

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.242 vom 6. September 2023**

SO Obergericht, 2023-09-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.242](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.242)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.242 du 6 septembre 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.242 del 6 settembre 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Der 1976 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war im Zeitpunkt des Schadensereignisses vom 28. Oktober 2022 seit dem 1. Juli 2021 als SAP Application Specialist bei der Firma B.\_\_\_\_ in [...] angestellt und in dieser Eigenschaft gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch bei der Generali Versicherungen AG (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) versichert (Akten der Generali Versicherungen AG [GV]-Nr. 1). 1.2 Mit Bagatellunfallmeldung UVG vom 31. Oktober 2022 wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer habe am 28. Oktober 2022 ohne Fremdeinwirkung beim Anlaufen einen messerartigen Schmerz im Fuss unterhalb der Wade verspürt und sich dabei am rechten Fussgelenk verletzt (GV-Nr. 1.2). Daraufhin wurde bei ihm eine Achillessehnenruptur rechts diagnostiziert (GV-Nr. 22 f.). Die Beschwerdegegnerin holte medizinische Unterlagen sowie bei ihrem Vertrauensarzt Dr. med.C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, mehrere ärztliche Stellungnahmen ein (GV-Nr. 30, 61, 65). Nach Einholung eines zusätzlichen Aktengutachtens bei der D.\_\_\_\_ (GV-Nr. 75) verneinte sie mit Verfügung vom 8. Juni 2023 den Anspruch des Beschwerdeführers auf Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 28. Oktober 2022, da kein Unfall im Rechtssinne bestehe und zwar eine Listenverletzung vorliege, diese jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorwiegend auf eine Erkrankung zurückzuführen sei (GV-Nr. 77). Eine dagegen gerichtete Einsprache (GV-Nr. 81) wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 6. September 2023 ab (Akten-Seiten [A.S.] 1 ff.).

### **E. 2**

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). 2.2 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 2.3 Die Unfallversicherung erbringt ihre Leistungen auch bei folgenden Körper-schädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (sog. unfallähnliche Körperschädigungen; Art. 6 Abs. 2 UVG in der ab 1. Januar 2017 geltenden Fassung): a. Knochenbrüche b. Verrenkungen von Gelenken c. Meniskusrisse d. Muskelrisse e. Muskelzerrungen f. Sehnenrisse g. Bandläsionen h. Trommelfellverletzungen

### E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben der Versicherungsträger und das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 157 E. 1b S. 159). Diese medizinischen Unterlagen hat das Versicherungsgericht nach dem im Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) umfassend, objektiv und inhaltsbezogen zu würdigen (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 399 f.). Das bedeutet, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Bewertung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 f.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc S. 353). Ferner haben rechtsprechungsgemäss Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen Beweiswert, doch kommt ihnen nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten. Zwar lässt der Umstand, dass versicherungsinterne Fachpersonen in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger stehen, für sich allein noch nicht auf mangelnde Objektivität und Befangenheit dieser Personen schliessen. Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

3.3 Eine reine Aktenbeurteilung kann beweiskräftig sein, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht,

mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_281/2021 vom 19. Januar 2022 E. 3.2, 8C\_608/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 5.2).

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin verneint ihre Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hauptsächlich gestützt auf ein von ihr bei der D.\_\_\_\_ eingeholtes Aktengutachten vom 6. Juni 2023, wonach die Achillessehnenruptur rechts überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingt sei. Dieses sei schlüssig und nachvollziehbar und stehe auch nicht in Widerspruch zu den (ursprünglichen) Beurteilungen des behandelnden Arztes vom 19. November 2022 und des Pathologen vom 28. November 2022, welche ebenfalls einen degenerativen Vorzustand an der rechten Achillessehne bejaht hätten. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Beschwerden an seinem rechten Fuss als Folge eines Anlauf- oder Absprungetraumas bei einem Volleyballspiel seien mithin vorwiegend auf Abnützung und Erkrankung zurückzuführen (vgl. A.S. 7 ff., 24 ff., 36 f.). 4.2 Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber die Auffassung, dass das Aktengutachten der D.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2023 insofern in Zweifel zu ziehen sei, als darin ausschliesslich von degenerativen Veränderungen ausgegangen werde. Es sei vielmehr auf den Bericht seines behandelnden Arztes vom 9. Januar 2023 abzustellen, welcher die Achillessehnenverletzung nachvollziehbar als überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt beurteilt habe. Der Beschwerdegegnerin gelinge der Entlastungsbeweis nicht, dass seine (Listen-) Verletzung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei, und sie habe demnach für die (gesundheitlichen) Folgen des Ereignisses vom 28. Oktober 2022 ihre gesetzlichen Versicherungsleistungen nach UVG zu erbringen. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin infolge Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes gemäss Art. 43 ATSG anzuweisen, weitere Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen (vgl. A.S. 14 ff., 31 f.).

4.3 Strittig und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht ihre Leistungspflicht hinsichtlich des Ereignisses vom 28. Oktober 2022 verneint hat. 5. Den Akten lässt sich im Wesentlichen folgender entscheidenderheblicher (medizinischer) Sachverhalt entnehmen: 5.1 Gemäss Bagatellunfallmeldung UVG vom 31. Oktober 2022 habe der Beschwerdeführer am 28. Oktober 2022 ohne Fremdeinwirkung beim Anlaufen einen messerartigen Schmerz im Fuss unterhalb der Wade verspürt (vgl. GV-Nr. 1.2). 5.2 Am 31. Oktober 2022 suchte der Beschwerdeführer seinen Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, [...], auf. Dieser notierte daraufhin in der Krankengeschichte des Beschwerdeführers: «Am 28.10.22 um 21.30 Uhr bei Volleyball-Match bei Absprung Distorsion / Pr[o]nationstrauma OSG rechts» (vgl. GV-Nr. 53). 5.3 Eine MRI-Arthrographie des OSG rechts des Röntgeninstituts [...] vom 11. November 2022 ergab folgenden Befund und folgende Beurteilung (vgl. GV-Nr. 22): «Befund: Keine frischen ossären Läsionen. Keine Knorpelläsionen im OSG oder USG. Verdickung der vorderen und hinteren Syndesmose ohne Signalalteration, am ehesten Narbengewebe entsprechend. Leichte Verdickung und flauere Signalalteration des Ligamentum fibulotalare anterius und des Ligamentum fibulokalkaneare DD narbig bedingt. Ligamentum deltoideum intakt. Ruptur der Achillessehne ca. 7 cm proximal der kalkanearen Insertion mit ausgeprägter Verdickung und Signalalteration der Sehnenstümpfe und leichter Dehiszenz. Ausgedehntes Weichteilödem des Kager'schen Fat Pads und des Subkutangewebes am distalen Unterschenkel und perimalleolär. Übrige Sehnen am Rückfuss unauffällig. Beurteilung: Achillessehnenruptur ca. 7 cm proximal der kalkanearen Insertion mit begleitendem Weichteilhämatom. Kein Nachweis frischer Bandläsionen am

OSG.» 5.4 Noch am 11. November 2022 überwies Dr. med. E. \_\_\_ den Beschwerdeführer an Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, [...] Klinik [...]. In seinem Überweisungsschreiben hielt er Folgendes fest (vgl. GV-Nr. 23): «Beim Sporttreiben am 28.10.2022 kam es beim Absprung/Stop+Go leider zu einer Achillessehnenruptur Bein rechts. Ich bitte höflich um ein entsprechend möglichst zeitnahes Aufgebot des Patienten zur Revision der Sehne. (...)» 5.5 Dr. med. F. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 19. November 2022 daraufhin die Diagnose eines St. n. Absprungtrauma mit akuter Achillessehnenruptur rechts, ohne vorgängige Symptome. Der Beschwerdeführer habe am 28. Oktober 2022 beim Volleyballspiel beim Abspringen einen akuten Schlag mit Schmerzen im Bereich der rechten Achillessehne erlitten, welcher eine sofortige Gehunfähigkeit und Schwellung zur Folge gehabt habe. Das MRI vom 11. November 2022 habe das Bild einer vollständigen Achillessehnenruptur mit mässiger Retraktion ergeben. Es sei bereits ein teils etwas organisiertes Hämatom vorhanden, weswegen die genaue Retraktion schlecht zu eruieren sei. Der Beschwerdeführer erscheine an Stöcken und belaste rechts nicht. Der rechte Unterschenkel sei ziemlich geschwollen, eine alte wahrscheinlich Spannungsblase sei geöffnet und absolut reizlos, ansonsten seien die Wund- und Hautverhältnisse intakt. Palpatorisch sei der ganze Sehnenanteil verdickt, mässig druckdolent und nicht gerötet. Eine Delle sei palpabel, ca. 3 cm. Die Kraftanspannung sei klar reduziert, aber nicht aufgehoben. Der Thompson-Test sei positiv. Es bestehe eine vollständige akute Achillessehnenruptur rechts. Das Trauma sei nicht unbedingt adäquat. Proximal und distal der Rupturzone zeigten sich auch gewisse degenerative Veränderungen. Es bestehe eine ausgedehnte Hämatombildung innerhalb der Sehnenscheide. Therapeutisch seien entweder ein konservatives Vorgehen mittels Ruhigstellung mit Künzli-Ortho-Rehab-Schuh und Keilerhöhung oder dann ein direktes operatives Vorgehen mit Adaptation und Naht der Achillessehne und anschliessender Künzli-Ortho-Rehab-Schuh-Behandlung die Optionen. Der Beschwerdeführer entscheide sich für die operative Variante. Er werde daher am 24. November 2022 die offene operative Revision der Achillessehne rechts durchführen (vgl. GV-Nr. 21).

5.6 Am 20. November 2022 beschrieb der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin den Geschehensablauf wie folgt: Er habe am 28. Oktober 2022 während eines Volleyballmatches beim Abspringen einen akuten Schlag mit Schmerzen im Bereich der rechten Achillessehne erlitten. Es sei nichts Aussergewöhnliches geschehen, sondern ein ganz normales Spielgeschehen gewesen ohne Fremdeinwirkung. Nach dem Vorfall habe eine sofortige Gehunfähigkeit und eine Schwellung bestanden. Er spiele seit ca. 30 Jahre Volleyball, was jetzt wohl nicht mehr möglich sein werde. Er habe bisher an der rechten Achillessehne nie Beschwerde gehabt und es seien ihm keine anderen Vorfälle erinnerlich, welche diese Beschwerden ausgelöst haben könnten (vgl. GV-Nr. 17).

5.7 In einer Aktennotiz vom 24. November 2022 hielt der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. C. \_\_\_ fest, es liege eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (Sehnenriss) vor, welche im gesamten Ursachenspektrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sei. Das beschriebene Unfallereignis (kontrollierte Bewegung beim Abspringen im Rahmen des Volleyballspiels) sei als nicht adäquat zu bewerten bezüglich einer frisch eingetretenen Achillessehnenverletzung. Es fehle das nach Ludolph («Der Unfallmann») unvorhergesehene Momentum im Rahmen der eingetretenen Verletzung. Auch der behandelnde Arzt zweifle in seinem Bericht vom 19. November 2022 eine rein unfallbedingte Läsionsfolge an (vgl. GV-Nr. 30).

5.8 Am 24. November 2022 führte

Dr. med. F.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer die geplante Operation (Achillessehnnennaht rechts, Abtragung Haglundexostose rechts, Bursektomie) durch. Dem in diesem Zusammenhang erstellten Operationsbericht sind als Diagnosen ein St. n. Absprungtrauma mit akuter Achillessehnenruptur rechts vom 28. Oktober 2022 beim Volleyballspiel ohne vorgängige Symptome sowie radiologisch eine Haglundexostose rechts zu entnehmen. Wie erwartet zeige sich eine um knapp 3 cm distrahierte Achillessehnen/Schrägruptur mit teils bereits organisiertem Hämatom dazwischen. Die Ruptur liege ca. 5 cm oberhalb der distalen Insertion. Weiter distal zeige sich eine Haglundexostose, welche im MRI sichtbar sei und oberflächlich die Sehne etwas arrodiiert habe. Der distale Achillessehnenansatz sei gut, die Sehnenqualität ebenfalls. Bis zu den Sehnenstümpfen zeige sich sowohl proximal wie auch distal eine doch gute Sehnenqualität, was im MRI durch das ausgedehnte, teils bereits organisierte Hämatom das Bild von degenerativen Veränderungen provoziert habe. Aus der Rupturstelle würden Sehnenanteile zur histologischen Untersuchung eingesandt (vgl. GV-Nr. 38).

5.9 Der von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Pathologie, [...], erstellte Histopathologische Befundbericht vom 28. November 2022 zu den am 24. November 2022 aus der Rupturgegend entnommenen Gewebeproben ergab folgende Diagnosen: «B2022.57764 Biopsie Achillesferse rechts: Ligamentäres bzw. tendinöses Weichgewebe unter Einschluss einer frischen, hämorrhagisch und fibrinös durchsetzten Nekrose, ferner gut vaskularisiertes Granulationsgewebe bzw. unmittelbar benachbarte Fibroblastenproliferate, Lymphozytäre Reizsynovialitis» Der feingewebliche Befund entspreche einer nicht ganz frischen Ligamentruptur offenbar auf dem Boden eines bereits älteren exogenen Vorschadens (mehrere Wochen bzw. wenige Monate). Es sei somit von einer rezidivierenden Schädigung, beispielsweise durch vorangegangene Zerrung oder Teilruptur auszugehen (vgl. GV-Nr. 63).

5.10 Mit Schreiben vom 9. Januar 2023 führte Dr. med. F.\_\_\_\_ zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers aus, es handle sich vorliegend im Bereich der Listenverletzungen um einen Sehnenriss. Vor der Operation sei eine MRI-Untersuchung der Achillessehne erfolgt, welche die im Sprechstundenbericht vom 19. November 2022 erwähnten Befunde mit ausgedehnter Hämatombildung und aufgequollenen Sehnenstümpfen gezeigt habe. Intraoperativ habe, wie im Operationsbericht ebenfalls erwähnt, sowohl ein proximaler als auch ein distaler Sehnenstumpf mit guter Sehnenqualität gefunden werden können. Die beschriebene kleine Sehnenarrosion über der Haglundexostose habe mit der Ruptur nichts zu tun. Diese sei selbstverständlich degenerativ verursacht. Aufgrund der intraoperativ doch schönen Sehnenstümpfe beurteile er dieses Ereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallbedingt. Die Nachfrage beim Beschwerdeführer habe auch ergeben, dass er sich nicht genau erinnern könne, ob der Schmerz bei der Landung vom Sprung mit einer Distorsion ähnlich wie beim Treten in ein Loch verbunden gewesen sei. Wie auch bereits im ersten Bericht erwähnt, seien vorher nie irgendwelche Achillessehnenprobleme beidseits vorhanden gewesen (vgl. GV-Nr. 45).

5.11 In einem Bericht zu einer Konsultation vom 11. Januar 2023 hielt Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, dass sich der postoperative Verlauf sechs Wochen nach der Operation bisher problemlos gestalte mit guter Stellung und schöner Wundheilung (vgl. GV-Nr. 54.2).

5.12 In einem Schreiben vom 16. Januar 2023 machte der Beschwerdeführer (neu) gegenüber der Beschwerdegegnerin geltend, es sei beim Absprung aufgrund von Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht zu einer unkontrollierten Bewegung gekommen, um einen drohenden Sturz zu verhindern. Er habe daraufhin einen akuten Schlag und Schmerzen im Bereich der rechten Achillessehne verspürt (vgl. GV-Nr. 46).

5.13 In einer Stellungnahme vom 13. März 2023 führte der Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin Dr. med. C.\_\_\_\_ in

Ergänzung zu seiner Aktennotiz vom 24. November 2022 (vgl. E. II. 5.7 hiervor) aus, gemäss Ludolph sei für eine Zusammenhangstrennung der Achillessehne durch indirekte Krafteinwirkung, welche ca. 90 % aller Fälle ausmache, stets ein Missverhältnis von muskulärer Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der Sehne ursächlich. Als allein anlagebedingte Ursache werde eine vorzeitige Texturstörung diskutiert durch unzureichende Gefässversorgung, wiederholte Mikrotraumen, Einnahme von Medikamenten, entzündliche Veränderung, rheumatische Erkrankungen, Autoimmunkrankheiten. Die Ursache von solchen Texturstörungen der Achillessehne, deren Mitwirkung bei Zusammenhangstrennungen bei mindestens 25 % liege, im Übrigen aber streitig sei, seien sowohl eine Minderdurchblutung als auch eine chronische Überforderung der Sehne, wobei andere Ursachen noch hinzukommen könnten. Naheliegend sei ein Zusammenwirken mehrerer Ursachen für das Schadensbild. Folgende Beispiele seien die Achillessehne gefährdende Mechanismen bei einem Schadensbild, das in der Vielzahl der Fälle keine Abgrenzung zulasse: Der Sturz aus der Höhe unter gleichzeitiger fussrückenfertiger Belastung des Fusses, ein Abrutschen/Verfehlen einer Treppenstufe oder ein Tritt in eine Bodenvertiefung, so dass plötzlich mehr oder weniger das gesamte Körpergewicht auf der Achillessehne laste, oder der nach vorne gerichtete Sturz bei fixiertem Fuss. Typisch für diese Mechanismen sei die unvorhergesehene, plötzliche Belastung der Sehne bei ausgeschalteter Bremsfunktion der Muskulatur, voller Belastung unmittelbar der Sehne und hoher Dynamik, mithin ruckartiger Belastung. Der zahlenmässig am häufigsten umstrittene Schadensmechanismus des Abstossens mit fusssohlenwertiger Bewegung im oberen Sprunggelenk bei gleichzeitiger Streckung des Kniegelenks bedürfe einer besonderen Diskussion, weil er kontrovers diskutiert werde und teilweise als typischer Unfallmechanismus bezeichnet werde. Diese Bewegung sei grundsätzlich nicht unphysiologisch. Dafür sei die Achillessehne gebaut und funktionell vorgesehen. Die Achillessehne werde bei dieser Bewegung auch nicht überdehnt. Denn der Fuss bewege sich beim Start fusssohlenwärts, so dass diese entlastet werde, während sich das Kniegelenk strecke. Dennoch sei ein erhöhtes Verletzungsrisiko bei Extrembelastungen nicht zu übersehen. Dies sei aber dadurch begründet, dass bei maximaler physiologischer Anspannung der Achillessehne – aufgezwungen (durch äussere Umstände) – ungeplante Änderungen des Bewegungsablaufes (Abrutschen vom Sprungbrett, Bodenunebenheit) nicht mehr kompensiert werden und zu unphysiologischen Belastungen/Verletzungen führen könnten. Die Aussage, es handle sich um «einen typischen Unfallmechanismus» könne deshalb nicht geteilt werden. Plausibel sei eine unphysiologische Belastung nur dann, wenn diese durch äussere Umstände aufgezwungen werde. Die Grenzen der physiologischen Belastung würden in aller Regel instinktiv eingehalten. Der Mensch verhalte sich normalerweise im Rahmen der von Kindheit an erlernten Belastungsgrenzen. Diese würden nur dann verlassen, wenn äussere Umstände passiv einwirkten. Mithin bleibe es zusammengefasst bei der bereits erfolgten Einschätzung zur Ätiopathogenese der Zusammenhangstrennung der Achillessehne unter Würdigung des Unfallmechanismus (verschiedene Angaben, jedoch fehlendes unvorhergesehenes, überraschendes Momentum gemäss den Ausführungen von Ludolph) sowie der wissenschaftlichen Lehrmeinung und aufgrund fehlender histologischer Beurteilung von intraoperativ entnommenem Sehngewebe aus der Rupturstelle (vgl. GV-Nr. 61). 5.14 Am 21. April 2023 nahm Dr. med. C. \_\_\_ ergänzend Stellung zu dem ihm neu vorgelegten Histopathologischen Befundbericht vom 28. November 2022. Gemäss diesem entspreche der feingewebliche Befund einer nicht ganz frischen Ligamentruptur offenbar auf dem Boden eines bereits

älteren exogenen Vorschadens (mehrere Wochen bzw. wenige Monate). Es sei somit von einer rezidivierenden Schädigung, beispielsweise durch vorangegangene Zerrung oder Teilruptur, auszugehen. Diese beschriebene anzunehmende Vorschädigung der betroffenen Achillessehne sei mithin unter Würdigung der bereits abschnittsweise wiedergegebenen wissenschaftlichen Betrachtungsweise als überwiegend wahrscheinlich kausal hinsichtlich der eingetretenen Zusammenhangstrennung anzusehen. Bei dem vorliegend beschriebenen Belastungsvorgang sei nichts Bestimmungswidriges, Unerwartetes, Unvorhergesehenes, Ungeplantes, Unkoordiniertes zu erkennen, so dass alles fehle, was eine Gefährdung der Achillessehne beinhalten könnte. Unter Würdigung des histopathologischen Untersuchungsbefundes und der Anamnese mit fehlender unvorhergesehener Belastung der betroffenen Achillessehne sei an der Einschätzung einer allenfalls möglichen, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlichen ereignisassoziierten Sehnenverletzung festzuhalten. Degenerative Vorschädigungen der Sehnen seien beschrieben und alterskorreliert als nicht unüblich zu erachten (vgl. GV-Nr. 65). 5.15 Am 6. Juni 2023 erstattete Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, D.\_\_\_\_, im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein chirurgisch-traumatologisches Aktengutachten. In diesem führte er aus, es erstaune, dass im vorliegenden Fall das Grundprinzip einer Sehnenruptur nicht ausreichend berücksichtigt worden sei. Als *Conditio sine qua non* für eine (unfallbedingte) Sehnenruptur erfolge vorgängig prinzipiell eine sog. exzentrische Dehnung des bereits vorgespannten Muskelsehnenapparates. Im vorliegenden Fall habe sich der Muskelsehnenapparat bzw. die Wadenmuskulatur mit der Achillessehne beim Hochspringen angespannt wie immer beim Volleyballspiel und beim Hochspringen. Es hätte dann aber noch zusätzlich zu einem von aussen einwirkenden Faktor mit nochmaliger Dehnung des bereits angespannten Muskelsehnenapparates der Wadenmuskulatur und der Achillessehne kommen müssen, die dem normalen Verlauf entgegengesetzt eingewirkt hätte und zur Ruptur der Achillessehne hätte führen können. Derartige Ereignisse erfolgten beispielsweise beim Lossprinten der Sprinter vom Block. Die Tennisspieler und auch die Badmintonspieler würden zum Ball hinlaufen, sich dann umdrehen und erneut aus einer dorsalen Flexion starten. Damit komme es zur exzentrischen Dehnung des vorgespannten Muskelsehnenapparats und so erklärten sich bspw. die Rupturen der Achillessehne bei Tennisspielern. Dieser Hergang werde bei Volleyballspielern nicht beschrieben. Derartige schnelle repetitive Wendemanöver um die Achse bestünden selten. Wenn sie aufträten, könne es aber ebenfalls zum ereignisbedingten Achillessehnenriss kommen. An diesem Momentum der sog. exzentrischen Belastung fehle es vorliegend. Der Beschwerdeführer gebe einen kontrollierten Sprung an, ein ungewöhnliches Ereignis hätte sich nach eigenen Angaben nicht abgespielt. Bei diesem Sprung kontrahiere sich die Wadenmuskulatur kontrolliert, es werde damit ein Zug auf die Achillessehne ausgeübt und es komme zur Plantarflexion des Fusses mit anschliessendem Absprung. Eine zusätzliche Einwirkung eines äusseren Faktors habe nicht vorgelegen. Eine morphologisch gesunde Achillessehne wäre nicht gerissen. Der Beschwerdeführer befinde sich in einem Alter, in dem die Reissfestigkeit der Achillessehne abnehme. Ausserdem spiele er seit drei Jahrzehnten Volleyball, was mit repetitiven Belastungen der Achillessehne verbunden sei. Anscheinend sei es auch bereits früher zu Verletzungen des oberen Sprunggelenkes gekommen mit entsprechenden narbig verdickten Ligamenten. Insofern sei es durchaus wahrscheinlich, dass auch die Achillessehne schon bereits mittraumatisiert worden sei. Es fehle vorliegend an einer exzentrischen Dehnung. Die vorgeschädigte Sehne sei beim Absprung gerissen. Auch histopathologisch sei der Befund bestätigt worden, dass es bereits früher zu einer rezidivierenden Schädigung gekommen sei.

Es seien Fibroblasten-Proliferate nachgewiesen worden und die Pathologen seien von einer nicht mehr ganz frischen Achillessehnenruptur ausgegangen. Das sei zweifellos richtig, da das Substrat intraoperativ am 24. November 2022 entnommen worden sei, also knapp einen Monat nach dem Ereignis. Die Pathologen hätten aber auch darauf hingewiesen, dass es zusätzlich zu vorgängigen rezidivierenden Schäden hätte gekommen sein müssen. Insofern spreche dieser Befund ebenfalls dafür, dass es sich beim Achillessehnenriss vom 28. Oktober 2022 um einen überwiegend wahrscheinlich degenerativ bedingten Riss handle. Die Sehnenstümpfe seien zwar von Dr. med. F.\_\_\_\_ noch als gut beschrieben worden. Das schliesse jedoch nicht aus, dass es feingeweblich trotzdem schon zu degenerativen Veränderungen gekommen sei, die zum Riss der Sehne geführt hätten. Entscheidend sei, dass es mit dem Absprung zu einem völlig kontrollierten Vorgang gekommen sei, bei dem eine gesunde Achillessehne nicht reisse. Insgesamt habe das Ereignis vom 28. Oktober 2022 überwiegend wahrscheinlich eine Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG verursacht, diese sei jedoch im gesamten Ursachenspektrum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen. Voraussetzung für eine unfallbedingte Sehnenruptur sei prinzipiell eine exzentrische Dehnung des vorgängig angespannten Muskelsehnenapparates, an welcher es vorliegend fehle. Bei dem kontrollierten Abspringen werde der Muskelsehnenapparat der Wade physiologisch beansprucht. Reisse dann die Achillessehne, sei dies in der Regel auf degenerative Veränderungen zurückzuführen. In der Fachliteratur würde zudem beschrieben, dass derartige Risse häufig bei Männern im mittleren Lebensalter erfolgten. Hinzuweisen sei auch darauf, dass zusätzlich im MRI vom 11. November 2022 schon narbige Abheilungen des lateralen Bandapparates vorgelegen hätten, auch im Bereich der vorderen und hinteren Syndesmose. Der Beschwerdeführer spiele seit drei Jahrzehnten Volleyball, könne sich allerdings nicht an diese früheren, inzwischen ausgeheilten Verletzungen erinnern. Diese seien aber im MRI vom 11. November 2022 noch sichtbar. Dass es im Zusammenhang mit diesen früheren Makroverletzungen zusätzlich bereits früher zu repetitiven Mikroverletzungen der Achillessehne gekommen sein könne, könne diskutiert werden, sei aber nicht zwingend Voraussetzung für die heute festgestellte Achillessehnenruptur. Diese sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingt entstanden, da sie sich bei einem normalen Sportvorgang ereignet habe, ohne dass der Muskelsehnenapparat pathologisch gestresst worden sei (vgl. GV-Nr. 75.5 ff.). 6. Zu prüfen ist in einem ersten Schritt, ob das Ereignis vom 28. Oktober 2022 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt (vgl. E. II. 2.2 hiervor). 6.1 6.1.1 Der äussere Faktor ist zentrales Begriffsmerkmal eines jeden Unfallereignisses; er ist Gegenstück zur – den Krankheitsbegriff konstituierenden – inneren Ursache ( BGE 134 V 72 E. 4.1.1 S. 76). Nach der Rechtsprechung ist der äussere Faktor ungewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist. Das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann unter anderem in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei Körperbewegungen gilt dabei der Grundsatz, dass das Erfordernis der äusseren Einwirkung lediglich dann erfüllt ist, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat. Bei einer solchen unkoordinierten Bewegung ist der ungewöhnliche äussere Faktor zu bejahen; denn der äussere Faktor – Veränderung zwischen Körper und Aussenwelt – ist wegen der erwähnten Programmwidrigkeit zugleich ein ungewöhnlicher Faktor. Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einem Gegenstand anstösst, oder

wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrhaltung ausführt oder auszuführen versucht. Das Auftreten von Schmerzen als solches ist demgegenüber kein äusserer (schädigender) Faktor im Sinne der Rechtsprechung. Einwirkungen, die aus alltäglichen Vorgängen resultieren, taugen in aller Regel nicht als Ursache einer Gesundheitsschädigung. Ferner ist zu beachten, dass sich der medizinische Begriff des Traumas nicht mit dem versicherungsrechtlichen Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG deckt. Ausschlaggebend ist also, dass sich der äussere Faktor vom Normalmass an Umwelteinwirkungen auf den menschlichen Körper abhebt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_24/2022 vom 20. September 2022 E. 3.2 mit Hinweisen).

6.1.2 Bei Sportverletzungen ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit ohne besonderes Vorkommnis zu verneinen. Treten Schmerzen bei «normalen» Bewegungsabläufen auf, ist der ungewöhnliche äussere Faktor nicht gegeben. Die äussere Einwirkung muss den Bewegungsablauf vielmehr programmwidrig beeinflussen. Von einer Programmwidrigkeit kann nur gesprochen werden, wenn der Bewegungsablauf nach einem objektiven Massstab nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist, nicht aber wenn ein Geschehen in die gewöhnliche Bandbreite der Bewegungsmuster des betreffenden Sports fällt. Die Programmwidrigkeit kann bspw. durch andere Mitspieler (z. B. durch Schubsen, Anrempeln, Bodycheck), durch andere äussere Umstände (Ausrutschen auf glitschigem Untergrund, Stolpern über einen Absatz) oder reflexartige Abwehrbewegungen verursacht worden sein (Irene Hofer in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 6 N 41; Urteil des Bundesgerichts 8C\_835/2013 vom 28. Januar 2014 E. 5.1 mit Hinweisen).

6.2 6.2.1 Hinsichtlich des konkreten Geschehensablaufs sind den vorliegenden Akten folgende Angaben zu entnehmen: Gemäss Bagatellunfallmeldung UVG vom 31. Oktober 2022 verspürte der Beschwerdeführer am 28. Oktober 2022 während des Volleyballspiels «beim Anlaufen» und ohne Fremdeinwirkung einen messerartigen Schmerz im Fuss unterhalb der Wade (vgl. GV-Nr. 1.2; E. II. 5.1 hiervor). Auf dem Fragebogen Körperschädigung vom 20. November 2022 gab der Beschwerdeführer alsdann an, er habe «beim Abspringen» einen akuten Schlag mit Schmerzen im Bereich der rechten Achillessehne erlitten, ohne dass etwas Aussergewöhnliches vorgefallen sei (vgl. GV-Nr. 17.1; E. II. 5.6 hiervor). Der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ beschrieb am 31. Oktober 2022 als Ereignishergang eine Distorsion bzw. ein Pronationstrauma am OSG rechts «bei Absprung» (vgl. GV-Nr. 53; E. II. 5.2 hiervor), am 11. November 2022 eine Achillessehnenruptur am rechten Bein «beim Absprung / Stop+Go» (vgl. GV-Nr. 23; E. II. 5.4 hiervor). Dr. med. F.\_\_\_\_ ging in seinem Bericht vom 19. November 2022 ebenfalls davon aus, dass der Beschwerdeführer «beim Abspringen» einen akuten Schlag mit Schmerzen im Bereich der rechten Achillessehne erlitten habe, und diagnostizierte daraufhin ein «St. n. Absprungtrauma mit akuter Achillessehnenruptur rechts» (vgl. GV-Nr. 21; E. II. 5.5 hiervor). Mit Schreiben vom 9. Januar 2023 führte er zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers anschliessend (neu) aus, eine Nachfrage beim Beschwerdeführer habe ergeben, dass er sich nicht genau erinnern könne, ob der Schmerz bei der Landung vom Sprung mit einer Distorsion ähnlich wie beim Treten in ein Loch verbunden gewesen sei (vgl. GV-Nr. 45; E. II. 5.10 hiervor). Der Beschwerdeführer seinerseits machte am 16. Januar 2023 geltend, er habe beim Absprung das Gleichgewicht verloren und eine unkontrollierte Bewegung gemacht, um einen drohenden Sturz zu verhindern. Er habe daraufhin einen akuten Schlag und Schmerzen im Bereich der rechten Achillessehne verspürt (vgl. GV-Nr. 46; E. II. 5.12 hiervor).

6.2.2 Aus dem vorstehend

Dargelegten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer zeitnah zum Ereignis vom 28. Oktober 2022 am 31. Oktober 2022 über seinen Arbeitgeber gegenüber der Beschwerdegegnerin vermelden liess, beim Anlaufen (zum Absprung) einen Schmerz im (rechten) Fuss unterhalb der Wade verspürt zu haben. Dieser Aussage ist grundsätzlich höheren Beweiswert zuzumessen, handelt es sich dabei doch um eine «Aussage der ersten Stunde», die in der Regel unbefangener und zuverlässiger ist als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a S. 48; Urteil des Bundesgerichts 8C\_762/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.3.2). Auch im weiteren Verlauf hielten sowohl der Beschwerdeführer als auch die behandelnden Ärzte wiederholt daran fest, dass er sich beim Abspringen (einhergehend mit einem akuten Schlag und Schmerzen im Bereich der rechten Achillessehne) die Achillessehnenruptur zugezogen habe. Erst Dr. med. F.\_\_\_\_ führte später aus, der Beschwerdeführer könne sich nicht mehr verinnerlichen, ob der Schmerz nicht doch erst bei der Landung nach erfolgtem Sprung mit einer Distorsion «ähnlich wie beim Treten in ein Loch» aufgetreten sei. Dabei gilt es jedoch darauf hinzuweisen, dass diese neue Variante des Geschehensablaufs – welche einem Unfallereignis eher entsprochen hätte (vgl. E. II. 6.1.1 f. hiavor; siehe auch Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 13. März 2023 [GV-Nr. 61.3; E. II. 5.13 hiavor]) – nur auf spezifisches Nachfragen von Dr. med. F.\_\_\_\_ (erstmal) vorgebracht wurde und Letzterer in ihr wohl die (zusätzliche) Bestätigung für seine medizinische Einschätzung suchte, wonach die erlittene Achillessehnenverletzung überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt gewesen sei. Der Beschwerdeführer stellt(e) denn auch zu Recht in seiner Einsprache vom 10. Juli 2023 sowie in seiner Beschwerde vom 6. Oktober 2023 erneut auf seine ursprüngliche Version des Geschehensablaufs ab (vgl. GV-Nr. 81.1; A.S. 13). 6.2.3 Ist der Beschwerdeführer jedoch weder gestolpert, noch ausgeglichen noch hat er einen Misstritt gemacht und ist auch sonst keine unkoordinierte Bewegung in dem Sinne dokumentiert, dass der natürliche Ablauf der Körperbewegung durch etwas Programmwidriges oder Sinnfälliges wie etwa ein reflexartiges Abwehren eines Sturzes oder ein Stossen durch eine Drittperson gestört worden wäre, fehlt es vorliegend am Kriterium eines «ungewöhnlichen äusseren Faktors», der den Rahmen des beim Volleyballspiel normalen Bewegungsmusters sprengen würde (vgl. E. II. 6.1.2 hiavor). Ist besagtes Kriterium aber nicht erfüllt, ist das Ereignis vom 28. Oktober 2022 auch nicht als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG zu qualifizieren. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass Dr. med. E.\_\_\_\_ ein (Pronations-) Trauma und Dr. med. F.\_\_\_\_ ein (Absprung-) Trauma diagnostizierten, deckt sich doch der medizinische Begriff des Traumas rechtsprechungsgemäss nicht mit dem Unfallbegriff im Rechtssinne (vgl. E. II. 6.1.1 hiavor). Vom Beschwerdeführer wird denn auf Beschwerdeebene richtigerweise auch nicht mehr in Abrede gestellt, dass sich am 28. Oktober 2022 kein Unfall zugetragen habe (vgl. A.S. 13). 7. Zu prüfen bleibt somit, ob die Beschwerdegegnerin nach Art. 6 Abs. 2 UVG in der seit 1. Januar 2017 geltenden Fassung leistungspflichtig ist (vgl. E. II. 2.3 hiavor). Vorliegend besteht mit der Diagnose einer Achillessehnenruptur unbestrittenermassen eine Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG ( Sehnenrisse). 7.1 7.1.1 Gemäss dem zu dieser neueren Bestimmung ergangenen BGE 146 V 51 ist für die Anwendung von Art. 6 Abs. 2 UVG zwar kein äusserer Faktor und damit kein unfallähnliches sinnfälliges Ereignis oder eine allgemein gesteigerte Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung zu aArt. 9 Abs. 2 UVV mehr vorausgesetzt. Insoweit führt grundsätzlich bereits die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 lit. a – h UVG genannte Körperschädigung vorliegt, nunmehr zur Vermutung, es handle sich hierbei um

eine unfallähnliche Körperschädigung, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Indessen ergibt sich aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen, erkennbaren und benennbaren Ereignis – nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) – auch nach der UVG-Revision relevant. Zu betonen ist aber, dass der Unfallversicherer bei Vorliegen einer Listenverletzung grundsätzlich in der Pflicht steht, Leistungen zu erbringen, solange er nicht den Nachweis für eine vorwiegende Bedingtheit durch Abnutzung oder Erkrankung erbringt. Dies setzt voraus, dass er im Rahmen seiner Abklärungspflicht (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) nach Eingang der Meldung einer Listenverletzung die Begleitumstände der Verletzung genau abklärt. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter resp. harmloser Art, so vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage 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. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnutzung 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 Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnutzung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen.

7.1.2 Bei Achillessehnenrupturen mag es zwar sein, dass diese im Allgemeinen häufig bei aufgrund degenerativer Veränderungen geschwächter Sehnen auftreten. Der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers ist bei Vorliegen einer Listenverletzung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG indessen nicht bereits mit dem Nachweis von vorbestehenden degenerativen Veränderungen geleistet, zumal bei Eintritt einer der Listenverletzungen praktisch immer krankheits- und/oder degenerative (Teil-) Ursachen im Spiel sind. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen – mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit – nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_593/2021 vom 6. Januar 2022 E. 5.2.1; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C\_533/2023 vom 17. Januar 2024 E. 3.3.1, 8C\_462/2022 vom 22. Februar 2023 E. 4.2.2).

7.2 7.2.1 Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin bei der D. \_\_\_ ein (externes) Aktengutachten in Auftrag gab, ohne den Beschwerdeführer bzw. dessen Rechtsvertreterin vorgängig darüber zu informieren (vgl. GV-Nr. 73). Sie hielt damit die formellen Anforderungen an eine Gutachtensvergabe, namentlich die vorgängige Bekanntgabe des Namens des unabhängigen Sachverständigen sowie die vorgängige Zustellung der an diesen zu richtenden Fragen an die Partei (vgl. Art. 44 Abs. 2 und Abs. 3 ATSG), nicht ein. Dies

führt indessen nicht dazu, dass das von der D.\_\_\_\_ erstattete chirurgisch-traumatologische Aktengutachten vom 6. Juni 2023 jeglichen Beweiswert verliert. Es ist vielmehr gleich zu würdigen, wie wenn es von einem versicherungsinternen Arzt stammen würde. Auf den Bericht eines versicherungsinternen Arztes kann rechtsprechungsgemäss dann abgestellt werden, soweit auch keine geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit seiner Feststellungen bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_613/2015, 8C\_574/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 6.2.1; E. II. 3.2 hiervor). 7.2.2 Dem beratenden Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_, standen sämtliche medizinischen Akten der Beschwerdegegnerin, mithin auch sämtliche Berichte und Unterlagen der behandelnden Ärzte und der Histopathologie zur Verfügung (vgl. GV-Nr. 75.1 ff.), welche er anschliessend auch in seine Beurteilung miteinbezog (vgl. GV-Nr. 75.5 ff.). Es lag ein an sich feststehender medizinischer Sachverhalt mit lückenlosem Befund vor, welcher einzig noch einer Abklärung der (medizinischen) Ursache für die erlittene Verletzung bedurfte. Eine blosse Aktenbeurteilung war somit grundsätzlich möglich (vgl. E. II. 3.3 hiervor). 7.3 7.3.1 Fest steht, dass der Beschwerdeführer am 28. Oktober 2022 im Rahmen eines Volleyballspiels beim Anlaufen zum Absprung oder beim Abspringen einen akuten Schlag mit Schmerzen im Bereich der rechten Achillessehne verspürte (vgl. E. II. 5.1, E. II. 5.6, E. II. 6.2.2 hiervor). Damit liegt ein initiales, nicht ganz untergeordnetes Ereignis als potenzielle Ursache seines Gesundheitsschadens vor (so auch bei vergleichbarer Ausgangslage: Urteil des Bundesgerichts 8C\_267/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 7.1). 7.3.2 Weiter zu prüfen ist sodann, ob die vorliegende Verletzung als Listendiagnose zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Hierzu ist nachfolgend die Aktenbeurteilung der D.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2023, auf welche sich die Beschwerdegegnerin bei der Verneinung ihrer Leistungspflicht hauptsächlich abstützt, inhaltlich vertieft auf ihre Beweiswertigkeit hin zu untersuchen. 7.3.2.1 Dr. med. H.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_, wies im Rahmen seiner grundsätzlichen Überlegungen darauf hin, dass die Reissfestigkeit der Achillessehne mit dem Alter generell abnehme und gemäss der einschlägigen Fachliteratur derartige Risse häufig bei Männern im mittleren Lebensalter – worunter auch der im Zeitpunkt des Ereignisses vom 28. Oktober 2022 46-jährige Beschwerdeführer fällt – erfolgten (vgl. GV-Nr. 75.7 f.; E. II. 5.15 hiervor). Aus diesen allgemeinen Ausführungen lässt sich vorliegend – ohne Bezugnahme zum konkreten Einzelfall – indessen nichts gewinnen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_593/2021 vom 6. Januar 2022 E. 5.1). 7.3.2.2 Die Einschätzung von Dr. med. H.\_\_\_\_ stützt sich weiter in erster Linie auf die Annahme, dass der fragliche Ereignishergang biomechanisch nicht geeignet sei, bei einer gesunden Achillessehne einen Riss zu verursachen. Er führte hierzu aus, beim vorliegend beschriebenen kontrollierten Abspringen fehle es an einer exzentrischen Dehnung des bereits vorgespannten Muskelsehnenapparates, welche zur Ruptur hätte führen können (vgl. GV-Nr. 75.6 ff.; E. II. 5.15 hiervor). Dieser Einschätzung steht diejenige des behandelnden Arztes Dr. med. F.\_\_\_\_ grundsätzlich nicht entgegen, der zunächst selber das vom Beschwerdeführer an der Achillessehne erlittene Trauma als «nicht unbedingt adäquat» bezeichnete (vgl. GV-Nr. 21; E. II. 5.5 hiervor), um später – wohl zwecks zusätzlicher Stützung seiner These einer traumatisch bedingten Verletzung – eine neue Variante des Geschehensablaufs einzubringen (vgl. GV-Nr. 45; E. II. 5.10 hiervor), welche sich jedoch als nicht überwiegend wahrscheinlich herausstellte (vgl. E. II. 6.2.2 hiervor). Dessen ungeachtet beruht die von Dr. med. H.\_\_\_\_ ermittelte (Zug-) Belastung der Sehne beim Ereignis vom 28. Oktober 2022 letztlich auf einer Hypothese, ohne dass sich der konkrete schädigende Mechanismus im Körperinnern noch genau rekonstruieren liesse. Darüber hinaus ging auch Dr. med. H.\_\_\_\_ lediglich davon aus,

dass bei einem Geschehensablauf wie dem geschilderten «in der Regel» eine Achillessehnenruptur auf einen degenerativen Vorzustand zurückzuführen sei (vgl. GV-Nr. 75.8; siehe in diesem Zusammenhang etwa auch die Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 21. April 2023, wonach eine ereignisassoziierte Sehnenverletzung zumindest möglich sei [GV-Nr. 65.1; E. II. 5.14 hiervor]). Ohnehin ist die Ereignisschilderung bloss als einzelnes Indiz unter mehreren in die Gesamtwürdigung einzubeziehen und für sich allein grundsätzlich (noch) nicht geeignet, um den Entlastungsbeweis zu erbringen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_593/2021 vom 6. Januar 2022 E. 5.2.3).

7.3.2.3 Anlässlich der MRI-Arthrographie vom 11. November 2022 zeigte sich eine komplette von einem ausgedehnten Weichteilhämatom und einer leichten Dehiszenz begleitete Ruptur der rechten Achillessehne mit einer am ehesten einem Narbengewebe entsprechenden Verdickung der vorderen und hinteren Syndesmose ohne Signalalteration, einer allenfalls narbig bedingten leichten Verdickung und flauen Signalalteration des Ligamentum fibulotalare anterius und des Ligamentum fibulokalkaneare, einem intakten Ligamentum deltoideum sowie einer ausgeprägten Verdickung und Signalalteration der Sehnenstümpfe (vgl. GV-Nr. 22; E. II. 5.3 hiervor). Dr. med. H.\_\_\_\_ schloss daraus, dass die bildgebend festgestellten narbigen Verdickungen des lateralen Bandapparates und im Bereich der vorderen und hinteren Syndesmose eindeutig auf frühere ausgeheilte Verletzungen hinwiesen, die dem Beschwerdeführer im Laufe seines 30-jährigen Volleyballspielens gar nicht mehr Erinnerung gewesen seien (vgl. GV-Nr. 75.5 f., 75.8; E. II. 5.15 hiervor). Der behandelnde Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ wies – gestützt auf das MRI vom 11. November 2022 – in seinem ersten Sprechstundenbericht vom 19. November 2022 ebenfalls darauf hin, dass sich bei ausgedehnter Hämatombildung innerhalb der Sehnen Scheide proximal und distal der Rupturzone auch gewisse degenerative Veränderungen zeigten (vgl. GV-Nr. 21; E. II. 5.5 hiervor). Diese Aussage korrigierte er indessen in der Folge in seinem Bericht zur Operation vom 24. November 2022 insofern, als er festhielt, dass sich intraoperativ bis zu den Sehnenstümpfen sowohl proximal wie auch distal eine doch gute Sehnenqualität und ein ausgedehntes, teils bereits «organisiertes» Hämatom präsentierten, wobei Letzteres im MRI vom 11. November 2022 das Bild von degenerativen Veränderungen provoziert habe (vgl. GV-Nr. 38; E. II. 5.8 hiervor). Mit Schreiben vom 9. Januar 2023 führte er schliesslich aus, dass die von ihm am 24. November 2022 abgetragene Haglundexostose die (Achilles-) Sehne leicht arrodiiert habe, wobei diese Arrosion zwar degenerativ verursacht sei, aber mit der Sehnenruptur nicht in Zusammenhang stehe (vgl. GV-Nr. 45; E. II. 5.10 hiervor).

Dr. med. H.\_\_\_\_ nahm in seiner Aktenbeurteilung vom 6. Juni 2023 nicht weiter Stellung zum Einwand von Dr. med. F.\_\_\_\_, wonach das ausgeprägte Hämatom an der Rupturstelle zu einer Verfälschung der bildgebenden Befunde des MRI vom 11. November 2022 geführt habe. Darüber hinaus leitete er aus einer (teilweise lediglich leichtgradigen) narbigen Verdickung der Syndesmosen und des (lateralen) Bandapparates einen degenerativen Vorzustand der gerissenen Achillessehne ab, ohne diesen nicht augenfälligen Zusammenhang näher zu erläutern. Gestützt auf die bildgebenden Befunde lässt sich die Theorie des vorwiegend abnützungs- oder krankheitsbedingten Risses der Achillessehne demnach nicht ohne weiteres erhärten.

7.3.2.4 Hinzu kommt, dass Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 9. Januar 2023 erwähnte, dass er – entgegen der bildgebenden Darstellung im MRI vom 11. November 2022 – intraoperativ schöne Sehnenstümpfe und eine insgesamt gute Sehnenqualität vorgefunden habe, aufgrund welcher er die Ruptur als überwiegend wahrscheinlich unfallbedingt beurteile (vgl. GV-Nr. 45; E. II. 5.10 hiervor). Dr. med. H.\_\_\_\_ hielt dem entgegen, dass es trotzdem feingeweblich bereits zu degenerativen

Veränderungen habe kommen können, welche zum Riss der Achillessehne geführt hätten (vgl. GV-Nr. 75.7; E. II. 5.15 hiervor). Dr. med. F.\_\_\_\_ hatte hierzu am 24. November 2022 intraoperativ aus der Rupturstelle Sehnenanteile entnommen, um diese histologisch auf mögliche Hinweise auf eine frische Traumatisierung oder eine chronische Tendinopathie untersuchen zu lassen (vgl. GV-Nr. 38, 40). Der Pathologe Dr. med. G.\_\_\_\_ bezeichnete daraufhin in seinem histopathologischen Befundbericht vom 28. November 2022 das Weichgewebe unter anderem als tendinös, was auf einen gewissen degenerativen Vorzustand hindeuten dürfte (vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Tendopathie> , letztmals besucht am 27. Juni 2024). Gleichzeitig hielt er jedoch auch fest, dass der feingewebliche Befund einer nicht ganz frischen Ligamentruptur offenbar auf dem Boden eines bereits älteren exogenen Vorschadens (mehrere Wochen bzw. wenige Monate) entspreche, so dass von einer rezidivierenden Schädigung, bspw. durch vorangegangene Zerrung oder Teilruptur, auszugehen sei (vgl. GV-Nr. 63; E. II. 5.9 hiervor). Er ermittelte demnach zwar eine Vorschädigung, erachtete diese jedoch – so zumindest seine Wortwahl – als durch eine exogene, mithin eine äussere Einwirkung (so etwa eine vorangegangene Zerrung oder Teilruptur) verursacht (vgl. zur Definition von «exogen»:

<https://flexikon.doccheck.com/de/Exogen> , letztmals besucht am 27. Juni 2024). Damit ist aber noch nicht ohne weiteres ausgesagt, dass diese Vorschädigung (vorwiegend) auf Abnutzung oder Krankheit, welche Gegenstück zu einem spezifischen Ereignis bilden (vgl. BGE 146 V 51 E. 8.2.2.2 sowie E. 8.2.3 S. 65 f.), zurückzuführen war. Bezeichnenderweise schloss Dr. med. H.\_\_\_\_ denn aus den Verletzungen des oberen Sprunggelenkes mit entsprechenden narbig verdickten Ligamenten, dass wahrscheinlich auch die Achillessehne bereits mittraumatisiert worden sei (vgl. GV-Nr. 75.7; E. II. 5.15 hiervor). Er ging demzufolge offenbar selber – und auch das nur mittels einer indirekten Beweisführung – von einer ursprünglich traumatischen Pathogenese aus. Bei dieser Ausgangslage kann aber nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die vom Beschwerdeführer am 28. Oktober 2022 erlittene Achillessehnenverletzung auf ein vorwiegend degeneratives Geschehen zurückzuführen war. Dies gilt selbst dann, wenn doch zumindest gewisse degenerative Vorzustände vorliegen sollten, reicht doch deren Nachweis auch nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch nicht ohne weiteres für das Gelingen des Entlastungsbeweises des Unfallversicherers (vgl. E. II. 7.1.2 hiervor). 7.3.3 Gestützt auf vorstehende Ausführungen bestehen mithin zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Aktenbeurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_ (zu deren reduzierten Beweiskraft vgl. E. II. 3.2 sowie E. II. 7.2.1 hiervor), so dass darauf nicht abgestellt werden kann. Es fehlen (bisher) die medizinischen Befunde, um überwiegend wahrscheinlich von einer vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführenden Listenverletzung ausgehen zu können (vgl. E. II. 7.3.2.3 f. hiervor). So verbleibt aktuell lediglich der von Dr. med. H.\_\_\_\_ ermittelte, letztlich auf einer Hypothese beruhende Ereignishergang im Körperinnern, mit welchem indessen für sich allein der Entlastungsbeweis (noch) nicht geführt werden kann (vgl. E. II. 7.3.2.2 hiervor). Soweit Dr. med. H.\_\_\_\_ die Auffassung vertritt, es sei (einzig) «entscheidend», dass es mit dem Absprung zu einem völlig kontrollierten Vorgang gekommen sei, bei welchem eine gesunde Achillessehne nicht reisse (vgl. GV-Nr. 75.7; E. II. 5.15 hiervor), ist ihm demnach nicht zu folgen. Schliesslich erweisen sich auch die (vorgängigen) Beurteilungen des Vertrauensarztes Dr. med. C.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.7, E. II. 5.13, E. II. 5.14 hiervor) als nicht beweiswertig, nachdem sie sich – wie Dr. med. H.\_\_\_\_ zu Recht anmerkt (vgl. GV-Nr. 75.5) – weitgehend auf allgemeine (unfallmedizinische) Ausführungen ohne Bezug zum

konkreten Einzelfall beschränken. Zugleich kann aber auch auf die Einschätzung des behandelnden Arztes Dr. med. F. \_\_\_ vom 9. Januar 2023 nicht ohne weiteres abgestellt werden, stützte sich dieser doch unter anderem auf einen Geschehensablauf, welcher sich als nicht überwiegend wahrscheinlich herausstellte (vgl. E. II. 7.3.2.2 hiavor), und äusserte sich überhaupt nicht zum histopathologischen Befundbericht vom 28. November 2022, obwohl dieser an ihn adressiert war (vgl. GV-Nr. 63). Die Beschwerdegegnerin hat demnach aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 ATSG; E. II. 3.1 hiavor) ein klärendes, den Vorgaben von Art. 44 ATSG entsprechendes medizinisches Gutachten zu veranlassen und danach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut zu befinden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_267/2019 vom 30. Oktober 2019 E. 7.2.2). Die Gutachtensperson wird sich unter Berücksichtigung der vorhandenen Akten dazu zu äussern haben, ob die Listenverletzung vorwiegend, d.h. im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Kommt sie zu dem begründeten und überzeugenden Schluss, dass die Verletzung des Beschwerdeführers nicht überwiegend auf Verschleiss oder Krankheit zurückzuführen ist, muss die Beschwerdegegnerin für die Folgen der Achillessehnenverletzung aufkommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_347/2021 vom 10. November 2021 E. 4.4 mit Hinweisen). 8. Der Einspracheentscheid vom 6. September 2023 ist demzufolge in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache – entsprechend dem Eventualbegehren des Beschwerdeführers (vgl. E. I. 2.1 hiavor) – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese im Sinne der vorstehenden Erwägungen vorgeht und sodann erneut entscheidet.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang (formelles Obsiegen) steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung ■ wie in der Kostennote vom 18. Dezember 2023 beantragt (vgl. A.S. 41) ■ auf CHF 2'061.05 festzusetzen (7.55 Std. à CHF 250.00, zzgl. Auslagen von CHF 26.20 und 7.7 % MwSt.).

9.2 In Beschwerdesachen der Unfallversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht sind (abgesehen vom hier nicht interessierenden Fall einer mutwilligen oder leichtsinnigen Prozessführung) keine Verfahrenskosten zu erheben, weil dies im UVG nicht vorgesehen ist (Art. 61 lit. fbisATSG).

Demnach wird erkannt:

3. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

### **Rechtsmittel**

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin  
Weber-Probst

Der Gerichtsschreiber  
Birgelen

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.