

SO_GERICHTE VSBES.2024.184 vom 13. Juni 2024

SO Obergericht, 2024-06-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.184

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.184 du 13 juin 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.184 del 13 giugno 2024

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1972, ist seit 2014 bei der SBB AG angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Notfallbericht von Dr. med. B.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (2012), vom 24. September 2016 (Akten der Beschwerdegegnerin Nr. [Suva-Nr.] 17) zog sich der Beschwerdeführer am 23. September 2016 beim Volleyballspielen einen Abriss der Achillessehne im muskulotendinösen Übergang zu. Die Beschwerdegegnerin wurde mit Bagatellunfallmeldung vom 29. September 2016 (Suva-Nr. 1) über dieses Ereignis informiert und erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen.

1.2 Gemäss Sprechstundenbericht von Dr. med. C.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (2019), und Dr. med. D.____, ebenfalls Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (2015), vom 27. April 2017 (Suva-Nr. 11) wurde die Behandlung des Beschwerdeführers ein halbes Jahr nach Beginn der konservativen Therapie abgeschlossen. Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Leistungen in der Folge formlos ein.

1.3 Am 14. Juni 2023 liess der Beschwerdeführer einen Rückfall betreffend das Ereignis vom 23. September 2016 melden (Suva-Nr. 13). Als Rückfalldatum wurde der 12. Juni 2023 angegeben. Zum Sachverhalt wurde in der Schadenmeldung lediglich festgehalten, dass die damals ■ d.h. am 23. September 2016 ■ beschädigte Achillessehne immer noch Beschwerden verursache.

1.4 Mit Verfügung vom 1. März 2024 (Suva-Nr. 57) wies die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers infolge des geltend gemachten Rückfalls ab. Die hiergegen erhobene Einsprache vom 9. April 2024 (Suva-Nr. 60) wies die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 13. Juni 2024 (Aktenseite/n [A.S.] 1 ff.) ab.

E. 2

2.1 Soweit das UVG nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

2.2 Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Art. 6 Abs. 2 UVG). Von dieser Kompetenz hat er in Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) Gebrauch gemacht. Danach sind die folgenden abschliessend aufgeführten Körperschädigungen auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung den Unfällen gleichgestellt, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind:

Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g) sowie Trommelfellverletzungen (lit. h).

2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (statt vieler BGE 129 V 177 E. 3.1). Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (statt vieler BGE 129 V 177 E. 3.2).

2.4 Die Versicherungsleistungen nach UVG werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 UVV). Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 144 V 245 E. 6.1; 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen).

2.5 Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 E. 2c mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_382/2018 vom 6. November 2018 E. 2.2). Der Unfallversicherer kann dabei nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des

Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_139/2019 vom 18. Juni 2019 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (sog. antizipierte oder vorweggenommene Beweiswürdigung). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2023 vom 22. Mai 2024 E. 3.2 mit Hinweisen).

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_173/2021 vom 25. Oktober 2023 E. 4.1). Ein Aktenbericht bzw. -gutachten ist beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 3.2 mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. 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, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2023 vom 22. Mai 2024 E. 3.3 mit Hinweisen).

E. 4

4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen betreffend den auf den 12. Juni 2023 datierten Rückfall zu Recht verneint hat. Hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts finden sich folgende Unterlagen in den Akten:

4.2 Dr. med. E. ____, Facharzt für Radiologie (2011), hält in seinem Radiologiebericht vom 24. September 2016 (Suva-Nr. 19) zur gleichentags durchgeführten Sonographie des linken Unterschenkels des Beschwerdeführers fest, dass die Achillessehne etwas lax wirke und vor allem distal auf ca. 1,8 x 1,2 cm verdickt und wahrscheinlich auch etwas tendinopathisch verändert sei. 20 cm proximal der linken Ferse sei ein Abriss der proximalen Achillessehne im muskulotendinösen Übergang mit möglichem begleitendem Muskelriss des Musculus triceps surae festzustellen. Weiter sei ein lokales diffuses Hämatom sowie eine diffuse kutane und subkutane Schwellung bzw. ein Hämatom zu befunden.

4.3 Im Notfallbericht von Dr. B. ____ vom 24. September 2016 (Suva-Nr. 17) wird als Diagnose der Verdacht auf eine Achillessehnenläsion links aufgeführt. Bei der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers am 24. September 2016 sei beim Unterschenkel links im Bereich der Achillessehne eine Schwellung und Druckschmerz und im Bereich der distalen Wadenmuskulatur Druckschmerz festgestellt worden. Die Plantarflexion sei abgeschwächt. Der Thompson-Test sei positiv, auch zeige sich das Hanging-Foot-Zeichen. Fibula, Malleolen und Metatarsalia seien ohne Druckschmerz. Beim Röntgen des oberen Sprunggelenks (OSG) am 24. September 2016 habe sich keine frische ossäre Läsion ergeben. Dafür habe sich bei der am 24. September 2016 durchgeführten Sonographie durch Dr. E. ____ ■ siehe Ziff. 4.2 oben ■ ein Abriss der Achillessehne im muskulotendinösen Übergang, ca. 20 cm kranial des Calcaneus, gezeigt. Nach Rücksprache mit Dr. D. ____ werde der linke Fuss mit einem Spitzfussgips ruhiggestellt.

4.4 Im Sprechstundenbericht von Dr. D. ____ vom 29. September 2016 (Suva-Nr. 3) wird die Diagnose einer Achillessehnenläsion im muskulotendinösen Übergang links gestellt. Bei der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers am 26. September 2016 habe sich eine regrediente Schwellung gezeigt. Der Gips habe keine Druckstellen verursacht, die periphere Sensomotorik sei regelrecht. Der Thompson-Test sei nicht wiederholt worden, er sei am Samstag ■ d.h. anlässlich der Notfallkonsultation vom 24. September 2016 ■ positiv gewesen. Eine Delle sei nach wie vor nicht palpabel.

4.5 Im Sprechstundenbericht von Dr. C. ____ und Dr. D. ____ vom 6. Oktober 2016 (Suva-Nr. 4) wird die Diagnose einer Achillessehnenruptur beim muskulotendinösen Übergang links vom 23. September 2016 gestellt. Zum Verlauf wird festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer [rund] eine Woche nach Beginn der konservativen Therapie zur Kontrolle vorstelle. Schmerzen habe er keine, es sei [jedoch] ein Hämatom an der Wade aufgetreten. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich ein gut sitzender Gips. Weiter könne ein proximal in Resorption begriffenes Hämatom festgestellt werden. Dort sei die Wade weich. Die Durchblutung der Zehen sei intakt.

4.6 Im Sprechstundenbericht von Dr. C. ____ und Dr. D. ____ vom 27. Oktober 2016 (Suva-Nr. 5) wird die Diagnose einer Achillessehnenruptur beim muskulotendinösen Übergang links vom 23. September 2016 wiederholt. Zum Verlauf wird festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer am 11. Oktober 2016 zum regulären Gipswechsel zwei Wochen nach begonnener konservativer Therapie vorstelle. Nach der Gipsentfernung zeige sich, dass das zuvor bestehende Hämatom nicht mehr sichtbar sei. Die Wade sei weich. Die

spontane Plantarflexion betrage 15° . Der Thompson-Test deute mit einer diskreten Plantarflexion ein positives Ergebnis an.

4.7 Im Sprechstundenbericht von Dr. C.____ und Dr. D.____ vom 18. November 2016 (Suva-Nr. 6) wird die Diagnose einer Achillessehnenruptur beim muskulotendinösen Übergang links vom 23. September 2016 erneut wiederholt. Zum Verlauf wird festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer am 7. November 2016 sechs Wochen nach begonnener konservativer Therapie zur Kontrolle einfinde. Nach der Gipsentfernung zeige sich ventral auf Höhe des OSG eine oberflächliche Hautschürfung von 4 cm Breite, jedoch keine Umgebungsrötung. In Bauchlage betrage die spontane Plantarflexion rechts 15° , links 12° . Der Thompson-Test sei negativ mit nahezu seitengleicher schwacher Plantarflexion. Die Plantarflexion sei gegen Widerstand durchführbar. Die Achillessehne zeige am muskulotendinösen Übergang durchgängig eine leichte Druckempfindlichkeit. [Insgesamt] zeige sich klinisch ein gutes Resultat. Der Beschwerdeführer erhalte eine Physiotherapieverordnung.

4.8 Im Sprechstundenbericht von Dr. C.____ und Dr. D.____ vom 17. Januar 2017 (Suva-Nr. 5) wird die Diagnose einer Achillessehnenruptur beim muskulotendinösen Übergang links vom 23. September 2016 erneut bestätigt. Zum Verlauf wird festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer am 19. Dezember 2016 drei Monate nach Beginn der konservativen Therapie zur Kontrolle vorstelle. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich eine minime Druckempfindlichkeit im muskulotendinösen Übergang. Eine Delle sei nicht palpabel. Der Thompson-Test falle negativ aus mit fast seitengleicher schwacher Plantarflexion. Die spontane Plantarflexion in Bauchlage betrage rechts 15° , links 10° . Der zweibeinige Zehenstand sei durchführbar, der einbeinige Zehenstand sei noch nicht möglich. Es zeige sich bisher ein guter Verlauf unter der konservativen Therapie. Es werde eine zweite Serie Physiotherapie rezeptiert.

4.9 Gemäss Sprechstundenbericht von Dr. C.____ und Dr. D.____ vom 27. April 2017 (Suva-Nr. 11) fand am 27. März 2017 eine letzte Verlaufskontrolle statt. Erneut wird die Diagnose einer Achillessehnenruptur beim muskulotendinösen Übergang links vom 23. September 2016 gestellt. Der Beschwerdeführer sei ein halbes Jahr nach Beginn der konservativen Therapie mit Turnschuhen zur Kontrolle erschienen und habe angegeben, nur noch bei Wetterwechsel Beschwerden in der Achillessehne zu haben und ansonsten nichts mehr zu merken. Bei der klinischen Untersuchung sei ein hinkfreies Gangbild festgestellt worden. Der Zweibeinzehenstand sei problemlos möglich, der einbeinige Zehenstand sei etwas verhalten, aber durchführbar. Das zweibeinige Hüpfen sei problemlos möglich, auch das einbeinige Hüpfen links sei demonstrierbar. Im Seitenvergleich zeige sich links eine etwas dünnere Wade, zudem sei im Achillessehnenbereich noch eine Verdickung feststellbar. Eine Druckempfindlichkeit verspüre der Beschwerdeführer keine. 20 cm oberhalb des Ansatzes sei eine Auftreibung palpabel. Der Thompson-Test sei negativ mit schwacher Plantarflexion. Die spontane Plantarflexion in Bauchlage betrage rechts 15° , links 8° . Das OSG sei frei beweglich. Ein halbes Jahr nach konservativer Therapie zeige sich ein regelrechter Verlauf. Die Sprungkraft sei noch etwas vermindert, weshalb eine dritte Serie Physiotherapie rezeptiert werde. Der Beschwerdeführer sei soweit zufrieden und es werde der Abschluss der Behandlung vereinbart.

4.10 PD Dr. med. F.____, Facharzt für Radiologie (2010) und Nuklearmedizin (2017), hält in seinem Radiologiebericht vom 7. September 2023 (Suva-Nr. 35) fest, dass sich beim gleichentags durchgeführten multiplanaren 3 T-MRI nativ (MRI engl. für magnetic

resonance imaging) eine deutlich über die gesamte Länge verdickte Achillessehne mit Punctum maximum im Bereich der Midportion zeige. Dort fänden sich zentral hyperintense Einschlüsse mit Aufspreizung der Faserstruktur im Sinne einer Teilruptur. Die Insertion am Calcaneus stelle sich intakt dar. Es seien kein Knochenmarködem und keine Bursitis subachillea oder subcutanea feststellbar. Das Signal des Kargerschen Fettkörpers sei unauffällig. [Hingegen] zeige sich eine deutliche fettige Infiltration des Musculus gastrocnemius und soleus.

4.11 Im Verlaufsbericht von Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (2018), vom 7. September 2023 (Suva-Nr. 34) wird die Diagnose einer ausgeprägte Mid-Portion-Tendinopathie an der Achillessehne links mit intratendinösen Kalzifikationen bei einem Status nach konservativ behandelte Achillessehnenruptur 2016 gestellt. Der Beschwerdeführer habe sich heute ■ d.h. am 7. September 2023 ■ mit persistierenden Fersenschmerzen in der Sprechstunde vorgestellt. Er habe berichtet, seit ein bis zwei Jahren unter wiederkehrenden Beschwerden im Bereich der Achillessehne zu leiden. Mittlerweile hätten sich die Schmerzen aufgrund einer Fehlbelastung auch auf das Knie und auf die Hüfte ausgebreitet. Im Bericht wird weiter festgehalten, dass bei der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers eine derbe Schwellung im mittleren Bereich der Achillessehne links ca. 3 cm proximal des Ansatzes festgestellt worden sei. Medialseitig bestehe eine Druckdolenz. Im Vergleich zur Gegenseite sei der Musculus triceps surae atrophiert. Es zeige sich ein leichtes Hanging-Foot-Zeichen bei vermehrter Vorspannung. Der Thompson-Test sei negativ, jedoch mit verminderter Kraftübertragung auf den Fuss. In Plantarflexion sei im Vergleich zur Gegenseite eine verminderte Kraft feststellbar. Im Übrigen sei die Sensomotorik unauffällig. Das gleichentags durch das H.____ in [...] erstellte MRI der Achillessehne links ■ siehe Ziff. 4.10 oben ■ zeige eine ausgeprägte Tendinopathie mit zentraler Faserruptur im Bereich der Midportion sowie eine deutliche fettige Atrophie der Unterschenkelmuskulatur. Die Befunde und Diagnosen werden dahingehend beurteilt, dass aufgrund der verminderten Vorspannung der Achillessehne die Kraftübertragung der Wadenmuskulatur auf den Fuss eingeschränkt sei, wodurch sich eine Verdickung der Sehne mit intratendinösen Verkalkungen gebildet habe, welche die Beschwerden erklären würden. Der Beschwerdeführer wolle zum jetzigen Zeitpunkt nochmals eine konservative Therapie versuchen.

4.12 Im Verlaufsbericht von Dr. G.____ vom 18. Januar 2024 (Suva-Nr. 51) wird die Diagnose einer ausgeprägten Mid-Portion-Tendinopathie an der Achillessehne links mit intratendinösen Kalzifikationen bei einem Status nach konservativ behandelte Achillessehnenruptur 2016 bestätigt. Zum Verlauf wird ausgeführt, dass sich der Beschwerdeführer zur planmässigen Kontrolle vorgestellt habe. Der Beschwerdeführer habe von einer nur minimalen Verbesserung der Beschwerdesymptomatik unter etablierter Therapie berichtet. Es bestünden weiterhin Schmerzen im Bereich der Achillessehne sowie aufgrund der Fehlbelastung mit Schonhinken auch im Bereich der Hüfte und Knie. Bei der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers habe sich im mittleren Bereich der linken Achillessehne ca. 3 cm proximal des Ansatzes eine derbe Schwellung gezeigt. Medialseitig bestehe eine Druckdolenz. Der Musculus triceps surae sei im Vergleich zur Gegenseite atrophiert. Das Hanging-Foot-Zeichen sei bei vermehrter Vorspannung leicht gegeben. Der Thompson-Test sei negativ, jedoch mit verminderter Kraftübertragung auf den Fuss. In Plantarflexion zeige sich im Vergleich zur Gegenseite eine verminderte Kraft. Die

Sensomotorik sei sonst unauffällig. Aufgrund der bestehenden Beschwerdesymptomatik unter konservativer Therapie wünsche sich der Beschwerdeführer nun eine operative Versorgung der Achillessehne mit Tenolyse und Bursektomie subachillea.

4.13 Gemäss Stellungnahme von Dr. G. ___ vom 22. Januar 2024 (Suva-Nr. 48) habe sich beim Beschwerdeführer [anlässlich der Untersuchung] vom 26. September 2016 eine traumatische Ruptur der Achillessehne gezeigt. Heute zeige sich ein relevantes Beschwerdebild mit lokaler Verdickung, die sich deutlich massiver zeige als eine normale, nicht traumatische Tendinopathie. Entsprechend sei das aktuell bestehende Beschwerdebild seines Erachtens als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 16. September 2016 zurückzuführen.

4.14 In der ärztlichen Beurteilung von Versicherungsarzt Dr. med. I. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (2009), vom 16. Februar 2024 (Suva-Nr. 52) wird zur Rückfallkausalität ausgeführt, dass bei der ursprünglichen Verletzung eine Ruptur der Achillessehne im musklotendinösen Übergang zur Wadenmuskulatur vorgelegen habe. Diese sei ca. 20 cm oberhalb des Fersenbeins beschrieben worden und nicht komplett durchgehend gewesen, sondern nur partiell. Dementsprechend sei eine konservative Therapie durchgeführt worden, dies mit gutem Erfolg. Bereits bei den Untersuchungen einen Tag nach dem Unfallereignis sei neben den akuten Verletzungen eine Verdickung der Achillessehne im distalen Anteil beschrieben und sonographisch gesichert als tendinopathisch bezeichnet worden. Hierbei habe es sich nicht um den Bereich 20 cm oberhalb des Fersenbeins, sondern um einen Bereich fersenbein nah (distal) gehandelt. In der Abschlussuntersuchung vom 27. März 2017 habe sich eine durchgehende Achillessehne gezeigt, eine noch zu erwartende Verdickung im Bereich der damaligen Verletzung 20 cm oberhalb des Ansatzes am Fersenbein sowie eine Abnahme des Muskelumfangs. In den nach erfolgter Rückfallmeldung durchgeführten Untersuchungen zeige sich nun eine tendinopathisch veränderte Achillessehne, und zwar ansatznahe, also 2 bis 3 cm oberhalb des Fersenbeinansatzes, nicht im Bereich der ursprünglichen Verletzung. Im Bereich der alten Läsion werde, wie nach einer solchen Verletzung zu erwarten sei, eine aufgelockerte Muskulatur mit leichter Verfettung beschrieben. Zusammenfassend müsse demnach festgehalten werden, dass überwiegend wahrscheinlich kein Kausalzusammenhang der aktuellen Beschwerdesymptomatik mit tendinopathisch veränderter distaler, ansatznaher Achillessehne und der damaligen Verletzung am Achillessehnenansatz zur Muskulatur ca. 20 cm oberhalb des Fersenbeins bestehe. Bereits 2016 seien tendinopathische Veränderungen in den nun Beschwerde bereitenden Auftreibungen der distalen Achillessehne 3 cm oberhalb des Fersenbeins sonografisch dokumentiert. Es habe demnach bereits ein degenerativer Vorzustand der aktuell geltend gemachten Veränderungen der Achillessehne vorgelegen. Zu den Ausführungen von Dr. G. ___ hält Dr. I. ___ fest, dass die Dicke einer tendinopathisch veränderten Sehne erheblich variieren könne und ihm keine wissenschaftliche Literatur bekannt sei, in welcher der Zusammenhang des Durchmessers einer tendinopathisch veränderten Sehne und eines vorangegangenen Traumas mit Beteiligung der Sehne mit mind. 15 cm Abstand untersucht worden sei. Zur Unfallkausalität der ursprünglichen Verletzung vom 23. September 2016 führt Dr. I. ___ schliesslich aus, dass die ursprüngliche Verletzung aus medizinischer Sicht überwiegend wahrscheinlich nicht auf das damalige Ereignis zurückzuführen sei. Nach der Beschreibung des Unfallhergangs in der Unfallmeldung und im ersten Bericht von Dr. D. ___ vom 29. September 2016 ■ siehe oben

Ziff. 4.4 ■ habe die Ruptur der Achillessehne am Ansatz zur Muskulatur während der Ausführung eines ganz normalen Sprunges stattgefunden, wie dies bei tendinopathischen Achillessehnenrupturen im damaligen Alter des Beschwerdeführers häufig auftrate. Der Beschwerdeführer habe abzuspringen versucht, habe jedoch keine Kraft mehr aufbringen können, habe einen Schmerz verspürt und sei gestürzt. Die Ruptur sei demnach während eines ganz normal geplanten Bewegungsablaufes und überwiegend wahrscheinlich im Rahmen einer krankhaften Tendinopathie der Achillessehne bzw. des Übergangs zur Muskulatur geschehen.

4.15 In seiner Stellungnahme vom 8. April 2024 (Suva-Nr. 61) hält Dr. G. ___ fest, dass sich beim Beschwerdeführer initial eine Ruptur der Achillessehne links vom 23. September 2016 gezeigt habe. Die sonographische Dokumentation der Ruptur am myotendinösen Übergang sei am 24. September 2016 erfolgt. Dass die Unfallkausalität der Verletzung vom 23. September 2016 [vom Versicherungsarzt] in Frage gestellt werde, da sie bei einem normalen Sprung geschehen und die Achillessehne tendinopathisch vorgeschädigt gewesen sei, sei nicht haltbar und lasse die Qualität der gesamten Beurteilung [des Versicherungsarztes] hinterfragen. Entstehe die Ruptur wie vorliegend dokumentiert am myotendinösen Übergang, so könne dies nicht auf eine degenerative Vorschädigung zurückgeführt werden. Nach seinem Kenntnisstand gingen myotendinöse Verletzungen nicht auf degenerative Vorschädigungen zurück. Degenerativ vorgeschädigte Sehnen würden distal rupturieren. Entsprechend sei das initiale Ereignis mit einer Ruptur am myotendinösen Übergang der linken Achillessehne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen. Korrekt sei, dass sich im Verlauf eine Irritation im Bereich der Sehne gezeigt habe, mit einer Tendinopathie, die distaler liege als die vorbestehende Läsion am myotendinösen Übergang. Die Ruptur der Achillessehne am myotendinösen Übergang führe zu massiven Begleitverletzungen mit lokalem Hämatom und Verletzungen der zuführenden Gefässe sowie der Sehnenscheide. Deshalb bestehe nicht nur am Ort der initialen Verletzung die Möglichkeit von Folgeerscheinungen. Aufgrund des posttraumatischen Hämatoms und der rupturierten Gefässe sei der Metabolismus der Achillessehne langanhaltend geschädigt. Zudem komme es bei einer Ruptur der Achillessehne am myotendinösen Übergang zu einem Spannungsverlust, d.h. die Achillessehne werde im Verlauf nach konservativer Therapie nie mehr die initiale volle Spannung haben. Dies stelle ebenfalls eine Prädisposition für eine lokale Irritation respektive Tendinopathie der vorliegenden distalen Veränderung der Achillessehne dar. Entsprechend sei in der Zusammenschau das initiale Ereignis aufgrund der myotendinösen Lokalisation klar durch das Trauma verursacht. Zudem seien die Beschwerden, aufgrund derer der Beschwerdeführer aktuell vorstellig geworden sei, aufgrund der sekundären Schädigung der Sehne nach Trauma durch das lokale Hämatom, die posttraumatische Entzündung, die vaskuläre Schädigung und dem bestehenden Vorspannungsverlust mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das initiale Trauma zurückzuführen.

4.16 In der ärztlichen Beurteilung von Versicherungsarzt Dr. I. ___ vom 10. Mai 2024 (Suva-Nr. 66) wird festgehalten, dass es [am 23. September 2016] beim [vom Beschwerdeführer] gewollten motorischen Ablauf, wie in der Beurteilung vom 16. Februar 2024 bereits ausgeführt ■ siehe oben Ziff. 4.14 ■, ohne unerwartetes Ereignis zur spontanen Ruptur der Achillessehne im myotendinösen Übergang gekommen sei. Der Beschwerdeführer habe beim Ballsport aus dem Stand abspringen wollen, hierbei sei es zur Ruptur gekommen. Eine gesunde Achillessehne sowie auch der myotendinöse Übergang

seien naturgemäss dazu ausgelegt, eine solche normale Belastung auszuhalten. Auf diese Argumentation gehe Dr. G.____ in seiner Stellungnahme überhaupt nicht ein. Unter diesem Aspekt sei die weitere Diskussion über einen möglichen Rückfall nicht mehr zu führen.

E. 5.1

5.1.1 Die Beschwerdegegnerin begründet die Abweisung der Leistungsansprüche des Beschwerdeführers in ihrem Einspracheentscheid vom 13. Juni 2024 (A.S. 1 ff.) und ihrer Beschwerdeantwort vom 28. August 2024 mit dem fehlenden Kausalzusammenhang zwischen dem als Rückfall geltend gemachten Beschwerdebild des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis von 2016. Gestützt auf die ärztliche Beurteilung von Versicherungsarzt Dr. I.____ ■ siehe Ziff. 4.14 und 4.16 oben ■ hält die Beschwerdegegnerin fest, dass die initiale Teilläsion der Achillessehne von 2016 im muskulotendinösen Übergang und somit 20 cm oberhalb der jetzt beschriebenen Tendinopathie erfolgt sei. Bereits nach dem initialen Unfallereignis sei eine Verdickung der Achillessehne im distalen Bereich beschrieben und sonographisch gesichert als tendinopathisch bezeichnet worden. Damit seien bereits 2016 tendinopathische Veränderungen im Sinne eines degenerativen Vorzustandes in den nun Beschwerde bereitenden Auftreibungen der distalen Achillessehne dokumentiert. Weiter führt die Beschwerdegegnerin aus, dass die Achillessehnenruptur von 2016 während eines ganz normal geplanten Bewegungsablaufes erfolgt und eine gesunde Achillessehne und ein gesunder myotendinöser Übergang naturgemäss darauf ausgelegt sei, eine normale Belastung auszuhalten. Daraus erhellte, dass das Unfallereignis von 2016 höchstens zur vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustands geführt habe.

5.1.2 Der Beschwerdeführer bringt in seiner Beschwerdeantwort vom 10. Juli 2024 (A.S. 13 ff.) und in seiner Replik vom 10. Oktober 2024 gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin zunächst vor, dass die Ausführungen des Versicherungsarztes Dr. I.____ zum Unfallhergang aktenwidrig seien. Gemäss Unfallmeldung vom 29. September 2016 (Suva-Nr. 1) sei der Beschwerdeführer beim Volleyballspiel beim Versuch sich zu drehen und hochzuspringen mit dem linken Fuss hängengeblieben, so dass er gar nicht richtig habe hochspringen können und dann umgeknickt sei. Von einem «ganz normalen Bewegungsablauf» könne nicht ernsthaft die Rede sein. Weiter halte der behandelnde Arzt Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 8. April 2024 (Suva-Nr. 61) fest, dass degenerativ vorgeschädigte Sehnen distal rupturieren würden und nicht wie vorliegend am myotendinösen Übergang. Die Infragestellung der Unfallkausalität der Achillessehnenruptur von 2016 sei deshalb nicht haltbar. Schliesslich sei hinsichtlich der heutigen Beschwerden an der Achillessehne unbestritten, dass diese nicht an derselben Stelle zu lokalisieren seien wie die Ruptur von 2016. Hierzu halte der behandelnde Arzt Dr. G.____ fest, dass die Ruptur der Achillessehne am myotendinösen Übergang zu massiven Begleitverletzungen mit lokalem Hämatom und Verletzungen der zuführenden Gefässe sowie der Sehnenscheide geführt habe. Die Möglichkeit von Folgeerscheinungen bestehe deshalb nicht nur am Ort der initialen Verletzung. Aufgrund des posttraumatischen Hämatoms und der rupturierten Gefässe sei der Metabolismus der Achillessehne langanhaltend geschädigt. Zudem komme es bei einer Ruptur der Achillessehne am myotendinösen Übergang zu einem Spannungsverlust, d.h. die Achillessehne werde im Verlauf nach konservativer Therapie nie mehr die initiale volle Spannung haben. Dies stelle ebenfalls eine Prädilektion für eine lokale Irritation respektive Tendinopathie der vorliegenden distalen Veränderung der Achillessehne dar. Die heutigen Beschwerden des

Beschwerdeführers seien als sekundäre Schädigung der Sehne durch das lokale Hämatom, die posttraumatische Entzündung sowie die vaskuläre Schädigung und dem bestehenden Vorspannungsverlust mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das initiale Trauma von 2016 verursacht.

E. 5.2

5.2.1 Eine Sehne (in der medizinischen Fachsprache Tendo von lat. tendere für spannen) ist die Verbindungsstruktur zwischen dem Skelettmuskel und den durch diesen zu bewegendem Knochen. Einen direkten Ansatz zwischen Muskel und Knochen gibt es nicht (Harald Hempfling/Veit Krenn, Schadenbeurteilung am Bewegungssystem, Band 2, Berlin/Boston 2017, S. 636). Aufgabe der Sehne ist es, Bewegungsabläufe reibungslos zu ermöglichen und zu übertragen, ohne selbst aktiv am Bewegungsvorgang beteiligt zu sein. Die Sehne dient der Übertragung der Zugwirkung des Muskels auf die Skelettelemente, an denen sie sich anheftet. Zur Kraftübertragung vom elastischen Muskelgewebe auf den Knochen ist erforderlich, dass die Sehne sowohl in der Lage ist, die passiv auf sie einwirkenden Zugkräfte genau auf den knöchernen Ansatzpunkt zu lenken, als auch diese Zugkräfte durch ein viskoelastisches Eigenverhalten zu dämpfen. Als Verbindungsglied zwischen zwei Systemen sehr unterschiedlicher Elastizität hat sie einen speziellen Strukturaufbau. Histologisch handelt es sich um kollagenes Bindegewebe, das nur in einer Richtung auf Zug beansprucht wird (Volker Grosser/Gerhard Mehrtens, Sehnenriss, in: Alfred Schönberger/Gerhard Mehrtens/Helmut Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 10. Aufl., Berlin 2024, S. 412).

5.2.2 Die Achillessehne ist die stärkste Sehne des menschlichen Körpers. Mit einer Länge von ca. 18 cm verbindet sie die Köpfe der dreiköpfigen Wadenmuskulatur (Musculus triceps surae) mit dem Fersenbein und überträgt die von der Wadenmuskulatur entwickelte Zugkraft auf das Fersenbein und weiter auf die Zehengrundgelenke für die fusssohlenwärtige Bewegung (Plantarflexion), die für das Steh-, Lauf- und Sprungvermögen bedeutsam ist. Im Bereich des Muskel-Sehnen-Überganges (muskulotendinöser Übergang) sowie des knöchernen Ansatzes am Fersenbein ist die Belastbarkeit der Achillessehne am höchsten. Am schwächsten ist sie im Bereich der sog. Sehnentaille, der sanduhrförmigen Verjüngungszone etwa 3 bis 5 cm oberhalb des Sehnenansatzes am Fersenbein mit einem Durchmesser von ca. 1 cm, wo der Gesamtquerschnitt der Blutgefäße am geringsten ist und sich Durchblutungsstörungen sofort auswirken. Hier sind Achillessehnenrisse unabhängig von der Ursache am häufigsten (90 %) lokalisiert, seltener (10 %) am muskulotendinösen Übergang (Grosser/Mehrtens, a.a.O., S. 421).

5.2.3 Hinsichtlich der Ursache von Achillessehnenrissen ohne äusseres, direktes Trauma wie Stich- und Schnittverletzungen oder stumpfe Gewalteinwirkung werden in der medizinischen Literatur zwei Theorien diskutiert: die Theorie der Texturstörung («Degeneration») und die mechanische Theorie (vgl. Hempfling/Krenn, a.a.O., S. 757 sowie Abb. 8.72 auf S. 758; vgl. auch Joachim Henkel/Friedrich Baumgaertel, Die akute Achillessehnenruptur, OP-Journal 2001 S. 17 ff., S. 20). Die Theorie der Texturstörung besagt, dass es aufgrund aseptischer Entzündungen und reduzierter Gefäßversorgung zu Texturstörungen kommt (Hempfling/Krenn, a.a.O., S. 757 sowie Abb. 8.72 auf S. 758), d.h. zu vielfältigen morphologischen Veränderungen mit Gewebsnekrosen, reparativen Veränderungen, Verschleiss, Defekten sowie Atrophieerscheinungen, die zu Verfettung, Verkalkung, Verknöcherung und Verquellung der kollagenen Fasern und auch abakteriellen

entzündlichen Veränderungen mit Ersatz abgestorbener Gewebsanteile durch Granulationsgewebe führen können, was mit einer Minderung der mechanischen Belastbarkeit bzw. der Reissfestigkeit der Sehne einhergeht (vgl. Grosser/Mehrtens, a.a.O., S. 415). Die mechanische Theorie besagt, dass plötzliche Dehnungen und eine Verlängerung der Muskel-Sehnen-Einheit gepaart mit einer Kontraktion der gesamten Wadenmuskulatur die Reissfestigkeit der Sehne übersteigen können, wobei eine vermehrte Sehnensteifigkeit im Alter und eine Hemmung der propriozeptiven Eigenreflexe zusätzlich eine Rolle spielen (Henkel/Baumgaertel, a.a.O.; vgl. auch Hempfling/Krenn, a.a.O., S. 757 sowie Abb. 8.72 auf S. 758). Eine genaue Unterscheidung, ob es sich um eine «degenerative» oder traumatische Sehnenverletzung handelt, ist zum Teil nur schwer zu treffen. In vielen Fällen besteht eine Kombination verschiedener Pathomechanismen (vgl. Jens Goronzy/Stefan Rammelt, Traumatische und degenerative Sehnenveränderungen an Sprunggelenk und Fuss, Orthopädie und Unfallchirurgie up2date 2017 S. 203 ff., S. 203).

5.2.4 Zu einem Achillessehnenriss ohne äusseres, direktes Trauma kann es ■ wie unter Ziff. 5.2.3 bereits ausgeführt ■ nur dann kommen, wenn entweder eine hochgradige «degenerative» Schadensanlage vorliegt oder aber ein Störfaktor, der die Zugbeanspruchung der Achillessehne erhöht. Bei einer hochgradigen «degenerativen» Schadensanlage hat die durch eine planmässige Willkürinnervation verursachte Einwirkung lediglich die Bedeutung, einen in absehbarer Zeit ohnehin bevorstehenden Riss zeitlich vorzuverlegen. Dies ergibt sich aus der Überlegung, dass Texturstörungen im Rissbereich der Sehne weit fortgeschritten sein müssen, bevor es bei einer planmässigen Willkürinnervation zu einem Riss kommen kann, und dass solche Veränderungen im schicksalhaften Verlauf nicht zurückgehen, sondern fortschreiten. Anders verhält es sich, wenn ein Störfaktor die Zugbelastung der Achillessehne erhöht. Der Bewegungsablauf wird hier auf eine solche Weise gestört, dass es zu einem Abweichen von der kontrollierten und koordinierten Bewegung kommt, für welche die Achillessehne geschaffen ist. Die Zugfestigkeit der Sehne wird unvorhergesehen, ungeplant und plötzlich überfordert. Es handelt sich um Mechanismen, welche die Sehne unter Belastungsspitzen setzen können, ohne dass sich die Zugspannung, d.h. die durch die Querschnittsfläche der Sehne verlaufende Kraft, koordiniert und durch die vorgeschaltete Muskulatur «abgebremst» systematisch aufbauen kann. Dies geschieht etwa beim Abrutschen oder Verfehlen einer Stufe mit dem Vorfuss beim Treppensteigen oder beim Tritt mit der Ferse voraus in eine nicht erkennbare Vertiefung, so dass mehr oder weniger das gesamte Körpergewicht auf dem Vorfuss und damit auf der angespannten Sehne lastet (Grosser/Mehrtens, a.a.O., S. 425 mit weiteren Beispielen).

5.2.5 Besonderer Betrachtung bedarf der Schadensmechanismus, bei dem es zu einem schnellen Antritt im Sinne eines Abstossens mit fusssohlenwärtiger Bewegung bzw. Belastung im OSG bei gleichzeitiger Streckung des Kniegelenks kommt, wie dies z.B. beim Start zum Spurt oder beim Weit-, Drei- oder Hochsprung geschieht. Es handelt sich hierbei nicht um eine unphysiologische Bewegung, da die Achillessehne hierfür gebaut und funktionell vorgesehen ist. Jedoch kann im Einzelfall eine ungeplante Änderung des Bewegungsablaufs, d.h. ein Störfaktor, zu einer zusätzlichen Belastung der Achillessehne geführt haben, die diese bei maximaler physiologischer Anspannung nicht mehr kompensieren konnte. Bei hoher kinetischer Belastung wie beim Sprint oder Weitsprung ist die biologische Reserve der Achillessehne kleiner. Hier können bereits kleine, leicht zu übersehende Störungen des Bewegungsablaufs zu unphysiologischen Belastungen führen

(Grosser/Mehrtens, a.a.O., S. 425 f.; siehe auch Elmar Ludolph, Der Achillessehnenriss, in: Elmar Ludolph (Hrsg.), Der Unfallmann, 14. Aufl., Berlin 2022, S. 588 ff., S. 597).

E. 5.3

5.3.1 Was den Achillessehnenriss des Beschwerdeführers vom 23. September 2016 betrifft, so finden sich in den Akten drei Dokumente, die sich zum Unfallhergang äussern. Im Notfallbericht von Dr. B.____ vom 24. September 2016 (Suva-Nr. 17) wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer gestern ■ d.h. am 23. September 2016 ■ beim Volleyballspielen beim Versuch abzuspringen mit dem linken Fuss am Boden hängengeblieben sei, so dass er gar nicht richtig habe abspringen können. Dabei habe er sich den linken Unterschenkel verdreht. Im Sprechstundenbericht von Dr. D.____ vom 29. September 2016 (Suva-Nr. 3) wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer beim Volleyballspielen abgesprungen sei, der Absprung jedoch nicht möglich gewesen sei aufgrund des Versagens der Plantarflexion im OSG. In der Unfallmeldung vom 29. September 2016 (Suva-Nr. 1) wird der Beschwerdeführer schliesslich dahingehend zitiert, dass er beim Versuch, sich zu drehen und hochzuspringen, mit dem linken Fuss hängengeblieben sei, so dass er gar nicht richtig habe hochspringen können und dann umgeknickt sei. Dass der Achillessehnenriss des Beschwerdeführers während der Ausführung eines ganz normalen Sprunges erfolgt sei, wie Versicherungsarzt Dr. I.____ in seiner ärztlichen Beurteilung vom 16. Februar 2024 (Suva-Nr. 52) annimmt, lässt sich, wie der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 10. Juli 2024 (A.S. 13 ff.) und seiner Replik vom 10. Oktober 2024 (A.S. 34 f.) zu Recht rügt, aus den vorhandenen Akten nicht herleiten. In diesem Zusammenhang ist zunächst festzuhalten, dass sich der Achillessehnenriss des Beschwerdeführers beim Volleyball ereignete. Volleyball ist ein dynamisches Ballspiel, bei dem insbesondere in der Defensive schnelle Reaktionen der Spieler erforderlich sind. Nach der Beschreibung des Unfallhergangs in der Unfallmeldung, wonach sich der Beschwerdeführer habe drehen und hochspringen wollen, ist vorstellbar, dass der Beschwerdeführer einen Ball erreichen wollte, der nicht frontal auf ihn zukam. In welcher Position sich der Körper des Beschwerdeführers befand, als er abzuspringen versuchte, und welche Kräfte hieraus auf die Achillessehne resultierten, kann anhand der zur Verfügung stehenden Akten nicht nachvollzogen werden. Das für die Qualifikation als Unfall erforderliche Tatbestandsmerkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors ■ siehe Ziff. 2.1 oben ■ kann auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.2 mit Hinweisen). Ein Störfaktor im Sinne einer unkoordinierten Bewegung kann vorliegend nicht ausgeschlossen werden. Das Erfordernis der äusseren Einwirkung im Sinne eines in der Aussenwelt begründeten Umstands, der den natürlichen Ablauf der Körperbewegung «programmwidrig» beeinflusst (Urteil des Bundesgerichts 8C_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.2 mit Hinweisen), kann dabei in der konkreten Spielsituation erkannt werden, bei welcher der Beschwerdeführer einen Ball zu erreichen versuchte und sich hierfür drehen und abspringen wollte. Bei hoher kinetischer Belastung ist ■ wie unter Ziff. 5.2.5 oben bereits ausgeführt ■ die biologische Reserve der Achillessehne kleiner, so dass bereits kleine, leicht zu übersehende Störungen des Bewegungsablaufs zu unphysiologischen Belastungen führen (Grosser/Mehrtens, a.a.O., S. 425 f.; Ludolph, a.a.O., S. 597). Entsprechend kann die Unfallgenese des Achillessehnenrisses des Beschwerdeführers aufgrund des dokumentierten Unfallhergangs nicht ausgeschlossen werden. Hinzu kommt, dass die Achillessehne des Beschwerdeführers im Radiologiebericht von Dr. E.____ vom 24. September 2016 (Suva-Nr. 19) gestützt auf die

gleichentags durchgeführte Sonographie als etwas lax, vor allem distal auf ca. 1,8 bis 1,2 cm verdickt und wahrscheinlich auch etwas tendinopathisch verändert beschrieben wird. Diese Beschreibung, insbesondere die Wendung «wahrscheinlich auch etwas tendinopathisch», deutet auf ein eher frühes Stadium einer «degenerativen» Veränderung hin. Nach Grosser/Mehrtens kann ein Unfallereignis jedoch erst bei einer fortgeschrittenen Texturstörung ■ nach dem für Menisken formulierten, analog aber auch auf Sehnen anwendbaren Synovialitis-Score nach Krenn entspricht die fortgeschrittene Texturstörung einer Texturstörung des dritten und höchsten Grades, die sich durch eine deutliche Verringerung der Zellularität, grosse freie Areale, eine retikulär teils basophil gefärbte Matrix sowie Pseudozysten kennzeichnet ■ als unwesentlich bewertet werden (Grosser/Mehrtens, a.a.O., S. 416). Von einer solchen Texturstörung kann nach dem Bericht von Dr. E.____ nicht ausgegangen werden.

5.3.2 Selbst wenn ein Unfall i.S.v. Art. 4 ATSG aufgrund des Unfallhergangs ausgeschlossen werden müsste, so wäre im Achillessehnenriss des Beschwerdeführers immer noch eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV zu erkennen. Das auch bei einer Listenverletzung erforderliche initiale äussere Ereignis (siehe hierzu BGE 146 V 51 E. 7.5 mit weiteren Hinweisen) ist vorliegend zweifellos gegeben. Die Verletzung ereignete sich beim Volleyballspiel und damit in einer allgemein gesteigerten Gefahrenlage. Eine Exkulpation der Beschwerdegegnerin gelänge nur, wenn der Achillessehnenriss eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen wäre. Dies ist nicht der Fall. Der im Radiologiebericht von Dr. E.____ vom 24. September 2016 (Suva-Nr. 19) festgehaltene Befund der gleichentags durchgeführten Sonographie, wonach die Achillessehne des Beschwerdeführers etwas lax wirke, vor allem distal auf ca. 1,8 bis 1,2 cm verdickt sei und wahrscheinlich auch etwas tendinopathisch verändert sei, genügt nicht, um die Unfallgenese des Achillessehnenrisses eindeutig auszuschliessen. Die Sonographie deutet im Gegenteil vielmehr darauf hin, dass der beim Volleyballspiel erlittene Achillessehnenriss auf ein Trauma zurückzuführen ist. Somit erweist sich die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Folgen des Achillessehnenrisses am 23. September 2016 als berechtigt.

E. 5.4

5.4.1 Die Beweislast für den Kausalzusammenhang zwischen dem aktuellen Beschwerdebild des Beschwerdeführers und dem Unfallereignis vom 23. September 2016 liegt entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers in seiner Beschwerde vom 10. Juli 2024 (A.S. 13 ff.) bei ihm und nicht bei der Beschwerdegegnerin. Die Behandlung der Folgen des Achillessehnenrisses des Beschwerdeführers vom 23. September 2016 wurde laut Sprechstundenbericht von Dr. C.____ und Dr. D.____ vom 27. April 2017 (Suva-Nr. 11) Ende März 2017 abgeschlossen. Die Beschwerdegegnerin stellte ihre Versicherungsleistungen in der Folge formlos ein. Dass die erst mehrere Jahre später vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden als Rückfall zu behandeln sind und die Beweislast entsprechend beim Beschwerdeführer liegt, ist offensichtlich. Im Sozialversicherungsprozess tragen die Parteien die Beweislast in der Regel allerdings nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu

entsprechen (statt vieler BGE 144 V 427 E. 3.2). Die Beweislast des Beschwerdeführers enthebt die Beschwerdegegnerin folglich nicht von ihrer Pflicht, den Sachverhalt gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) von Amtes wegen umfassend abzuklären.

5.4.2 Dass das aktuelle Beschwerdebild des Beschwerdeführers nicht auf das Unfallereignis vom 23. September 2016 zurückzuführen sei, begründet die Beschwerdegegnerin in ihrem Einspracheentscheid vom 13. Juni 2024 (A.S. 1 ff.) gestützt auf die ärztliche Beurteilung von Versicherungsarzt Dr. I.____ ■ siehe Ziff. 4.14 und 4.16 oben ■, wie der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 10. Juli 2024 (A.S. 13 ff.) richtig feststellt, im Wesentlichen bloss damit, dass die initiale Teilläsion der Achillessehne von 2016 im musklotendinösen Übergang und somit 20 cm oberhalb der jetzt beschriebenen Tendinopathie erfolgt sei. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Achillessehne des Beschwerdeführers gemäss Radiologiebericht von PD Dr. F.____ vom 7. September 2023 (Suva-Nr. 35) über die gesamte Länge deutlich verdickt ist mit dem Punctum maximum im Bereich der Midportion. Die Tendinopathie beschränkt sich somit nicht bloss auf den distalen Bereich der Achillessehne, in welchem der Versicherungsarzt und in der Folge die Beschwerdegegnerin die aktuellen Beschwerden des Beschwerdeführers verorten, sondern erstreckt sich über ihre gesamte Länge. Insofern erweist sich die Beurteilung des Versicherungsarztes somit nicht als schlüssig. Hinzu kommt, dass sich der Versicherungsarzt trotz des entsprechenden Auftrags der Beschwerdegegnerin vom 7. Mai 2024 (Suva-Nr. 65) inhaltlich nicht mit der Stellungnahme von Dr. G.____ vom 8. April 2024 (Suva-Nr. 61) auseinandersetzt. Der Versicherungsarzt hält in seiner Beurteilung vom 10. Mai 2024 (Suva-Nr. 66) lediglich fest, dass Dr. G.____ in seiner Stellungnahme nicht auf die Argumentation eingehe, wonach eine gesunde Achillessehne sowie auch der myotendinöse Übergang naturgemäss dazu ausgelegt seien, eine normale Belastung wie beim vorliegend diskutierten Ereignis auszuhalten. Unter diesem Aspekt sei die weitere Diskussion über einen möglichen Rückfall nicht mehr zu führen. Ob und inwiefern der Achillessehnenriss am myotendinösen Übergang zu massiven Begleitverletzungen mit lokalem Hämatom und Verletzungen der zuführenden Gefässe sowie der Sehnenscheide führe, weshalb nicht bloss am Ort der initialen Verletzung die Möglichkeit von Folgeerscheinungen bestehe, wie Dr. G.____ in seiner Stellungnahme ausführt, bleibt seitens des Versicherungsarztes unbeantwortet. Auch äussert sich der Versicherungsarzt nicht dazu, ob und inwiefern aufgrund des posttraumatischen Hämatoms und der rupturierten Gefässe der Metabolismus der Achillessehne langanhaltend geschädigt sei, wie Dr. G.____ behauptet. Schliesslich argumentiert Dr. G.____, dass der Achillessehnenriss am myotendinösen Übergang zu einem Spannungsverlust führe, was ebenfalls eine Prädilektion für eine lokale Irritation respektive Tendinopathie darstelle, wozu sich der Versicherungsarzt ebenfalls nicht vernehmen lässt. Zusammengefasst setzt sich der Versicherungsarzt nicht damit auseinander, wie sich der 2016 vom Beschwerdeführer erlittene Achillessehnenriss langfristig auf die Achillessehne auswirkt bzw. ausgewirkt hat. Wie unter Ziff. 3.2 oben bereits ausgeführt, genügen bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilung, um die Notwendigkeit ergänzender Abklärungen zu begründen. Solche geringen Zweifel sind vorliegend gegeben. Der Hinweis der Beschwerdegegnerin auf die auftragsrechtliche Stellung von Dr. G.____ genügt nicht, um die gegenüber der ärztlichen Beurteilung von Versicherungsarzt Dr. I.____ geltend gemachten Zweifel auszuräumen. Somit ist die Sache in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie

ergänzende medizinische Abklärungen tätigt und anschliessend erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers entscheidet.

E. 6

6.1 Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 132 V 215 E. 6.2). Der Beschwerdeführer hat demnach Anspruch auf eine von der Beschwerdegegnerin zu leistende Parteientschädigung entsprechend einem vollständigen Obsiegen. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Honorarnote der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers nicht zu beanstanden. Die Parteientschädigung ist folglich auf CHF 2'296.50 festzusetzen (8 h 15 min zum Stundenansatz von CHF 250.00 [§ 160 Abs. 2 GT], ausmachend CHF 2'062.50, zzgl. Pauschalspesen von 3 %, ausmachend CHF 61.90, sowie MwSt. von 8.1 % auf CHF 2'124.40, ausmachend CHF 172.10).

6.2 Das Verfahren ist grundsätzlich kostenlos (Art. 61 lit. fbisATSG). Es besteht kein Anlass, vorliegend von diesem Grundsatz abzuweichen.

Demnach wird erkannt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. Juni 2024 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre.
2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'296.50 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.
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

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Penon

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