

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00170 vom 24. Mai 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-05-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00170

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00170 du 24 mai 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00170 del 24 maggio 2023

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970, war als Inhaber der Y.____

GmbH bei der VAUDOISE ALLGEMEINE Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend Vau doise) versichert, als er am 14. Juni 2021 von seinem Velo auf die rechte Schulter stürzte und sich diverse Verletzungen zu zog (Urk. 3/1/1-2 = Urk. 8/5/2-3 = Urk. 8/6/1-2).

Nach getätigten Abklärungen teilte die Vaudoise dem Versicherten m it Verfügung vom 14. April 2022 (Urk. 3/9 = Urk. 8/46 /1-2 = Urk. 8/50/6- 7) mit, dass einzig die Clavicularfraktur rechts als traumatisch und unfallbedingt zu betrachten sei, für die anderweitigen Schulterveränderungen würden keine Leistungen übernom men werden. Dagegen erhob die zuständige Krankenversicherung des Versicher ten , die Assura, am 22. April 2022 vorsorglich Einsprache (Urk. 8/48/1). Am 28. April 2022 zog die Assura ihre Einsprache wieder zurück (Urk. 8/49). Am 23. Mai 2022 erhob der Versicherte Einsprache gegen die erlassene Verfügung (Urk. 3/11 = Urk. 8/50/1-5). Mit Entscheid vom 13. Juli 2022 (Urk. 8/52 = Urk. 2) wies die Vaudoise die Einsprache des Versicherten ab.

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 Kör per, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 1.2

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

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmäs sige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Ren tenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche

Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsent schädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). 1.

E. 1.5

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). 1.

E. 2

Der Versicherte erhob am 14. September 2022 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 13. Juli 2022 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es seien ihm ergänzend zu den gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung bezüglich der Claviculafraktur auch diejenigen gesetzlichen Leistungen der Unfallversicherung bezüglich der Gesundheitsschädigungen am rechten Schultergelenk und an der Supraspinatussehne auszurichten. Eventuell sei ein gerichtliches medizinisches Gutachten zur Beurteilung der Unfallkausalität einzuholen (Urk. 1 S. 2 Ziff. I.1-2). Mit Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2022 (Urk. 7) beantragte die Vaudoise die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 13. Oktober 2022 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) im Wesentlichen fest, gestützt auf die Beurteilung des beratenden Arztes vom 23. Februar 2022 sei davon auszugehen, dass die Unfallkausalität der Claviculafraktur gegeben sei, die übrigen Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers jedoch nicht rechtsgenügend auf den Sturz vom 14. Juni 2021 zurückzuführen

seien. Medizinische Argumente, welche geeignet wären, diese schlüssige und nachvollziehbare begründete Beurteilung des beratenden Arztes zu entkräften oder zu widerlegen, seien nicht geltend gemacht worden (S. 6 Ziff. 2.4). Daran hielt sie mit Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2022 fest (Urk.

7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber (Urk. 1) geltend, dass auf die schlüssigen Berichte des behandelnden Arztes abgestellt werden könne. Die mehrfachen persönlichen Behandlungen würden eine zuverlässigere Basis als die blossen Aktenbeurteilung des behandelnden (richtig: beratenden) Arztes der Beschwerdegegnerin bilden. Die durch den Unfall vom 14. Juni 2021 erlittenen Verletzungen der rechten Schulter seien

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als unfallkausal, weshalb die Beschwerdegegnerin – selbst bei Vorliegen einer Teilkausalität gemäss Art.

36 Abs.

1 UVG – dafür Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen habe (S. 8 ff. Ziff. II.B).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer für die über die Claviculaf raktur hinausgehenden Schulterbeschwerden Anspruch auf weitere Leistungen hat und dabei insbesondere das Vorliegen des natürlichen Kausalzusammenhangs. 3.

E. 3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss 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 Vorhanden sein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.1 f.).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1.

E. 3.1

Der Unfallmeldung vom 16. Juni 2021 (Urk. 3/1/1-2 = Urk. 8/5/2-3 = Urk. 8/6/1-2) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 14. Juni 2021 während einer Velotour ein Hund über einen Zaun auf seine Fahrbahn gesprungen sei, er nicht mehr reagieren können und zu Boden auf die rechte Schulter gestürzt sei. Dabei habe er sich das rechte Schlüsselbein gebrochen.

E. 3.2

Im Notfallbericht des Kantonsspitals Z.____

vom 15. Juni 2021 (Urk. 8/ 21) wurde ausgeführt , dass der Beschwerdeführer notfallmässig durch den Rettungsdienst zugewiesen worden sei. Er habe am Vortag einen Velosturz gehabt und sei dabei auf die rechte Schulter gestürzt. In der anschliessenden Röntgenkontrolle sei eine kleine Fissur im mittleren Drittel der Clavicula

festgestellt worden. Am Vorstellungstag sei der Beschwerdeführer erneut Fahrrad gefahren und habe plötzlich ein Knacken in der rechten Schulter verspürt. Seither habe er Schmerzen und eine Vorwölbung über der Clavicula bemerkt.

Die vor Ort durchgeführte Röntgenkontrolle (vgl. Urk. 8/9) zeige nun eine dislozierte Claviculafraktur im mittleren Drittel rechts mit Dislokation um mehr als Schaftbreite. Der Beschwerdeführer werde der Privatklinik A.____

zur operativen Versorgung der Fraktur zugezogen (S. 1).

E. 3.3

Dr.

med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Privatklinik A.____, Arthrose und Sport

Klinik C.____

nannte in seinem Bericht vom 16. Juni 2021 (Urk. 3/2 = Urk. 8/8) eine dislozierte Claviculafraktur mittleres Schaftdrittel rechts bei Status nach Sturz vom Rennvelo am 14. Juni 2021 und bei Status nach Sekundärdislokation am 15. Juni 2021 als Diagnose. Er führte aus, dass der Beschwerdeführer am 14. Juni 2021 von seinem Rennvelo gestürzt sei, als er von einem Hund angefallen worden sei. Er habe sich dabei eine Verletzung an der rechten Schulter zugezogen, welche noch vor Ort radiologisch abgeklärt worden sei. Es habe sich damals eine Fissur gezeigt. Am 15. Juni 2021 habe der Beschwerdeführer seine Radtour fortgesetzt, nach zirka 125 km sei es plötzlich zu einem Knacken mit sekundärer Dislokation gekommen. Die nächste Beurteilung sei dann im Spital Z.____ mit Nachweis einer dislozierten Claviculafraktur erfolgt (vgl. vorstehend E. 3.2). Aufgrund des Dislokationsgrades sei die Indikation zur offenen Reposition und Osteosynthese gegeben. Es werde für morgen eine Plattenosteosynthese hier in der Privatklinik A.____ geplant (S. 1).

E. 3.4

Dr.

B.____ führte im Austrittsbericht vom 18. Juni 2021 (Urk. 8/12/1) aus, dass – am 17. Juni 2021 (vgl. hierzu den Operationsbericht vom 18. Juni 2021; Urk. 8/12/2-3) – eine offene Reposition und Plattenosteosynthese der rechten Clavicula durchgeführt worden sei. Der perioperative Verlauf habe sich insgesamt komplikationslos gestaltet.

E. 3.5

In seinem Verlaufsbericht vom 28. Juni 2021 (Urk. 3/3 = Urk. 8/14) berichtete Dr.

B.____ von einem zeitgerechten Verlauf bezüglich der Claviculafraktur. Der Beschwerdeführer beschreibe zusätzliche Beschwerden auf dem Schultergelenk, welche seit dem Unfall neu aufgetreten seien. Klinisch bestehe ein reproduzierbares Schnappen (S. 1). 3.

E. 3.8

Dr.

B.____ führte in seinem Verlaufsbericht vom 23. Juli 2021 (Urk. 8/20) aus, dass die Claviculafraktur sechs Wochen postoperativ einen zeitgerechten Verlauf zeige. Seit dem Sturz spüre der Beschwerdeführer zusätzlich auch Schulter Schmerzen rechts und ein subacromiales Schnappen. Die Röntgenuntersuchung der rechten Clavicula vom 22. Juli 2021 (vgl. Urk. 8/41) habe identische Stellungenverhältnisse gezeigt, es liege keine Osteosynthesemateriallockerung vor. Im Frakturfokus liege eine zunehmende Unschärfe sowie eine zunehmende Konsolidation vor (S. 1). 3.

E. 3.14

In seinem Bericht vom 21. März 2022 (Urk. 3/10 = Urk. 8/47 /2-3) führte Dr. B.____ aus, dass der Beschwerdeführer neun Monate postoperativ nach wie vor Schmerzen habe und ein Reiben im Bereich der rechten Schulter spüre. Radiologisch zeige sich eine zunehmende Konsolidation im Bereich der Claviculafraktur bei gleichzeitiger beginnender Osteosynthesemateriallockerung. Somit sei die Indikation zur Osteosynthesematerialentfernung seines Erachtens klar, der Zeitpunkt sei jetzt jedoch sicher noch zu früh. Ein Jahr postoperativ werde nochmals eine klinisch-radiologische Verlaufskontrolle geplant. Gleichzeitig müsste dann die Schulterarthroskopie aufgrund der Supraspinatusruptur durchgeführt werden (S. 1). Er sei nach wie vor ganz klar der Meinung, dass es sich bei der Rotatorenmanschetten-Ruptur ebenfalls um eine traumatische Rissbildung handle und verweise diesbezüglich nochmals auf seinen letzten Bericht vom 13. Dezember 2021 (S. 2 oben; vgl. vorstehend E. 3. 12).

E. 3.15

Dr.

B.____ führte in seinem Bericht vom 13. Juni 2022 (Urk. 3/12 = Urk. 8/51) aus, dass ein Jahr postoperativ die Claviculafraktur ossär konsolidiert zu scheinen sei. Zusätzlich zeige sich die seines Erachtens klar traumatische Ruptur der Supraspinatussehne. Nach wie vor würde er es als sinnvoll betrachten, im Rahmen einer geplanten Osteosynthesematerialentfernung vorgängig eine Schulterarthroskopie zur Behandlung der Supraspinatusruptur durchzuführen (S. 2 oben).

4.

E. 4

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 blosse 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 (Urteile des Bundesgerichts 8C_600/2021 vom 3. März 2022 E. 3.2 und 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2, je 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. 4.1

Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 14. Juni 2021 während einer Fahrrad tour auf die rechte Schulter stürzte und sich dabei eine kleine Fissur an der Clavicula zu gezogen hat . Am 15. Juni 2021 setzte der Beschwerde führer seine Fahrrad tour fort, als es nach zirka 125

km zu einem Knacken in der rechten Schulter gekommen ist . In der Folge wurde eine dislozierte Claviculaf raktur

im mittleren Drittel rechts mit Dislokation um mehr als Schaftbreite diag nos tiziert. Am 17. Juni 2021 wurde eine offene Reposition und Plattenosteosyn these der rechten Clavicula durchgeführt (vorstehend E. 3.1-3. 4 , E. 3.6).

Der behandelnde Arzt Dr. B.____ berichtete am 28. Juni 2021 erstmals von zusätz lichen Beschwerden auf dem Schultergelenk, welche nach Angaben des Beschwerdeführers seit dem Unfall neu aufgetreten seien. Klinisch zeigte sich ein reproduzierbares Schnappen (vorstehend E. 3.5 ; vgl. vorstehend E. 3. 8). Am 14. September 2021 fand eine MR Arthrographie der rechten Schulter statt (vorstehend E. 3.9).

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Beurteilung des beratenden Arztes Dr. G.____ vom 23. Februar 2022 (vgl. vorstehend E. 3.13) davon aus, dass die über die Claviculafraktur hinausgehenden Schulterbeschwerden des Beschwerdefüh rers nicht rechtsgenügend auf den Sturz vom 14. Juni 2021 zurückzuführen und somit nicht unfallkausal seien (vorstehend E. 2.1).

Der beratende Arzt Dr. G.____ ist Facharzt für Chirurgie und verfügt daher über den erforderlichen Facharztstitel, um die Schulterbeschwerden des Beschwerde führers fachgerecht zu beurteilen. In seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2022 (vorstehend E. 3.13) kam Dr. G.____ in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass anhand der Befunde der MR Arthrographie der rechten Schulter (vgl. vorstehend E. 3.9) die von Dr. B.____ auf einem einzigen Bild festgestellte Rissbildung der Supraspinatussehne (vgl. vorstehend E. 3.10, E. 3.12) nicht als erwiesen betrachtet werden könne, sei doch eine solche Rissbildung auf allen anderen Bildern nicht zu finden gewesen und vom Fachradiologen Dr. F.____ sogar explizit ausgeschlossen worden (vgl. vorstehend E. 3.9). Die von Dr. F.____ weiter beschriebene Tendinopathie und die artikulären Partialrupturen der Sup raspinatussehne würden zudem einem altermässig degenerativ ablaufenden Pro zess beim 51-jährigem Beschwerdeführer entsprechen. In Bezug auf die von Dr. B.____ erwähnte unfallbedingte Knorpelläsion der Gelenkpfanne (vgl. vorste hend E. 3.10) führte Dr. G.____

in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise aus, dass eine solche nur als unfallbedingt zu betrachten wäre, wenn sie durch eine äussere erhebliche Krafteinwirkung oder durch eine Luxation des Schultergelen kes entstanden wäre, was vorliegend jedoch sowohl angesichts des Unfallmecha nismus als auch der objektiven Befunden nicht der Fall gewesen sei. Schliesslich führte Dr. G.____ aus, dass eine akute Zusammenhangstrennung einer Sehne und eine akute Gelenksschädigung sofortige Beschwerden und einen sofortigen Aus fall der Schulterfunktionen verursachen würden, was mit einer Weiterfahrt auf dem Velo von

125 km klar unvereinbar sei. 4. 3

Der Beschwerdeführer beruft sich demgegenüber auf die Berichte seines behandelnden Arztes Dr. B.____ sowie auf einen Fachartikel von Lädermann et al. (Degenerative oder traumatische Läsionen der Rotatorenmanschette, in: Swiss Medical Forum 2019 S. 260 ff. in Urk. 3/14 = Urk. 8/ 50/9-16 ; Urk. 1 S. 8 ff. Ziff. II.B). Weder der behandelnde Arzt Dr. B.____ noch der Beschwerdeführer machten medizinische Argumente geltend, welche die Feststellung des beratenden Arztes Dr. G.____, dass bei einer Rotatorenmanschettenruptur eine Weiterfahrt mit dem Rennvelo nicht mehr möglich gewesen wäre (vgl. vorstehend E. 4. 2), entkräften könnten. Dr. B.____ äusserte sich in seinen Berichten (vgl. vorstehend E. 3. 8, E. 3.10, E. 3.12, E. 3.14, E. 3.15) überhaupt nicht dazu, weshalb beim Beschwerdeführer trotz Fehlens einer sofortigen Funktionseinbusse eine Rotatorenmanschettenruptur

aufgetreten sein sollte und wie sich dies mit einer Weiterfahrt über 125 km vereinbaren lässt

Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt, dass die Schweizerische Expertengruppe der Schulter- und Ellbogenchirurgie betreffend die Differenzierung von degenerativen oder traumatischen Läsionen Kriterien herausgegeben habe. So gehe die Expertengruppe davon aus, dass transmurale Rotatorenmanschettenläsionen vor dem 60. Altersjahr nur sehr selten vorkämen und zwar in einer Grössenordnung von weniger als 10 %, wobei in diesen Fällen die Supraspinatussehne zu 85 % betroffen sei. Sodann halte die Expertengruppe betreffend Traumahergänge fest, dass verschiedene Mechanismen in Frage kommen würden und diese nicht generell klar seien. Zudem sei gemäss Expertengruppe die Atrophie sowie die fettige Infiltration der Rotatorenmanschettenmuskulatur von ausserordentlicher Wichtigkeit, um zwischen einer chronischen Läsion und einem Trauma unterscheiden zu können. Im vorliegenden Fall sei keine Atrophie und auch keine fettige Degeneration festgestellt worden, was gegen eine vorbestehende Läsion spreche, da die fettige Infiltration der Rotatorenmanschettenmuskulatur in der Bildgebung beim Menschen erst erkennbar sei, wenn die Symptome länger als sechs Monate andauern würden oder kein Trauma vorliege (Urk. 1 S. 10 f. Rz 24; vgl. Lädermann et al., a.a.O., S. 262 ff.).

Inwiefern sich dadurch auch nur geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilung durch den beratenden Arzt Dr. G.____ ergeben sollten, ist nicht erkennbar. Schliesslich wird auch im vom Beschwerdeführer angerufenen Fachartikel die sofortige Beeinträchtigung der aktiven Mobilität beziehungsweise Entwicklung einer Pseudoparalyse der Schulter aufgrund einer Rotatorenmanschettenläsion als einziges typisches Merkmal für eine traumatische Verursachung dieser Schädigung genannt (Lädermann et al., a.a.O., S. 263).

Auch nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung stellt eine sofortige erhebliche Funktionseinbusse das typische Merkmal für den Nachweis einer traumatischen Verursachung einer Rotatorenmanschettenläsion dar (Urteile des Bundesgerichts 8C_43/2022 vom 24. Mai 2022 E. 5.1 und 8C_253/2021 vom 2. Juli 2021 E. 5.3). Wie Dr. G.____ in seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2022 ausdrücklich festgehalten hat, ist eine solche erhebliche Funktionseinbusse

des Schultergelenks in den echtzeitlichen Dokumenten nicht ausgewiesen worden, fuhr doch der Beschwerdeführer einen Tag nach dem Fahrradsturz vielmehr mit lediglich leichten Beschwerden weitere 125

km mit seinem Rennvelo, bis es zur sekundären Dislokation der Claviculafraktur gekommen ist. Erst durch diese Dislokation des Schlüsselbeinknochens sind so starke Schmerzen aufgetreten, dass der Beschwerdeführer nicht weiterfahren konnte (vorstehend E. 3.13). Wenngleich der Beschwerdeführer über am 15. Juni 2021 plötzlich aufgetretene starke Schmerzen an der « Schulter » berichtete, gab er die Weiterfahrt wegen der Dislokation des Knochens

und somit nicht wegen einer Funktionseinbusse des Schultergelenks auf (vgl. das Einvernahmeprotokoll vom 20. Juli 2021; Urk. 8/29 S. 5 Ziff. 9). Weder aufgrund des initialen Sturzes am 14. Juni 2021 noch nach der Weiterfahrt vom 15. Juni 2021 traten Beeinträchtigungen im Sinne der sofortigen typischen Funktionseinbusse bei Rotatorenmanschettenläsion auf.

Dass, wie vom behandelnden Arzt Dr.

B. ___ geltend gemacht, der Beschwerdeführer vor dem Ereignis vom 14. Juni 2021 beschwerdefrei gewesen sei und nach dem Velosturz eine Arbeitsunfähigkeit resultiert habe (vorstehend E. 3.12), vermag keine Kausalität darzulegen. Denn die Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc », nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist, ist beweisrechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1). 4. 4

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die überzeugende und nachvollziehbare Beurteilung des beratenden Arztes Dr. G. ___ davon ausgegangen ist, dass die über die Claviculafraktur hin ausgehenden Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers nicht rechtsgenügend auf das Ereignis vom 14. Juni 2021 zurückzuführen sind und die natürliche Kausalität verneint hat. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

Aufgrund der Umstände erübrigt sich die Prüfung eines Leistungsanspruchs gestützt auf Art.

6 Abs.

1 UVG. Ist wie hier nachgewiesen, dass ein Unfallereignis im Sinne von Art.

4 ATSG nicht die Ursache einer diagnostizierten (möglichen) Listenverletzung (Sehnenriss; Art.

6 Abs.

2 lit.

f UVG) ist und besteht kein Hinweis auf ein nach dem Unfall eingetretenes initiales Ereignis als mögliche Verletzungsursache, so ist damit gleichzeitig auch die Bedingtheit der Listenverletzung durch Abnutzung oder Erkrankung erstellt (BGE 146 V 51 Regeste u.

E.

9.2). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mario Thöny - VAUDOISE ALLGEMEINE, Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Peter-Schwarzenberger

E. 6

Dr.

med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im ärztlichen Erstbericht vom 2. Juli 2021 (Urk. 8/17) aus, dass der Beschwerdeführer am 14. Juni 2021 eine Fahrradkollision auf der Strasse mit einem Hund, der plötzlich auf die Strasse gerannt sei, gehabt habe. Dabei habe sich der Beschwerdeführer eine Claviculafraktur rechts, Prellungen des rechten Handgelenkes und des rechten Knies sowie multiple Schürfwunden zugezogen (S. 1 Ziff. 1, 2 und 5). Es werde eine Ruhigstellung und Analgesie empfohlen (S. 2 Ziff. 7). 3.

E. 7

PD Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, nannte in seinem Bericht vom 14. Juli 2021 (Urk. 8/22/2) einen Verdacht auf eine triquetrale Kapselbandläsion links (dominant) als Diagnose. Beim Fahrradsturz am 14. Juni 2021 habe sich der Beschwerdeführer neben der Claviculafraktur rechts auch eine Handverletzung links zugezogen. Der Beschwerdeführer habe über belastungsabhängige Beschwerden ulnar am proximalen Handrücken berichtet. Es sei von einem rein ligamentären Abriss auszugehen, wobei es sich um eine gutmütige Verletzung handle, die spontan abheile, jedoch gerne eine mehrmonatige Restsymptomatik verursachen könne. Der Beschwerdeführer dürfe die Hand nach Massgabe der Beschwerden normal einsetzen.

E. 9

Dr.

med. F.____, Facharzt für Radiologie, berichtete am 14. September 2021 über die gleichentags durchgeführte MR Arthrographie der rechten Schulter (Urk. 3/5 = Urk. 8/26 /2), wobei sich eine leichte ansatznahe Tendinopathie der Supraspinatussehne mit kleinerer oberflächlicher artikularseitiger Partialruptur daselbst (nicht höher gradig und insbesondere nicht transmurale) gezeigt habe, die übrigen Rotatorenmanschetten-Komponenten seien bei guter Muskelatrophie intakt. Zudem habe sich eine proximale Tendinopathie der langen Bizepssehne einschliesslich Bizepsanker, ein Knorpeldefekt im anterioren inferioren Glenoid mit randständiger Knorpelamination sowie eine leichte Schultergelenksarthrose bei gegen lateral und posterior steilen Akromion Typ I gezeigt. 3.

E. 10

Dr.

B.____

nannte in seinem Verlaufsbericht vom 16. September 2021 (Urk. 3/6 = Urk. 8/25) folgende Diagnose (S. 1 Mitte): - Status nach ORIF (Open Reduction and Internal Fixation) einer Claviculafraktur rechts am 17. Juni 2021 bei - dislozierter Claviculafraktur mittleres Schaftdrittel rechts - Status nach Sturz vom Rennvelo am 14. Juni 2021 - Status nach Sekundärdisklokation am 15. Juni 2021 - kernspintomografisch frischer posttraumatischer Supraspinatusriss und SLAP (superior labral anterior posterior) - Läsion (Serie 5 Bild 10) sowie 4. gradiger traumatischer Knorpelschaden anteroinferiores

Glenoid ; differentialdiagnostisch GLAD (glenolabral

articular

disruption) -Läsion (Serie 4 Bild 65)

Das am 16. September 2021 (richtig: 14. September 2021) durchgeführte

Arthro MRI

der rechten Schulter (vorstehend E. 3. 9) zeige eine subtotale frische Rissbildung im Bereich der ventrodistalen Supraspinatussehne, einen deutlichen Kontrastmittelintritt in den Bizepsanker im Sinne einer SLAP-Läsion und einen Knorpelabriss anteroinferior am Glenoid mit freien chondralen Fragmenten im Recessus. Dr.

B.____ führte aus, dass sich passend zu den bewegungsabhängigen Schulterschmerzen rechts, welche seit dem Unfallereignis neu aufgetreten seien, kernspintomografisch nicht unrelevante Begleitverletzungen am Supraspinatus, der langen Bizepssehne und am Glenoid

gezeigt hätten. Dennoch hätten diese Verletzungen keine dringende Behandlungsrelevanz. Er schlage vor, den Spontanverlauf vorerst zu beobachten und die Fraktur ausheilen zu lassen. Sollte es zu einem späteren Zeitpunkt zu einer Osteosynthesematerialentfernung kommen, könnte dann gleichzeitig eine Schulterarthroskopie zur Behandlung der diagnostizierten Begleitverletzungen erfolgen. 3.

E. 11

Dr.

med. G.____, Facharzt für Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 20. Oktober 2021 (Urk. 8/32) aus, dass die im Bericht von Dr.

B.____ vom 16. September 2021 «neuen» Verletzungen der rechten Schulter (vgl. vorstehend E. 3. 10) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 14. Juni 2021 zurückzuführen seien. So fänden sich im MRI (vgl. vorstehend E. 3. 9) keine strukturellen Veränderungen, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis zurückzuführen seien (S. 1 f. Ziff. 1.2 und 2, S. 2 Ziff. 9.2). 3.

E. 12

In seinem Verlaufsbericht vom 13. Dezember 2021 (Urk. 3/7 = Urk. 8/ 35) führte Dr.

B.____ aus, dass der Beschwerdeführer ein halbes Jahr postoperativ nicht beschwerdefrei sei. Einerseits bestünden noch Schmerzen über der Clavicula, aber auch ausstrahlend in den Trapezius. Zudem habe er auch bewegungsabhängige Beschwerden im Bereich der rechten Schulter. Die radiologische Untersuchung der rechten Clavicula vom 13. Dezember 2021 (vgl. Urk. 8/39) zeige eine zunehmende endostale Konsolidation. Es bestehe ein Verdacht auf eine Schraubenlockerung im medialen Anteil der Osteosynthese (S. 1).

Dr.

B.____

führte aus, dass die Fraktur zunehmende Konsolidationszeichen zeige. Allerdings bestehe möglicherweise eine Lockerung des Osteosynthesematerials. Es werde deshalb empfohlen, den weiteren Verlauf abzuwarten und auf grössere Belastungen noch zu verzichten. In Bezug auf die Schulterbeschwerden führte Dr.

B.____ aus, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfallereignis keinerlei Beschwerden gehabt habe. Die ärztliche Dokumentation und die entsprechenden Abklärungen seien zeitnah nach dem Unfall mit einer Verzögerung von knapp drei Monaten erfolgt. Zudem habe eine Arbeitsunfähigkeit resultiert. Kernspintomographisch zeige sich eine klar abgrenzbare Rissbildung im Bereich der Supraspinatussehne, seines Erachtens mit einem typischen traumatischen Aspekt (S. 2). 3.

E. 13

Dr.

G.____

hielt in seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2022 (Urk. 3/8 = Urk. 8/42) an seiner Einschätzung vom 20. Oktober 2021 (vorstehend E. 3. 11) fest. Er führte aus, dass Dr.

B.____

in seinem Bericht vom 13. Dezember 2021 (vorstehend E. 3. 12) den Sehnenriss der Supraspinatussehne als Traumafolge mit einer

sichtbaren Linie auf einem einzigen MRI Bild (Serie 5 Bild 10) begründet habe. Alle anderen Bilder würden jedoch keine durchgehende Rissbildung zeigen. Eine solche transmurale Rissbildung werde vom Fachradiologen Dr.

F.____ in seinem Bericht vom 14. September 2021 (vorstehend E. 3. 9) explizit verneint. Die

von Dr.

F.____ weiter beschriebene Tendinopathie und die artikulären Partial rupturen

der Supraspinatussehne würden in der Altersklasse von >40 Jahren gehäuft vorkommen und entsprächen einem altersmässig degenerativ ablaufenden Prozess.

Weiter habe Dr.

B. ___ ausgeführt, dass auch die Knorpelläsion der Gelenkpfanne unfallbedingt sei. Eine solche unfallbedingte Knorpelverletzung müsste durch eine erhebliche Krafteinwirkung von aussen oder durch eine Luxation des Schultergelenkes entstanden sein. Dies sei nachweislich nicht der Fall gewesen. Auch würden Begleitverletzungen der benachbarten Strukturen (bei spielsweise Knochenverletzungen) fehlen, die objektiv auf ein solches

Ereignis schliessen lassen würden (S. 1).

In diesem Fall sei nicht nur entscheidend, welche bildmorphologischen Veränderungen vorliegen würden, sondern welche Beschwerden und klinischen Befunde unmittelbar nach dem Ereignis vorgelegen hätten. Eine akute Zusammenhangstrennung einer Sehne, ein akuter Anriss einer

Sehnenaufhängung -

welche notabene zum Velofahren benötigt werde

- , und eine akute

Gelenkschädigung verursache sofortige Beschwerden und einen Ausfall der

Schulterfunktion. Dies sei beim Beschwerdeführer nicht der Fall gewesen. Am Tag nach dem Velosturz sei er mit leichten Beschwerden weitere 125

km Velo gefahren, bis es zur sekundären Dislokation der Claviculafraktur gekommen sei. Erst

durch diese Dislokation seien so starke Schmerzen aufgetreten, die keine Weiterfahrt mehr

erlaubt hätten (S. 2 oben).

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