufendem, in den Corpus einstrahlendem Riss. Der Aussenmeniskus zeige sich jetzt mit Extrusion, im Hinterhorn schräg zur Unterfläche gerissen.

3.6 Dr. med. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Chirurgie, hielt am 20. Januar 2016 (act. II/3 M11 f.) fest, im Gegensatz zu den Angaben der Mobiliarversicherung werde im Bericht von Dr. med. G._____ eindeutig ein neues Trauma beim Fussballspiel vom 28. Juli 2015 angegeben, das nach dem Foulkontakt mit dem Gegner zu einschiessenden Schmerzen geführt habe, wobei ein hörbares Knacken vorgelegen habe, womit eigentlich alle Kriterien eines sinngemässen Traumas bzw. eines UE erfüllt würden. Obwohl Vorbehandlungen von früheren Verletzungen bekannt seien, sei das rechte Kniegelenk wieder soweit rehabilitiert gewesen, dass ungehindert der Fussballsport in vollem Rahmen habe ausgeführt werden können. Die im MRI nachgewiesenen Verletzungen des medialen und lateralen Meniskus könnten deswegen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit direkt auf das am 28. Juli 2015 bei einer Fussball-Fremdkollision neu aufgetretene Knie trauma zurückgeführt werden.

3.7 Am 28. Juli 2016 wurde bei der Diagnose Meniskuskorbhenkelläsion und lateraler Meniskuswurzelläsion, Elongation des vorderen Kreuzbandtransplantates bei vorderer Kreuzbandrekonstruktion und Meniskusnaht vor Jahren Knie rechts die folgende Operation durchgeführt (act. III M33): Kniegelenksarthroskopie rechts mit medialer Meniskusnaht kombiniert mit Omnispan und out-side-in- sowie transossäre Refixation des lateralen Meniskushinterhorns mittels Skorpionzangennähten und suture disc.

3.8 In dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Aktengutachten vom 24. Oktober 2016 (act. II/3 M26 - M31) des Chirurgen Dr.

med. F. _____ wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (act. II/3 M28):

Distorsion/Kontusion des rechten Knies vom 28. Juli 2015 bei Vorzustand mit/bei

- Chronischer vorderer Knie-Instabilität und degenerativen Meniskusveränderungen
- Zustand nach Teilresektion lateraler Meniskus 20. August 2012
- Zustand nach vorderer Kreuzbandersatzplastik 24. April 2009
- Zustand nach Kniedistorsion (unhappy triad) vom 8. Februar 2009 mit
 - Ruptur des vorderen Kreuzbandes
 - Teilruptur des medialen Seitenbandes Läsion des lateralen Meniskus
 - Impressionsfraktur des lateralen Femurkondylus und des lateralen Tibiaplateaus

Dr. med. F. _____ führte aus, zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 28. Juli 2015 habe im rechten Knie ein erheblicher, posttraumatischer Vorzustand bestanden, zurückzuführen auf eine komplexe Knieverletzung vom 8. Februar 2009 und ihre Spätfolgen. Diese Knieverletzung von 2009 habe nicht nur eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes und eine Teilruptur des Innenbandes, sondern auch eine Impressionsfraktur des lateralen Femurkondylus und des lateralen Tibiaplateaus, sowie eine Verletzung des Aussenmeniskus beinhaltet. Im Jahr 2012, gut drei Jahre nach der Kreuzbandersatzplastik, sei es ohne neues Trauma zu Läsionen im Innen- und Aussenmeniskus gekommen. Der Radiologe habe „stark degenerierte“ Innen- und Aussenmenisci festgestellt (MRI vom 21. Juni 2012). Dies habe zur Folge gehabt, dass eine Teilresektion am Aussenmeniskus vorgenommen werden müssen (Operation vom 20. August 2012). Es sei nur eine Frage der Zeit gewesen, bis die intrameniskalen Veränderungen, die bereits in der MRI-Untersuchung vom 21. Juni 2012 hätten festgestellt werden können, zusammen mit der bestehenden Knie-Instabilität zu Problemen geführt hätten. Bei einer Knie-Instabilität entstehe eine übermässige Belastung für das Kniegelenk, sowohl für den Knorpel als auch für die Menisci. Wenn diese bereits vorgeschädigt seien, wie dies beim Beschwerdeführer der Fall gewesen sei, komme es zum vorzeitigen Verschleiss dieser Strukturen. Wie schon bei der MRI-Untersuchung im Jahr 2012 habe der Radiologe auch am 4. August 2015, also sechs Tage nach dem Ereignis, „stark degenerierte Menisci“ beschrieben. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien diese Veränderungen somit nicht frischer, traumatischer Ur-

sache, sonst hätte der Radiologe sie nicht als „degeneriert“ beschrieben. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer bereits fünf Tage nach dem Ereignis wieder hinkfrei habe gehen können, spreche ebenfalls gegen eine frische traumatische Meniskusläsion. Ebenso der Entschluss zum konservativen therapeutischen Vorgehen. Es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass es beim Ereignis vom 28. Juli 2015 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der unfallfremden Faktoren gekommen sei. Somit könne nach einem gewissen Zeitrahmen der Status quo sine postuliert werden. Dieser sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens sechs Wochen nach dem Ereignis erreicht worden.

3.9 Der beratende Arzt der Beigeladenen, Prof. Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, gab in der Beurteilung vom 25. November 2016 (act. III M34) an, bei den aktuellen Beschwerden handle es sich möglicherweise um einen Rückfall bzw. um eine Spätfolge zum Ereignis vom 8. Februar 2009. Das aktuelle Ereignis vom 28. Juli 2015 werde als massives Trauma, das rechte Knie betreffend, beschrieben. Diese Traumatisierung habe kein bagatelläres Ereignis dargestellt, welche nach sechs Wochen bedeutungslos geworden sei, auch wenn rasch die anfänglichen Symptome abgeklungen seien. Der Beschwerdeführer habe trotz der Vorgeschichte aktiv Fussballspielen können; das Kreuzband bzw. das Transplantat werde im MRI als intakt beschrieben; die im MRI vom 4. August 2015 beschriebenen Rissbildungen in den Menisci seien nicht exklusiv als auf degenerativer Basis entstanden anzusehen. Auch wenn im Bericht von Dr. med. F. _____ vom 24. Oktober 2016 zutreffend die Lehrmeinung bezüglich nosologischem Längsschnitt von Knieverletzungen zitiert werde, so hätten zweifelsfrei anlässlich des Ereignisses vom 28. Juli 2015 über das Altersnormale hinausgehende degenerative Veränderungen vorgelegen. Gleichwohl sei dem massiven Foul des gegnerischen Spielers der aktuelle Meniskusschaden im Sinne einer Teilkausalität anzulasten. Aufgrund der beschriebenen Fakten sei davon auszugehen, dass das Ereignis vom 28. Juli 2016 (richtig: 2015) keine Leistungspflicht der C. _____ auslöse.

3.10 Im Bericht vom 9. Dezember 2016 (act. II/3 M32 f.) hielt Dr. med. G. _____ fest, der Beschwerdeführer habe am 8. Februar 2009 eine Distorsion beim Fussballspielen des rechten Kniegelenks erlitten. Ein MRI vom 27. März 2009 habe die vordere Kreuzbandläsion und eine kleine laterale Meniskusläsion gezeigt, so dass die erste Operation am 24. April 2009 durchgeführt worden sei. Bei Beschwerden im Verlauf sei ein weiteres MRI am 21. Juni 2012 und am 20. August 2012 eine weitere Operation durchgeführt worden. Am 28. Juli 2015 habe der Beschwerdeführer erneut ein Distorsionstrauma am rechten Knie erlitten und am 4. August 2015 sei ein weiteres MRI durchgeführt worden. Von der Unfallversicherung werde nun angegeben, dass dieser Unfall zu keinem weiteren strukturellen Schaden geführt habe und dass alle Läsionen vorbestehend seien. Im MRI von 2012 zeige sich eine Alteration des medialen Meniskus, welcher dann in der Kniegelenksarthroskopie als minimal und nicht sanierungsbedürftig beurteilt worden sei. Im MRI von 2015 zeige sich klar am medialen Meniskus, dass hier eine Rissbildung zu sehen sei, die neu bis zur Unterfläche reiche. Dies sei nur durch eine erneute Distorsion bei diesem jungen Patienten möglich und somit sei dies ein erneuter Unfall mit strukturellem neuem Schaden am medialen Meniskus. 2015 habe die Symptomatik spontan gebessert, jedoch sei es im 2016 zu einer Progression dieses gesetzten Schadens gekommen. Im MRI vom 12. Mai 2016 sei dieser an die Basis reichende mediale Meniskusriss leider zur kompletten Korbhenkelläsion geworden, welche dann 2016 eine weitere Operation mit sich gezogen habe. Somit sei ein klares Trauma am 28. Juli 2015 anzugeben mit strukturellem neuem Schaden am medialen Meniskus.

3.11 Prof. Dr. med. I. _____ hielt in einer Stellungnahme ebenfalls am 9. Dezember 2016 (act. III M37) fest, die Operation vom 24. April 2009 – zwei Monate nach dem Ereignis vom 8. Februar 2009 – habe ein funktionsfähiges Kniegelenk „hergestellt“. Dieses habe auch am 28. Juli 2015 im Rahmen eines Fussballspieles gut funktioniert bis an diesem Tag ein massives Knie trauma einen neuen Kniebinnenschaden hervorgerufen habe. Am 28. Juli 2015 seien plötzlich einschiessende Schmerzen, ein hörbares Knacken und sofortige Schmerzen und Unsicherheit verspürt worden. Das eine Woche später angefertigte MRI habe Rissbildungen im Meniskus gezeigt. Diese seien als richtungsgebende Verschlimmerung eines Vorzu-

standes (dem vom Ereignis vom 8. Februar 2009) anzusehen. Dem Postulat von Dr. med. F._____ könne nicht gefolgt werden.

3.12 In einem weiteren Aktengutachten vom 11. Januar 2017 (act. II/3 M34 - M36) hielt Dr. med. F._____ fest, zur Beurteilung der aktuellen Knieproblematik müsse zwingend die Vorgeschichte berücksichtigt werden. Anlässlich des Ereignisses von 2009 sei es zu einer „unhappy triad“ gekommen. Diese Bezeichnung stehe für eine komplexe Knieverletzung, bestehend in einer Kreuzbandruptur, einer Seitenbandruptur sowie einer Meniskusverletzung. Eine Operation am lateralen Meniskus sei (am 24. April 2009) nicht vorgenommen worden. Wegen Kniebeschwerden rechts habe sich der Beschwerdeführer im Sommer 2012 bei Dr. med. G._____ gemeldet. Dieser habe eine leichte vordere Instabilität festgestellt. Wegen Verdachts auf eine Reruptur sei am 21. Juni 2012 erneut eine MRI-Untersuchung vorgenommen worden und am 20. August 2012 sei eine Operation erfolgt. Dass am lateralen Meniskus nur sparsam reseziert worden sei, und am medialen Meniskus nichts, sei aus orthopädisch-chirurgischer Sicht absolut korrekt. Somit stehe aber fest, dass schon im Sommer 2012 ein erheblicher, posttraumatischer Vorzustand mit u.a. deutlichen Veränderungen sowohl im Innen- als auch im Aussenmeniskus vorhanden gewesen sei. Dass in der MRI-Untersuchung vom 4. August 2015 dann weiterhin stark degenerierte Menisci hätten festgestellt werden können, sei zu erwarten gewesen, seien sie doch schon 2012 genau so beschrieben worden. Und dass diese Läsionen unter sportlichen Belastungen weiter zunehmen würden, sei ebenfalls nichts Aussergewöhnliches. Für einen frischen traumatischen Meniskusschaden gebe es andererseits keine klinischen und/oder bildgebenden Hinweise: Kein Streckausfall, hinkfreier Gang, kein Erguss, keine Blutungen, ein sicherer Einbeinstand, keine Ödeme in der MRI-Untersuchung und keine Begleitverletzungen. Die Aussage von Dr. med. G._____ im Schreiben vom 9. Dezember 2016 an Rechtsanwalt B._____, das Ereignis vom 28. Juli 2015 habe zu einem neuen Meniskusschaden geführt, treffe somit nicht zu. So wie es in der Zeit zwischen der Operation vom 24. April 2009 und der Untersuchung vom 21. Juni 2012 ebenfalls ohne neues Trauma zur starken, vorzeitigen Degeneration der beiden Menisci, zur Auffaserung des Kreuzbandtransplantates und zum Bone bruise gekommen sei, habe auch der Verschleiss in der Zeit

bis zur MRI-Untersuchung vom 4. August 2015 weiter zugenommen. Dass es in der Folge im 2016 ebenfalls ohne neues Trauma zu einer weiteren Progression des Meniskusschadens gekommen sei, welcher schlussendlich operativ habe behandelt werden müssen, sei aus denselben Gründen zu erwarten gewesen.

3.13 In einem weiteren Aktengutachten vom 31. Mai 2017 (act. IIa 1) führte Dr. med. F. _____ aus, Prof. Dr. med. I. _____ lasse ausser Acht, dass bereits in der MRI-Untersuchung vom 21. Juni 2012 sowohl am Innen- als auch am Aussenmeniskus Läsionen vorhanden gewesen seien, nota bene ohne neues Trauma. Dass Dr. med. G. _____ am 26. Juni 2012 eine Knieinstabilität mit einer vorderen Schublade von 9 - 10 mm gefunden habe, werde von Prof. Dr. med. I. _____ ebenfalls nicht erwähnt. Es sei diese Instabilität, welche zu einem vorzeitigen Verschleiss führe. Wobei hier „Degeneration“ eben nicht mit dem Alter des Patienten zusammenhänge, sondern mit dem vorzeitigen Verschleiss wegen einer Instabilität. Diese Instabilität habe nicht nur zum Verschleiss der Menisci geführt, sondern auch zu einer Auffaserung des Kreuzbandersatzes, zu einer Sklerosierung im lateralen Gelenkabschnitt, sowie zu „bone bruise“ und Ödem. Dies alles ohne neues Trauma. Dass diese Veränderungen über das alternormale Ausmass hinausgingen, stimme zwar, sie seien aber dem erheblichen Vorzustand zu verdanken und nicht dem numerischen Alter. Gemäss Prof. Dr. med. I. _____ sei die Operation vom 28. Juli 2016 auf das Ereignis vom 28. Juli 2015 zurückzuführen, welches zu einer richtungsweisenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt habe. Prof. Dr. med. I. _____ mache keine Aussage, warum mit der Operation ein Jahr habe zugewartet werden können. Wären diese Läsionen bereits damals traumatischer Ursache gewesen, hätte der Operateur sicher nicht so lange gezögert. Dass im Verlauf dieser zwölf Monate, die vom Ereignis bis zur Operation verstrichen seien, der Verschleiss der bereits erheblich degenerierten Menisci weiter fortgeschritten sei, sei ohne weiteres nachvollziehbar, sei es doch schon im Jahr 2012 ohne neues Trauma zu erheblichen verschleissbedingten Veränderungen gekommen. Dr. med. G. _____ beschreibe im Operationsbericht vom 28. Juli 2016 einen Korbhenkelriss des Innenmeniskus. Dieser habe ein Jahr zuvor (MRI vom 4. August 2015) noch nicht bestanden. Dies illustriere sehr schön, wie der

Verschleiss fortschreite beim bereits vorgeschädigten Meniskus in Kombination mit einer vorderen Knieinstabilität. Das Gleiche gelte auch für den Aussenmeniskus. Dass es hingegen bei einem Distorsionstrauma synchron zu Aussen- und Innenmeniskusläsionen komme, sei doch eher wenig wahrscheinlich. Weiter treffe es nicht zu, dass es am 28. Juli 2015 zu einer neuen Verletzung im Innenmeniskus gekommen sei. Wie bereits erwähnt, habe sowohl gemäss MRI-Bericht vom 21. Juni 2012 als auch gemäss Operationsbericht vom 20. August 2012 schon damals eine Unterflächenläsion bestanden. Der Radiologe habe die aktuelle MRI-Untersuchung mit derjenigen von 2012 verglichen und erneut auf die „stark degenerierten Menisci“ hingewiesen. Wenn er Hinweise für eine traumatische Läsion gehabt hätte, hätte er nicht auf eine Degeneration hingewiesen. Und nach wie vor habe die Läsion nur die Unterfläche des Innenmeniskus betroffen. Dass im MRI kein Knochenödem habe festgestellt werden können, sei ein weiterer Punkt, der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen ein relevantes frisches Ereignis spreche. Somit sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der erhebliche Vorzustand alleine für die aktuelle Knieproblematik verantwortlich.

4.

4.1 Der Beschwerdeführer macht unter Bezugnahme auf Dr. med. G._____ geltend (Eingabe vom 16. Dezember 2016 [im Gerichtsossier]), im MRI vom Juni 2012 habe sich eine Alteration des medialen Meniskus gezeigt, der in der Kniegelenksarthroskopie als minimal und nicht sanierungsbedürftig beurteilt worden sei. Im MRI vom 4. August 2015 zeige sich eine Rissbildung am medialen Meniskus bis neu zur Unterfläche verlaufend. Dies sei bei dem jungen Alter des Beschwerdeführers nur durch eine erneute Distorsion möglich. Der Unfall vom 28. Juli 2015 habe demnach zu einem strukturellen Schaden am medialen Meniskus geführt. Dieser mediale Meniskusriss sei sodann zur kompletten Korbhenkelläsion geworden, die im Jahr 2016 eine erneute Operation nach sich gezogen habe.

Die Beigeladene bringt im Wesentlichen vor (Stellungnahme vom 8. März 2017, S. 2 und 6), der Beschwerdeführer habe im Zeitpunkt des Ereignisses vom 28. Juli 2015 keinerlei Beeinträchtigungen verspürt und sei in seiner sportlichen Betätigung nicht eingeschränkt gewesen. Unter Bezugnahme auf Prof. Dr. med. I. _____ führt sie aus, die Operation vom 28. Juli 2016 sei nicht überwiegend wahrscheinlich eine Folge des ersten Unfallereignisses. Vielmehr habe das Ereignis vom 28. Juli 2015 zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt. Vor allem seien die Läsionen der Menisci nicht als degenerativ bedingt zu qualifizieren, sondern seien (zumindest teilkausal) auf den Unfall vom 28. Juli 2015 zurückzuführen.

4.2 Die Aktengutachten von Dr. med. F. _____ vom 24. Oktober 2016 (act. II/3 M26 - M31), 11. Januar 2017 (act. II/3 M34 - M36) und 31. Mai 2017 (act. IIa 1) erfüllen die an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens, insbesondere eines Aktengutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 2.5 und 2.6 hiervor). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht (Beschwerde, S. 4), es sei unklar, ob Dr. med. F. _____ über sämtliche bildgebenden Aufnahmen verfügt habe, gestützt auf die im Aktengutachten aufgeführte Aktenlage sei wohl nicht davon auszugehen (zumindest betreffend Unfall vom 9. Februar 2009 und Operation vom 20. August 2012), ist festzuhalten, dass Dr. med. F. _____ die wesentlichen Dokumente, insbesondere die Beurteilungen zu den vorgenommenen bildgebenden Abklärungen vorlagen (vgl. act. II/3 M30 f.; act. II/1 K47 und K82). Die Vorlage der bildgebenden Aufnahmen selber ist nicht zwingend erforderlich, soweit dem Gutachter die schriftlichen Beurteilungen der radiologischen Fachärzte vorgelegt werden, was – wie erwähnt – hier der Fall war. Folglich konnte sich Dr. med. F. _____ als Aktengutachter ein umfassendes, lückenloses Bild über die gesamte Situation machen. Die erwähnten Aktengutachten von Dr. med. F. _____ sind somit voll beweiskräftig und überzeugen restlos.

4.3 Daran vermögen die Einwände des Beschwerdeführers und der Beigeladenen unter Bezugnahme auf die anderslautenden ärztlichen Einschätzungen nichts zu ändern. Dr. med. F. _____ hat in seinen Aktengutachten vom 24. Oktober 2016 (act. II/3 M26 - M31), 11. Januar 2017

(act. II/3 M34 - M36) und 31. Mai 2017 (act. IIa 1) schlüssig und überzeugend dargelegt, dass die Beschwerden am rechten Knie spätestens nach sechs Wochen nicht mehr natürlich kausal zum Ereignis vom 28. Juli 2015 waren. Soweit Dr. med. H. _____ und Prof. Dr. med. I. _____ vorbringen, der Beschwerdeführer habe trotz Vorgeschichte im Juli 2015 ungehindert Fussballspielen können (act. II/3 M11 f.; act. III M34 und M37), so läuft dies auf die für den Nachweis einer unfallkausalen Schädigung nicht zulässige Argumentation "post hoc, ergo propter hoc" hinaus, wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2008 UV Nr. 11 S. 36 E. 4.2.3). Weiter leiten Dr. med. H. _____ und Prof. Dr. med. I. _____ aus dem hörbaren Knacken beim Ereignis vom 28. Juli 2015 etwas über die Schwere des Traumas (bzw. die Verursachung eines frischen Schadens ab [vgl. act. II/3 M11 f.; act. III M34 und M37]). Dr. med. F. _____ führt diesbezüglich im Aktengutachten vom 31. Mai 2017 (act. IIa 1) überzeugend und schlüssig aus, es möge zutreffen, dass bei einem sonst gesunden Knie ein Knacken im Knie etwas über die Schwere eines Traumas aussage, nicht aber für ein instabiles Knie, wie dies Dr. med. G. _____ schon 2012 vorher festgestellt habe. Bei einer Gelenkinstabilität komme es bei starken Belastungen immer wieder zu Knackgeräuschen, ohne eigentliches Trauma. Diese Instabilität sei es ja, welche zu einem vorzeitigen Verschleiss (Degeneration) der Menisci führe. Weiter überzeugt es, wenn Dr. med. F. _____ im Zusammenhang mit dem Hinweis von Prof. Dr. med. I. _____ und Dr. med. G. _____, wonach der Zustand des rechten Knies nach dem Ereignis vom 28. Juli 2015 über das Altersnormale hinausgehe und der festgestellte Zustand nur durch eine erneute Distorsion bei diesem jungen Patienten möglich sei (act. III 34; act. II/3 M32 f.), auf die festgestellte Knieinstabilität mit einer vorderen Schublade von 9 - 10 mm und den entsprechenden vorzeitigen Verschleiss hinweist und festhält, die über das Altersnormale hinausgehenden Veränderungen seien dem erheblichen Vorzustand zu verdanken und nicht dem numerischen Alter des Beschwerdeführers (act. IIa 1). Sodann begründet Dr. med. F. _____ nachvollziehbar und überzeugend, weshalb die nach dem Ereignis vom 28. Juli 2015 festgestellten Veränderungen nicht frischer traumatischer Ursache waren, dies insbesondere unter Hinweis auf den fehlenden Streckausfall, den hinkfreien Gang, einen fehlen-

den Erguss, fehlende Blutungen, einen sicheren Einbeinstand, fehlende Ödeme in der MRI-Untersuchung, fehlende Begleitverletzungen sowie den Entschluss zum konservativen therapeutischen Vorgehen und schliesslich der Hinweis des Radiologen auf die „stark degenerierten Menisci“ (act. II/3 M34; vgl. auch act. II/3 M27; act. IIa 1 S. 3). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht (Replik, S. 2), dass am 4. August 2015 noch ein Hinken festgestellt worden sei bzw. der Gang sei damals von Dr. med. G. _____ als nur nahezu hinkfrei beschrieben worden, so übersieht er, dass Dr. med. G. _____ im Zusammenhang mit der Konsultation vom 7. August 2015 von einem hinkfreien Gangbild berichtete (act. II/3 M7).

4.4 Folglich kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die aufgrund der anderen ärztlichen Auffassung zunächst an der Einschätzung von Dr. med. F. _____ erweckten Zweifel durch die erneuten Aktengutachten von Dr. med. F. _____ vom 11. Januar 2017 (act. II/3 M34 - M36) und vom 31. Mai 2017 (act. IIa 1), in welchen in nachvollziehbarer Weise auf die abweichenden Beurteilungen eingegangen wird, ausgeräumt sind (vgl. E. 2.7 hiervor).

4.5 Vorliegend ist somit überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die geklagten Beschwerden am rechten Knie spätestens sechs Wochen nach dem Unfallereignis vom 28. Juli 2015 nicht mehr unfallkausal waren, sondern Folgen des Vorzustandes sind. Diesbezüglich ist es zu einer lediglich vorübergehenden Verschlimmerung gekommen. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht durchzuführen, da hiervon keine neuen entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 122 V 157 E. 1d S. 162]).

4.6 Nach dem Dargelegten erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet die Einzelrichterin:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG
 - C. _____
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Einzelrichterin:

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.