

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00195

vom 28. April 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-04-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00195

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00195 du 28 avril 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00195 del 28 aprile 2023

Erwägungen

E. 1.1

Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil vom 20. September 2022 fest,

das Absinken der Ferse auf den tiefer liegenden Tritt sprengt den Rahmen des zu Erwartenden bei der Ausgangslage nicht und stellt kein besonderes Vorkommnis dar. Trotz aufgetretener Gesundheitsschädigung erfülle allein die Absenkung der Ferse beim alltäglichen Treppensteigen ohne zusätzliche Programmwidrigkeit die Anforderungen an den zur Bejahung des Unfallbegriffs unabdingbaren äusseren Faktor im Sinne von Art. 4 ATSG nicht (Urk. 1 E. 5.3). Das hiesige Gericht werde somit eine Leistungspflicht unter dem Gesichtspunkt einer Listenverletzung nach Art.

E. 1.2

Zu prüfen ist somit, ob vorliegend die Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin unter dem Gesichtspunkt einer Listenverletzung nach Art.

E. 4

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) handle, für dessen Folgen die Mobilbar im Sinne der Erwägungen leistungspflichtig sei (Urk. 2/19). 2.

Die dagegen von der Mobilbar am 13. Januar

2022 erhobene Beschwerde (Urk. 2/22) wurde mit Urteil des Bundesgerichts 8C_24/2022 vom 20. September 2022 teilweise gutgeheissen und die Sache zu neuer Entscheidung hinsichtlich der Beurteilung einer Leistungspflicht unter dem Gesichtspunkt einer Listenverletzung nach Art.

E. 4.1

Dr. med. Z. ____, Facharzt für Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 22. August 2019 (Urk. 2/8/3/13) folgende Diagnosen: - rezidivierende Rückfussirritationen beidseits, teils rechts-, teils linksbetont - Enthesitis der Achillessehnen, interkurrent leichte Fasciitis plantaris, Senkspreizfusstendenz - sonografisch beidseits Subkutanödem, beidseits degenerative Vergrößerungen am Sprung- und den Intertarsalgelenken, links minimale Flüssigkeit im oberen Sprunggelenk (OSG) und vereinzelt intertarsal, keine Synovitiszeichen, Achillessehne beidseits distal etwas verdickt und inhomogen mit eichoreichen streifigen und punktförmigen Einlagerungen, rechts und fraglich auch links Inhomogenität am Ansatz, Differentialdiagnose Partiaalläsion der Sehne, Haglund-Exostose beidseits, 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 - leichter 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 Fusssohlen, später eher an den Achillessehnen beidseits rechtsbetont (S. 1). Physiotherapie 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). 4.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Radiologie, berichtete am 4. September 2019 (Urk. 2/ 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 Ansatz tendonopathie der Achillessehne. 4.3

Dr. Z.____ berichtete am 17. September 2019 (Urk. 2/ 8/3/15) über die gleichen tags durchgeführte Ultraschalluntersuchung der oberen Sprunggelenke und führte aus, es bestünden beidseits ein Subkutanödem, beidseits degenerative Vergrößerungen am Sprunggelenk und den Intertarsalgelenken, links minimale 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. 4.4

Die Ärzte des Kantonsspitals D.____ berichteten am 24. Oktober 2019 (Urk. 2/ 8/3/1) über das Röntgen des OSG sowie den Ultraschall der linken Achillessehne 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 Rupturursache. Bezüglich dieser Frage sollte jedoch nach Abklingen der Beschwerden eine MRT-Untersuchung durchgeführt werden. 4.5

Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, berichtete am 29. Oktober 2019 (Urk. 2/ 8/3/3) über die gleichentags durchgeführte Achillessehnenrekonstruktion links mit transossärer Refixation am Calcaneus bei der Diagnose einer ansatznahen, distalen, hochgradigen (90%) Achillessehnenruptur links und führte aus, der Beschwerdeführer sei schon seit einiger Zeit in Behandlung wegen Achillesdynien. 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. 4 .6

In der Unfallmeldung vom 5. November 2019 (Urk. 2/ 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). 4 .7

Dr. B. ___ berichtete am 27. November 2019 (Urk. 2/ 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. 4 .8

Dr. med. E. ___ , Fachärztin für Chirurgie und Traumatologie, beratende Ärztin der Beschwerdeführerin, nahm am 11. Dezember

2019 Stellung (Urk. 2/ 8/3/11) und führte aus, es bestehe beim Beschwerdeführer ein Vorzustand. Er sei seit Januar 2019 bei Dr. Z. ___ in Behandlung wegen Achillodynie. 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 Achillodynie anzufordern. 4 .9

Dr. Z. ___ berichtete am 21. Januar 2020 (Urk. 2/ 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. 4 .10

Dr. E. ___ nahm am 29. Januar 2020 erneut Stellung (Urk. 2/ 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 akzentierte 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 chronischen Ansatzentzündung der Achillessehne. Es bestehe zirka eine acht- bis zehnwöchige Arbeitsunfähigkeit, allerdings krankheitsbedingt, kein Unfall. 4.11

Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, nahm am 4. März 2020 Stellung (Urk. 2/ 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. 4.12

Dr. A.____ erstattete am 27. September

2020 ein Aktengutachten (Urk. 2/ 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. Z.____ 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 Waden schmerzen 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 knöcherne ligamentäre 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. Z.____ 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). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das

Aktengutachten ihres beratenden Arztes Dr. A.____ (vorstehend E.

E. 4.5

) und Dr. Z.____ (vgl. vorstehend E. 4.9), für sich alleine nicht aus, um unbesehen darauf abstellen zu können. Zudem ist diesbezüglich auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräften, diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 5.4

Im Lichte der obigen Ausführungen bestehen Zweifel an der als rein verwaltungsintern zu wertenden medizinischen Beurteilung des beratenden Arztes Dr. A.____, wonach die Achillessehnenruptur zu über 50 % auf eine Abnützung zurückzuführen sei.

Die Beschwerdegegnerin ist gehalten, eine medizinische Abklärung vorzunehmen, welche sich mit der strittigen Frage, ob die Achillessehnenruptur des Beschwerdeführers vorwiegend auf Abnützung zurückzuführen sei, unter Bezugnahme auf die bildgebenden Untersuchungen

sowie die divergierenden fachärztlichen Einschätzungen, fundiert auseinandersetzt.

Dementsprechend erweist sich die vorliegende Aktenlage für die Beurteilung der strittigen Frage als ungenügend, weshalb der Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2020 aufzuheben und die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

E. 4.12

) davon aus, dass das bildgebend festgestellte Verletzungsbild an der linken Achillessehne des Beschwerdeführers zu über 50 %

auf Abnützung

zurückzuführen sei, weshalb sie hierfür nicht leistungspflichtig sei

(vorstehend

E. 3.2).

Dagegen stellte sich der Beschwerdeführer unter Bezugnahme auf die Ausführungen von Dr. B.____ (vorstehend E. 4.5) auf den Standpunkt, die vorliegende Verletzung habe nur durch ein Unfallereignis entstehen können und auf das Aktengutachten von Dr. A.____ könne nicht abgestellt werden, es sei nicht beweistauglich, und es bestünden Zweifel an seiner Einschätzung (vorstehend E. 3.3).

5.2

Vorliegend führt Dr. A.____ in seinem Aktengutachten aus, der genannte Hergang sei nach Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur ohne Zweifel nicht geeignet, eine traumatische Achillessehnenruptur verursachen zu können. Wie bereits im Urteil vom 11. November 2021 (Urk. 2/19 E. 4.8) ausgeführt, nannte Dr. A.____ jedoch eine 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 als eine der möglichen Ursachen für eine Achillessehnenruptur. Dass Dr. B.____

gerade davon ausging, der Beschwerdeführer habe ein maximales Dorsalextensionstrauma des linken Fusses erlitten (vgl. vorstehend E. 4.5), berücksichtige Dr. A.____ in seinem Gutachten nicht beziehungsweise nahm dazu keine Stellung. Selbst wenn beim Beschwerdeführer eine Vorschädigung der Achillessehne bestand, was vorliegend unbestritten ist, hätte Dr. A.____ die Aussage von Dr. B.____ würdigen sollen, damit zweifelsfrei auf sein Gutachten abgestellt werden kann.

Dr. A.____

machte hingegen vielmehr gestützt

auf wissenschaftliche, medizinische Literatur

allgemeine Angaben zur Zug- und Reißfestigkeit der (Achilles-) Sehne und wies darauf hin, dass die Lokalisation der Kortisoninfiltration von September 2019

exakt der Region der Achillessehnenruptur links vom 23. Oktober 2019 entspreche, wobei der wissenschaftliche Zusammenhang zwischen lokalen Kortisoninjektionen und spontanen Sehnenrupturen hinlänglich bekannt sei.

Diese allgemeinen Feststellungen genügen jedoch nicht, um in casu die Verletzung als überwiegend degenerativ verursacht zu betrachten. Zu seiner Beurteilung, wonach die Verletzung zu über 50% auf eine Abnützung zurückzuführen sei, machte Dr. A.____ in seinem Gutachten weder nähere, konkret auf den Beschwerdeführer bezogene Angaben, noch begründete er diese in irgendeiner Weise. Er hielt zur hier interessierenden Frage nach dem Entlastungsbeweis lediglich in lapidarer Weise fest, dass hinsichtlich einer Listenverletzung zu konstatieren sei, dass eine solche vorliege, jedoch zu über 50% auf eine Abnützung zurückzuführen sei

(vgl. vorstehend E. 4.12). Dies genügt nicht, denn es ist eine nachvollziehbar begründete Einschätzung vorzunehmen, weshalb im konkreten Fall die Ruptur zu mehr als 50% auf degenerative beziehungsweise krankheitsbedingte Faktoren zurückzuführen ist.

Daran vermögen auch die Interpretationen der Beschwerdegegnerin in ihren Stellungnahmen (Urk.

E. 6

Abs. 2 UVG erfüllt sind. 2. 2.1

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung 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) und Trommelfellverletzungen (lit . h).

Diese Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen ist abschliessend (BGE 146 V 51 E. 7.1 sowie BGE 116 V 136 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen). 2 . 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 Vermutung, 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 Körper schädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversiche rung 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 erinnerlichen 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 vereinfacht dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfall versiche rers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilen den 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 Abnützung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweis kräftige ärztliche Einschät zungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nachzu weisen, dass die fragliche Listenverletzung vor wiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzu führen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnützung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärun

gen erübrigen (E. 8.6; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_593/2021 vom 6. Januar 2022 E. 2.3). 2. 3

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; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1). 2. 4

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 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 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 3. 3.1

Am 24. Oktober

2019 wurde beim Beschwerdeführer mittels Röntgen- und Ultraschalluntersuchung eine hochgradige Partialruptur der Achillessehne, insbesondere im medialen Anteil mit intratendinösen Hämatomen festgestellt (vgl.

Urk. 2/8/3/1).

Diese Achillessehnenruptur fällt als Listenverletzung unbestrittenerweise unter Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (vgl. auch nachstehend E. 4.11 und 4.12). 3.2

Die Beschwerdegegnerin machte diesbezüglich geltend (Urk. 9), beim Beschwerdeführer bestünden Prädispositionsfaktoren wie eine Tendinose und eine kalzifizierende Tendinopathie, welche bildgebend gesichert worden seien. Zudem sei er bereits zuvor in medizinischer Behandlung beim Rheumatologen Dr. Z.____ gestanden. Dieser habe im September

2019 eine Kortisoninfiltration in den Ansatz der Achillessehne vorgenommen, welche ebenfalls das Risiko einer Achillessehnenruptur erhöhen würde (S.

2 oben). Aktenkundig habe der Beschwerdeführer bereits vor dem Bagatellereignis vom 23. Oktober 2019 unter Rückfuss-/Unterschenkelbeschwerden gelitten. Die Beschwerden seien als Enthesitiden bezeichnet worden, was Entzündungen im Ansatzbereich von Sehnen und Bändern seien (S. 2 unten).

Feststehe, dass der im Ereigniszeitpunkt 63-jährige, etwas übergewichtige Beschwerdeführer bereits seit einiger Zeit bei Dr. Z.____ wegen Achillodynien in Behandlung gestanden sei. Es handle sich vorliegend eindeutig um Beschwerden krankhaft-degenerativer Natur (S. 3). Es sei davon auszugehen, dass es beim B

eschwerdeführer beim Schritt mit seinem linken Fuss auf die nächst höher gelegene Treppenstufe beim Belasten mit einem Knall zum Reißen der Achillessehne links gekommen sei (S. 4). Es stehe somit fest, dass die zu beurteilende Achillessehnenruptur links ausschliesslich auf Elemente zurückzuführen sei, die für Abnützung sprechen würden (Allgemein wissen zur Beschaffenheit der Achillessehne, bildgebend durch Sonografie und Röntgen gesicherte Befunde, intraoperativ festgestellter Vorzustand, dokumentierte Abklärungsergebnisse; S. 4 unten).

Im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung sei auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers zu verzichten. Das Aktengutachten von Dr. A. ___ sei vollständig. Ihm sei einzig ein Fehler durch Weglassen einer Textpassage bei der Wiedergabe eines Berichts unterlaufen, somit noch vor einer medizinischen Auseinandersetzung mit der Materie. Dies sei rechtlich irrelevant (Urk. 11) . 3.3

Der Beschwerdeführer machte hingegen geltend (Urk. 7) , dem Aktengutachten von Dr. A. ___ komme keine Beweistauglichkeit zu, weder für die Beurteilung der Unfallkausalität, noch für die Führung des Entlastungsbeweises. Das Aktengutachten sei inhaltlich unvollständig. Dr. A. ___ habe ihn nicht persönlich untersucht. Im Aktengutachten fänden sich zudem zahlreiche Fehler in tatsächlicher wie auch formeller Hinsicht und auf S. 4 fehle zudem ein Teil des Textes.

Dr. A. ___ stütze seine zusammenfassende Schlussfolgerung betreffend Vorliegen einer Abnützung von über 50 % nachweislich auf einen falsch wiedergegebenen Unfallhergang ab.

Zudem habe Dr. B. ___ festgestellt, dass die vorliegende Verletzung nur durch ein Unfallereignis habe entstehen können . 4.

E. 6.1

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit . f bis ATSG).

E. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung hat.

Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, (GebV

SVGer) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die dem Beschwerdeführer zustehende Prozessentschädigung beim praxisgemässen Ansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'

E. 9

00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über ihre Leistungspflicht erneut befinde. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (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.