

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00257

vom 9. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00257

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00257 du 9 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00257 del 9 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

2).

Mit Verfügung vom 9. März 2020 (Urk. 8/ 1/29) lehnte die Mobiliar ihre Leistungspflicht ab. Die dagegen am 9. März 2020 erhobene Einsprache (Urk. 8/1/36) wies die Mobiliar mit Ein spracheentscheid vom 1 5. Oktober 2020 ab (Urk. 8/ 1/55 = Urk. 2).

E. 1.1

Ein Unfall ist gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) 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.

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistun gen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) per 1. Januar 2017 ist das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung nicht länger vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermu tung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwie gend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 7934 f.).

Gemäss BGE 146 V 51 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. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter respektive harmloser Art, so verneint 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. Neben 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, das heisst 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 (E. 8.6).

E. 1.3

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden. Solange jedoch dieser Zustand noch nicht wieder erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG Leistungen zu erbringen (Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.5

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

Am 12. November 2020 erhob der Versicherte Beschwerde gegen den Einspruchentscheid vom 15. Oktober 2020 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht leistungspflichtig sei (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1 und 2).

Mit Eingabe vom 11. Dezember 2020 (Urk. 7) reichte die Beschwerdegegnerin die Akten ein und verzichtete vorerst auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort. Mit Replik vom 4. Februar 2021 (Urk. 11) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Mit Duplik vom 20. April 2021 (Urk. 17) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 28. April 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) damit, dass sich dem geschilderten Ereignishergang kein ungewöhnlicher äusserer Faktor im Rechtssinne entnehmen lasse, weshalb der Unfallbegriff zu verneinen sei (S. 5). Es sei weiter zu prüfen, ob eine unfallähnliche Körperschädigung gemäss Art.

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht das Vorliegen eines Unfalles und auch zu Unrecht die Voraussetzungen von Art.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Verneinung der Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin. 3. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 22. August 2019 (Urk. 8/3/13) folgende Diagnosen: - rezidivierende Rückfussirritationen beidseits, teils rechts-, teils linksbetont - Enthesitis der Achillessehnen, interkurrent leichte Fasciitis

plantaris , Senkspreizfusstendenz - sonografisch beidseits Subk u tanödem , beidseits degenerative Vergrößerungen am Sprung- und den Intertarsalgelenken , links minim Flüssigkeit im oberen Sprunggelenk (OSG) und vereinzelt intertarsal , keine Synovitiszeichen , Achillessehne beidseits distal etwas verdickt und inhomogen mit echoreichen streifigen und punktförmigen Einlagerungen, rechts und fraglich auch links Inhomogenität am Ansatz, Differentialdiagnose Partiaalläsion der Sehne, Haglund-Exostose beid seits, deutliche Bursitis subachillea beidseits linksbetont, übrige Sehnenverläufe perimalleolär unauffällig (September 2019) - mässige Hyperurikämie, möglicherweise symptomatisch - keine entzündliche humorale Aktivität, Rheumafaktoren/Anti-CCP/ANA alle negativ - rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - koronare Ein-Gefäss-Erkrankung - Übergewicht - rezidivierendes Gesichtsekzem, Rhinophym - Status nach Hemikolektomie links bei Kolonkarzinom 2007 - 1 eichter Heuschnupfen

Er führte aus, vor Jahren sei ein intermittierendes schmerzhaftes Ziehen im Bereich der Waden und Fusssohlen beidseits rechtsbetont aufgetreten, unter Magnesium sei es rückläufig gewesen. Seit Mai 2019 bestünden erneut akzentuierte Wadenschmerzen und interkurrente wechselhafte Schmerzen an den Fuss sohlen, später eher an den Achillessehnen beidseits rechtsbetont (S. 1). Physio therapie habe bis vor einem Monat stattgefunden, aktuell sei diese pausiert. Nach anfänglicher Besserung unter intensiver Behandlung sei es in den letzten Tagen wieder zu einer Schmerzzunahme gekommen. Es sei am 17. September 2019 mit Einverständnis des Beschwerdeführers sonografisch gezielt eine Infiltration an den Achillessehnenansatz beziehungsweise in die Bursa subachillea beginnend links durchgeführt worden. Je nach Verlauf und Restschmerzen könnte die Infiltration auch rechts Sinn machen (S. 2). 3.2

Dr. med. C.____ , Facharzt für Radiologie, berichtete am 4. September 2019 (Urk. 8/3/14) über das am gleichen Tag durchgeführte Röntgen des Calcaneus sowie der Füße und nannte als Befund unter anderem beidseits einen kleinen Fersensporn, links assoziierte kleine Weichteilverkalkungen, beidseits eine mässig kräftige Weichteilverdickung über dem Tuber

calcanei , vereinbar mit einer chronischen Ansatzentzündung der Achillessehne.

3.3

Dr. A.____ berichtete am 17. September 2019 (Urk. 8/3/15) über die gleichen tags durchgeführte Ultraschalluntersuchung der oberen Sprunggelenke und führte aus, es bestünden beidseits ein Subkutanödem , beidseits degenerative Vergrößerungen am Sprung- und den Intertarsalgelenken , links minim Flüssigkeit im OSG und vereinzelt intertarsal , keine Synovitiszeichen , Achillessehne beidseits distal etwas verdickt und inhomogen mit echoreichen streifigen und punktförmigen Einlagerungen, rechts und fraglich auch links Inhomogenität am Ansatz, Differentialdiagnose Partiaalläsion der Sehne, Haglund-Exostose beidseits, deutliche Bursitis subachillea beidseits linksbetont, die übrigen Sehnenverläufe perimalleolär seien unauffällig. 3.4

Die Ärzte des Kantonsspitals D.____ berichteten am 24. Oktober 2019 (Urk. 8/3/1) über das Röntgen des OSG sowie den Ultraschall der linken Achilles sehne vom gleichen Tag und führten aus, es bestehe eine hochgradige Partialruptur der Achillessehne, insbesondere im medialen Anteil mit intratendinösen Hämatomen. Sonografisch bestehe kein Hinweis auf eine sekundäre Ruptur ursache . Bezüglich dieser Frage sollte jedoch nach Abklingen der Beschwerden eine MRT-Untersuchung durchgeführt werden. 3.5

Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, berichtete am 29. Oktober 2019 (Urk. 8/3/3) über die gleichentags durchgeführte Achillessehnenrekonstruktion links mit transossärer

Refixation am Calcaneus bei der Diagnose einer ansatz nahen, distalen, hochgradigen (90 %) Achillessehnenruptur links und führte aus, der Beschwerdeführer sei schon seit einiger Zeit in Behandlung wegen Achillo dynien . Am Abend des 23. Oktober 2019 sei er beim Treppensteigen abgerutscht und habe sich beim Sturz ein maximales Dorsalextensionstrauma des linken Fusses zugezogen, dabei habe es einen Knall gegeben und er habe Schmerzen in der Ferse und Schwierigkeiten beim Gehen gehabt. Klinisch zeige sich eine Delle knapp über dem Calcaneus , hier zeige sich auch schon eine hämatöse Verfärbung. Die Abklärungen mittels Ultraschall hätten die Achillessehnenruptur bestätigt, zusätzlich zeige sich radiologisch noch ein dorsaler Fersensporn, ventral etwas kleiner. 3.6

In der Unfallmeldung vom 5. November 2019 (Urk. 8/2/1-2) wurde das Ereignis vom 23. Oktober 2019 wie folgt beschrieben (Ziff. 6): «Beim Materialtransport auf einer Treppe mit dem linken Fuss schlecht aufgetreten und bei der folgenden Belastung mit der Ferse eingebrochen». Die Verletzung betreffe den linken Unterschenkel, die Achillessehne sei abgerissen (Ziff. 9). 3.7

Dr. B.____ berichtete am 27. November 2019 (Urk. 8/3/9) und führte aus, vier Wochen postoperativ zeige sich eine strichförmige Wunde, welche reizlos verheilt sei. Es könne schon problemlos aktiv eine 90°-Dorsalextension ohne grössere Schmerzen erreicht werden. Es zeige sich ein unkomplizierter post operativer Verlauf. Die Belastung könne nach Massgabe der Schmerzen erfolgen. 3.8

Dr. med. E.____, Fachärztin für Chirurgie und Traumatologie, beratende Ärztin der Beschwerdegegnerin, nahm am 11. Dezember 2019 Stellung (Urk. 8/3/11) und führte aus, es bestehe beim Beschwerdeführer ein Vorzustand. Er sei seit Januar 2019 bei Dr. A.____ in Behandlung wegen Achillodynien . Radiologisch zeige sich ein dorsaler Fersensporn. Eventuell sei eine Therapie mit Kortison-Spritzen peritendinös erfolgt. Dann sei eine iatrogene Sehnenläsion wahrscheinlich. Es seien Berichte über die Behandlung wegen Achillodynien anzufordern. 3.9

Dr. A.____ berichtete am 21. Januar 2020 (Urk. 8/3/17) und führte aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Fussdistorsion links am 21. (richtig: 23.) Oktober 2019 eine Achillessehnenruptur links erlitten, welche operativ versorgt worden sei mit anschliessender Ruhigstellung im VacoPed -Schuh. Diesbezüglich hätten sich die Irritationen am linken Rückfuss allmählich zurückgebildet. Wahrscheinlich durch Entlastung/ Umbelastung seien im Verlauf vermehrt Schmerzen im Bereich des Achillessehnenansatzes rechts sowie später auch am Mittelfuss links aufgetreten. In der klinischen Verlaufskontrolle habe eine Druckdolenz und leichte Schwellung über der distalen Achillessehne rechts ohne Kontinuitätsunterbruch bestanden. Der Kalkaneus und das Sprunggelenk seien reizlos. Nach der operativen Refixation der Achillessehnenruptur links im Oktober 2019 sei der Verlauf diesbezüglich weitgehend regelrecht mit regredienten Rückfussirritationen links. Bei demnächst geplanter Nachkontrolle mit Röntgen-Stellungskontrolle beim Operateur könnte bei der Gelegenheit ergänzend ein Röntgen des linken Vorfusses erfolgen, mit der Frage nach allfälligen ossären Läsionen oder ausgeprägten degenerativen Veränderungen als Schmerzursache links. 3.10

Dr. E.____ nahm am 29. Januar 2020 erneut Stellung (Urk. 8/3/18) und führte aus, es bestünden beim Beschwerdeführer Vorzustände. Die gesundheitliche Störung gehe nicht

überwiegend wahrscheinlich, sondern nur möglicherweise auf das Ereignis vom Oktober 2019 zurück. Seit Mai 2019 bestünden erneut akzentuierte Wadenschmerzen und interkurrente wechselhafte Schmerzen an den Fusssohlen, später eher an den Achillessehnen beidseits rechtsbetont sowie intermittierende leichtere Schwellungen. Im Röntgen vom September 2019 bestünden links assoziierte kleine Weichteilverkalkungen sowie beidseits eine mässig kräftige Weichteilverdickung über dem Tuber

calcanei, vereinbar mit einer chronischem Ansatztendinopathie der Achillessehne. Es bestehe zirka eine acht- bis zehnwöchige Arbeitsunfähigkeit, allerdings krankheitsbedingt, kein Unfall. 3.11

Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, nahm am 4. März 2020 Stellung (Urk. 8/3/19) und führte aus, es liege eine Körperschädigung nach Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG vor. Diese sei vorwiegend (mehr als 50%) auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen. Es bestünden rezidivierende Achillodynien seit Januar 2019. 3.12

Dr. Z.____ erstattete am 27. September 2020 ein Aktengutachten (Urk. 8/3/42) und führte aus, der Beschwerdeführer habe sich nach Kenntnis der zeitnahen medizinischen Berichte am 23. Oktober 2019 beim Begehen einer Treppe eine Achillessehnenruptur links zugezogen. Laut Aktennotiz der Beschwerdegegnerin sei es nicht zu einem Sturz gekommen. Der Beschwerdeführer habe mit den Zehenspitzen auf einer Stufe gestanden, beim Belasten sei der Fuss eingesackt. In der Erstuntersuchung vom 24. Oktober 2019 beschreibe der Hausarzt eine Delle am Ansatz der linken Achillessehne mit Hämatomverfärbung und positivem Thompson-Test. Die Ruptur werde im Ultraschall gesichert. Der oben dokumentierte Hergang der Aktennotiz sei nach Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur ohne Zweifel nicht geeignet, eine traumatische Achillessehnenruptur verursachen zu können. Der Hergang entspreche einer alltäglichen Verrichtung.

In diesem Schadenfall liege ein dokumentierter Vorzustand der linken und rechten Achillessehne zugrunde. Der Rheumatologe Dr. A.____ behandle den Beschwerdeführer nach Kenntnis des Berichts vom 17. September 2019 bereits vor dem Ereignis wegen intermittierendem, schmerzhaftem Ziehen im Bereich der Wade und Fusssohlen beidseits. Seit Mai 2019 bestünden akzentuierte Wadenschmerzen und wechselhafte Schmerzen an den Fusssohlen und an der Achillessehne beidseits (S. 4).

Am 17. September 2019 sei eine gezielte Kortisoninfiltration an den Achillessehnenansatz links erfolgt. Gemäss wissenschaftlicher Literatur lägen geeignete Mechanismen vor, die eine Ruptur der Achillessehne verursachen könnten, so zum Beispiel Abstossbewegungen beim Sport, ruckartiges Anschieben eines Gegenstandes, plötzliche Dorsalextension bei vorgespannter Wade beim Aufkommen nach einem Sprung oder eine plötzliche Dorsalextension des fixierten Fusses beim Tritt in ein Erdloch oder bei einem Fall treppabwärts.

Eine plötzliche Kraftanstrengung sei keine Unfallursache, da die Zugfestigkeit der Sehne grösser sei als die vom Muskel aufgebrachte Kraft. Es bedürfe der Abgrenzung des Schadens aus innerer Ursache (Degeneration) sowie der Abklärung lokaler und allgemeiner Erkrankungen des Muskel-Sehnen-Systems. Im Falle einer Ruptur der Achillessehne wären eher knöcherneligamentäre Begleitverletzungen des Bandapparates beziehungsweise Frakturen am OSG zu erwarten. Die im OP-Bericht beschriebene Achillessehnenruptur

liege an der Kreuzungsstelle der Sehnenfasern proximal vor dem Ansatz beziehungsweise am medialen Achillessehnenansatz am Calcaneus der USG-Achse und stelle eine der Schwachstellen der Achillessehne dar.

Insbesondere bei einer Tendinose und der kalzifizierenden Tendopathie, wie sie im Bericht von Dr. A.____ vom 17. September 2019 und bildgebend beschrieben worden seien, sei ohne Zweifel von einer vorbestehenden Texturstörung der Achillessehne auszugehen. In diesem Zusammenhang sei vor allem auf die Kortisoninfiltration vom September 2019 an den linken Achillessehnenansatz hinzuweisen. Die Lokalisation entspreche exakt der Region der Achillessehnenruptur links vom 23. Oktober 2019. Der wissenschaftliche Zusammenhang zwischen lokalen Kortisoninjektionen und spontanen Sehnenrupturen sei hinlänglich bekannt (S. 5 f.).

Zusammenfassend sei festzustellen, dass aufgrund des nicht geeigneten Hergangs des Ereignisses vom 23. Oktober 2019, aufgrund des nachgewiesenen erheblichen Vorzustandes einer Tendinose beziehungsweise kalzifizierender Tendopathie der Achillessehne links die Ruptur der Achillessehne links nur möglicherweise in natürlichem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 23. Oktober 2019 stehe. Hinsichtlich einer Listenverletzung sei zu konstatieren, dass eine Listenverletzung lit. f vorliege. Diese sei jedoch zu über 50 % auf eine Abnützung zurückzuführen (S. 6). 4. 4.1

Bei der strittigen Verletzung handelt es sich um eine

Partialruptur der Achillessehne links, weshalb Dr. Z.____ von einer Listendiagnose gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ausging (vgl. vorstehend E. 3).

E. 6

Abs. 2 lit. f UVG verneint. Es sei mithin davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin in unfallversicherungsrechtlicher Hinsicht leistungspflichtig sei (S. 7). Mit Replik machte er geltend, in der Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 25. Februar 2020 seien nicht alle relevanten Informationen enthalten. Zu ergänzen sei der rechtsrelevante Sachverhalt insofern, als er begleitet von einem heftigen Knall und stichartigen Schmerzen in der Ferse blitzartig nach unten auf den tieferliegenden Treppentritt abgeglitten und gestolpert sei. Dank einer reflexartigen Bewegung mit dem rechten Bein habe ein Sturz verhindert werden können. Gestützt auf diesen komplettierten Unfallhergang sei erstellt, dass es sich beim Ereignis vom 23. Oktober 2019 um ein Unfallereignis im Rechtssinne handle (Urk.

E. 11

S. 3).

Vorliegend sieht das Gericht von der Durchführung einer öffentlichen Verhandlung ab, da es auch ohne eine solche aufgrund der Akten zum Schluss gelangt, dass dem materiellen Rechtsbegehren des Beschwerdeführers zu entsprechen ist (vgl. hierzu Urteil des Bundesgericht 8C_495/2020 vom 6. Januar 2021 E. 2.2) . 5.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der

Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Deren Höhe ist gemäss § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert, zu bemessen. Unter Berücksichtigung des gerichtüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer (MWSt) ist die

Partei-entschädigung auf Fr. 2'300.-- inklusive Barauslagen und MWSt festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Schweizerischen Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG

vom 15. Oktober 2020 aufgehoben mit der Feststellung, dass es sich beim Ereignis vom 23. Oktober 2019 um einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG handelte,

für dessen Folgen die Beschwerdegegnerin im Sinne der Erwägungen leistungspflichtig ist. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Massimo Aliotta - Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schüpbach

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