

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00020 vom 26. Oktober 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-10-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2023.00020

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00020 du 26 octobre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2023.00020 del 26 ottobre 2023

Erwägungen

E. 1

Der 1972 geborene

X.____, seit November 2015 Inhaber und Geschäftsführer der Y.____

G mb H (vgl. www.zefix.ch), war bei der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Zürich) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 30.

Juli 2017 infolge einer Vollbremsung vom Fahrrad stürzte (Urk. 9/1). Die gleichen tags erstbe handelnden Ärzte des Spitals Z.____

diagnostizierten eine Commotio cerebri nach Velosturz, eine

nicht dislozierte Radiusköpfchenfraktur rechts und nicht dislozierte distale extraartikuläre Radiusfraktur rechts sowie anamnestisch Status nach Schulterluxation rechts (Reposition am Unfallort) bei Status nach zweimaliger Fixation M. musculus supraspinatus; bildgebend ergab sich kein Frakturachweis an der Hals- (HWS), Brustwirbelsäule (BWS) und rechten Schulter und zeigten sich degenerative Veränderungen an der rechten Schulter (Urk. 9/15; Urk. 9/25).

Die Verletzungen wurden konservativ behandelt und dem Versicherten, der vor dem Unfall aus Krankheitsgründen bis zum 20. September 2017 arbeitsunfähig geschrieben war und Krankentaggeldleistungen bezogen hatte, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit wegen des Unfalls attestiert (Urk. 9/23-24, Urk. 9/28, Urk. 9/32). Die Zürich anerkannte den Schadenfall und erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggelder/Heilungskosten). Am 27.

September 2017 zeigte sich MR-tomographisch eine Dehiszenz des AC-Gelenks mit deutlichem Gelenkserguss (Urk. 9/142). Am 3.

Januar 2019 wurde der Versicherte in der Universitätsklinik A.____

(nachfolgend: A.____) operiert (Schulterarthroskopie, vordere Acromioplastik, AC-Resektion und Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion rechts; vgl. Operationsbericht, Urk.

9/96). Die Schulterbeschwerden persistierten. Zur Abklärung der weiteren Leistungspflicht veranlasste die Zürich das Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

vom 10.

November 2020 (Urk.

9/223 ; mit Ergänzung vom 7. September 2021, Urk.

9/279). Gestützt darauf stellte sie die Heilungskosten

im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 30. Juli 2017

mit Verfügung vom 17. März 2022 per 30.

September 2019 ein (Urk.

9/320). Dagegen erhob der Versicherte Einsprache (Urk. 9/349). Mit neuer Verfügung vom 30. Juni 2022 , welche die Verfügung vom 17. März 2022 ersetzte, stellte die Zürich die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 30. Juli 2017 ausgerichteten Heilungskosten und Taggelder per 30. September 2019 ein ; zudem verneinte sie eine Leistungspflicht infolge eines ebenfalls bei ihr versicherten Ereignisses vom 12. März 2014 (vgl. Titel, Urk. 9/353). Die dagegen erhobene Einsprache

(Urk.

9/355) wies

die Zürich

mit Einspracheentscheid vom 6.

Januar 2023 ab

(Urk.

2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Der hier zu beurteilende Sachverhalt hat sich am 31. Juli 2017 ereignet, weshalb die ab dem 1. Januar 2017 gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Gemäss Art. 6 des UVG werden – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1).

E. 1.3

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige 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 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG).

E. 1.4

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 Vorhandensein 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_305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1).

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).

E. 1.5

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren 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 (BGE 129 V 177 E. 3.2, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 3.4). 1.

E. 1.7

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).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 2.

E. 2

. Mai 2023 teilte der Beschwerdeführer in einer gewillkürten Stellungnahme mit, er halte vollumfänglich an seinen beschweredeweisenden Ausführungen fest (Urk. 11). Mit Verfügung vom 21. September 2023 forderte das Gericht die Beschwerdegegnerin auf, das orthopädische Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 18. September 2016, nach zureichen (Urk. 14), welcher Aufforderung diese innert angesetzter Frist nachkam (Urk. 15, samt Gutachtensbeilagen, Urk. 16/1-5). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf das beweisbildende Gutachten von Dr. B.____ seien die heute bestehenden Beschwerden nicht mehr unfallkausal. Der Endzustand der Unfallfolgen vom 30. Juli 2017 sei ab Ende September 2019 erreicht gewesen und die UV-Leistungen infolgedessen

zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt worden. Soweit der Beschwerdeführer einen Rückfall zum Unfall vom 12. März 2014 geltend mache, sei auf die rechtskräftige Verfügung vom 3. November 2016 zu verweisen. Darin seien die vorübergehenden Leistungen bei Erreichen des Stauts quo sine eingestellt und die Operation vom 18. (richtig: 17.) November 2015 als nicht unfallbedingt beurteilt worden; weitere Ansprüche gestützt auf den Unfall vom 12. März 2014, auch im Sinne eines Rückfalls oder Spätfolgen, seien damit ausgeschlossen (Urk. 2, Urk.

9/353).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, er habe sich anlässlich des Unfalls vom 30. Juli 201

E. 6

Nach Gesetz und Rechtsprechung ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (vgl. Art. 19 Abs. 1, Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 144 V 354 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_527/2020 vom 2. November 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). In diesem Zeitpunkt ist der Unfallversicherer auch befugt, die Adäquanzfrage zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_377/2013 vom 2. Oktober 2013 E. 7.2 mit Hinweis auf BGE

134 V 109, vgl. auch Urteil 8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 4.1).

Ob eine namhafte Besserung noch möglich ist, bestimmt sich insbesondere nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit diese unfallbedingt beeinträchtigt ist. Die Verwendung des Begriffes «namhaft» in Art. 19 Abs. 1 UVG verdeutlicht demnach, dass die durch weitere (zweckmässige) Heilbehandlung im Sinne von Art. 10 Abs. 1 UVG erhoffte Besserung ins Gewicht fallen muss. Weder eine weit entfernte Möglichkeit eines positiven Resultats einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch ein von weiteren Massnahmen – wie etwa einer Badekur – zu erwartender geringfügiger therapeutischer Fortschritt verleihen Anspruch auf deren Durchführung. In diesem Zusammenhang muss der Gesundheitszustand der versicherten Person prognostisch

und nicht aufgrund retrospektiver Feststellungen beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2021 vom 14. April 2021 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 134 V 109 E. 4.3). Grundlage für die Beurteilung dieser Rechtsfrage bilden in erster Linie die ärztlichen Auskünfte zu den therapeutischen Möglichkeiten und der Krankheitsentwicklung, die in der Regel unter dem Begriff Prognose erfasst werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4.1.2 und 8C_299/2022 vom 5. September 2022 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Für die Einstellung der vorübergehenden Leistungen braucht der Entscheid der Invalidenversicherung über Eingliederungsmassnahmen nicht abgewartet zu werden, wenn von weiterer ärztlicher Behandlung keine namhafte gesundheitliche Besserung mehr erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.3) und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass durch allfällige Eingliederungsmassnahmen das der Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung gestützt auf die medizinischen Abklärungen zugrunde gelegte Invalideneinkommen verbessert und so der die Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmende Invaliditätsgrad beeinflusst werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_588/2013 vom 16. Januar 2014 E. 3.5).

E. 7

nebst der Com motio cerebr i und Handgelenksverletzung rechts erneut ein Schultertrauma rechts zugezogen. Da die Schulterschmerzen unter den konservativen Behandlungen persistiert hätten, sei er am 3. Januar 2019 operiert worden. Die Unfälle vom 14. März 2014 und 30. Juli 2017 seien nicht isoliert zu betrachten; der zweitgenannte Unfall sei zumindest Teilursache der bestehenden Schulterbeschwerden. Dr. B.____ habe das Hauptgutachten in Unkenntnis der Akten vom ersten Unfall verfasst. Dass er – nach Kenntnisnahme dieser Akten – in seinen ergänzenden Ausführungen vom 7. September 2020 von seinen initialen Schlussfolgerungen nicht mehr abgewichen sei, verwundere nicht. Es sei gerichtsnotorisch, dass ein Gutachter von seiner einmal gefassten Meinung kaum mehr abweiche. Andererseits habe Dr. B.____ ausgeführt, die vorbestehenden Restbeschwerden nach Unfall mit SLAP-Läsion und partieller Supraspinatus sehnenruptur von 2014 würden mitwirken. Damit habe er bestätigt, dass der Unfall 2014 nicht die alleinige Ursache der heutigen Beschwerden sei und der Fahrradunfall vom 30. Juli 2017 zumindest eine Teilursache der heutigen Beschwerden darstelle. Im Übrigen seien die Ausführungen von Dr. B.____ widersprüchlich und es sei an seiner Unparteilichkeit zu zweifeln. Entgegen Dr.

B.____ sei der Fahrradsturz vom 30. Juli 2017 geeignet gewesen, eine Verletzung der Supraspinatussehne hervorzurufen und damit die alleinige oder zumindest Teilursache der Schulterbeschwerden. Mithin sei die Beschwerdegegnerin auch über den 30. September 2019 hinaus leistungspflichtig (Urk. 1). 3. 3.1

Der Beschwerdeführer hatte bereits am

E. 12

März 2014 einen von der Beschwerdegegnerin (unter der Verfahrensnummer: «...») versicherten Unfall erlitten (vgl. Urk. 3/2).

In diesem Zusammenhang veranlasste die Beschwerdegegnerin

das orthopädische

Gutachten von Dr. C.____

vom 18.

September 2016 (Urk. 15) . 3.2

Darin diagnostizierte dieser (1) einen Status nach arthroskopischer Rekonstruktion einer hochgradigen Partialruptur des Supraspinatus im November 2015, (2) Status nach Bizepsstenodese sowie (3) Status nach arthroskopischem Débridement

(Juni 2016) bei Infektverdacht (Urk. 15 S. 9) .

Der Beschwerdeführer habe am 12. März 2014 einen Radwechsel bei seinem Landrover Defender vorgenommen. Dabei sei er auf dem Boden ausgerutscht und - das Rad in den Händen haltend - mit der rechten Flanke und Schulter auf den Boden aufgeschlagen . Danach hätten sich extreme Schmerzen in der Schulter und im Beckenkamm eingestellt ; ebenso ein Schweregefühl in den Beinen. Nach ca. drei Wochen sei der Beschwerdeführer zum Hausarzt gegangen , da die Schmerzen zwar zurückgegangen seien, er aber noch immer nichts tragen können . Im Juni 2014 sei MR-tomographisch eine Partialruptur der Supraspinatussehne festgestellt und im November 2015 eine arthroskopische Rekonstruktion durchgeführt worden . Danach sei es besser gegangen, aber schmerzfrei sei der Beschwerdeführer nie gewesen. Eine Infiltration habe nur eine kurze Besserung gebracht, weshalb der Beschwerdeführer [im Juli 2016] erneut operiert worden sei. Seit der zweiten Operation sei alles noch viel schlimmer als vor der ersten Operation . Er könne gar nichts mehr mit der rechten Schulter

(Urk. 15 S. 8) .

Anlässlich des Unfalls vom 12. März 2014 – so Dr. C.____ weiter – sei der Beschwerdeführer direkt auf die Flanke und die Schulter gestürzt, ohne Abwehr , Ausweich- oder Rotationsbewegung . Dies im Sinne einer Direktkontusion. Dieser Mechanismus sei nicht geeignet, einen Schaden an der Rotatorenmanschette hervorzurufen. Die Knie- und Fersenbeschwerden seien aktenanamnestisch ebenfalls als unfallfremd beurteilt worden; insbesondere seien letztere erst viel später aufgetreten. Betreffend die Schulter habe sich bildgebend eine partielle Rotatorenmanschettenruptur ergeben, welche [erstmal am 17.

November 2015] operiert worden sei. Zeitgleich hätten sich ein intraossäres Ganglion und Geröllzysten direkt gegenüber der Partialruptur der Supraspinatussehne – dies als Zeichen einer degenerativen Vorschädigung – gezeigt ; zudem ein reduzierter subacromialer Fettstreifen . Immerhin habe der Beschwerdeführer drei Mal wöchentlich Fitness gemacht , ein Mal wöchentlich gejoggt und sich ausweislich der Akten bereits vor 8-10 Jahren wegen rechtsseitigen Schulterschmerzen behandeln lassen müssen.

Aktuell bestünden näher beschriebene Schulterschmerzen und Bewegungseinschränkungen , welche keinem orthopädischen Korrelat zugeordnet werden könnten. Insbesondere ergebe sich aus dem OP-Bericht eine korrekt verheilte Rotatorenmanschette . Die vermutete Infektion und/oder Kapsulitis (vgl. Sprechstundenbericht e der Universitätsklinik

A.____

vom 17.

Januar und 12. September 2018, Urk. 9/39, Urk. 9/56)

habe nicht nachgewiesen werden können (Urk. 15 S. 9 ff.).

Zusammenfassend seien die fortbestehenden Schulterbeschwerden nicht auf das Ereignis vom 12.

März 2014 zurückzuführen. Dies aufgrund des Unfallmechanismus und degenerativen Vorschadens. Vielmehr sei der Status quo sine drei Monate nach dem Ereignis erreicht gewesen. Die Operationsindikation sei allenfalls

aus Krankheitsgründen gestellt worden (Urk. 15 S. 12 f.). 3.3

Gestützt auf die gutachterlichen Feststellungen

von Dr. C.____

stellte die Beschwerdegegnerin die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. März 2014 vorübergehend ausgerichteten Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 3.

November 2016 infolge Kausalitätsverneinung per 30. Juni 2014 ein; auf eine Rückforderung der bis 30.

September 2016 erbrachten Leistungen verzichtete die Beschwerdegegnerin (Urk. 3/4). Diese Verfügung verblieb unangefochten (vgl.

Urk. 1 S. 3, Urk. 2 S. 5). 3.4

Die rechtskräftige Verneinung der Unfallkausalität eines Leidens führt - vorbe-hältlich der prozessualen Revision (wegen Entdeckung erheblicher neuer Tatsachen oder Auffinden von Beweismitteln, deren Beibringung zuvor nicht möglich war; Art. 53 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] ; ARV 2008 Nr. 16 S. 245 E. 2.2 [8C_93/2007]) oder der Wiedererwägung (wegen zweifelloser Unrichtigkeit; Art. 53 Abs. 2 ATSG; SVR 2010 IV Nr. 5 S. 10 E. 2 [8C_1012/2008]) - zur Ablehnung sämtlicher künftiger Leistungsbegehren aufgrund dieses Leidens; dies gilt auch hinsichtlich geltend gemachter Rückfälle oder Spätfolgen (RKUV 1998 Nr. U 310 S. 463 E. 2; Urteile des Bundesgerichts 8C_382/2018 vom 6. November 2018 E. 5 f. , 8C_359/2013 vom 27. August 2013 E. 5.1 f.).

Im vorliegenden Verfahren hat der Beschwerdeführer einen Rückfall zum Unfall vom 12. März 2014 nicht (mehr) geltend gemacht (Urk. 1, vgl. demgegenüber Urk.

9/349 Rn 10). Gestützt auf das Gutachten von Dr. C.____ vom 18. September 2016 kann von einer zweifellosen Unrichtigkeit der Leistungseinstellung im Zusammenhang mit dem Unfall vom 12. März 2014 nicht die Rede sein. Entsprechendes hat der Beschwerdeführer zu Recht auch nicht behauptet. Mithin hat die Beschwerdegegnerin eine erneute Leistungspflicht aufgrund des Unfalls vom 12. März 2014 im angefochtenen Entscheid korrekterweise verneint (Urk. 2 Ziff. 8). 4. 4.1

Im Zusammenhang mit dem Fahrradsturz vom 30. Juli 2017 gab der Beschwerdeführer an, er sei infolge einer Vollbremsung

über sein Fahrrad geflogen und gestürzt. Danach habe er «wie im Koma» 3-4 Minuten auf dem Boden gelegen. Die rechte Schulter habe sehr geschmerzt; der Ellbogen und das Handgelenk rechts sowie der Rücken hätten ebenfalls geschmerzt. Zudem sei es zu einer Schwellung im Nacken gekommen (vgl. SI-Besuchsbericht vom 9. Oktober 2017 ,

Urk. 9/26). 4.2

Die erstbehandelnden Ärzte des Z.____ Spitals, wo der Beschwerdeführer notfallmässig vom 30. bis 31. Juli 2017 zur Analgesie und neurologischen Überwachung stationär weilte, diagnostizierten (1) eine Commotio cerebri nach Velo sturz, (2) eine nicht dislozierte Radiusköpfchenfraktur rechts und (3) eine nicht dislozierte distale extraartikuläre Radiusfraktur rechts sowie (4) anamnestisch Status nach Schulterluxation rechts (Reposition am Unfallort) bei Status nach zweimaliger Fixation M usculus supraspinatus ; bildgebend ergab sich an der HWS, BWS und rechten Schulter kein Frakturachweis und zeigten sich

degenerative Veränderungen an der Schulter (Urk. 9/15; Urk. 9/25). Die Verletzungen wurden konservativ behandelt und dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 9/15 , Urk. 9/24, Urk. 9/28 f. , Urk.

9/32). 4. 3

Das infolge anhaltender Schmerzen im Bereich des AC-Gelenks (vgl. Urk. 9/34) durchgeführte Arthro -MRI des rechten Schultergelenks vom 27. September 2017 brachte eine Dehiszenz des AC-Gelenks mit deutlichem Gelenkerguss, einer Sprengung entsprechend, sowie eine in Kontinuität erhaltene Rekonstruktion der Supraspinatussehne mit leicht progredienter Signalstörung im Sehnenansatz zur Darstellung (Urk. 9/142). Gestützt darauf hielt Dr. med. D.____ , Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie, eine ACG-Sprengung Rockwood I-II fest (vgl.

UVG-Arztbericht vom 23. Oktober 2017 Urk. 9/32). 4. 4

Am 3. Januar 2019 wurde der Beschwerdeführer im A.____ an der rechten Schulter operiert (Schulterarthroskopie, vordere Acromioplastik , AC-Resektion und Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion rechts ; vgl. Operationsbericht, Urk.

9/96) . Der intra- und postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos und regelrecht (vgl. Austrittsbericht vom 5. Januar 2019, Urk. 9/95; Sprech stundenbericht vom 15. Februar 2019, Urk. 9/104) . 4.5

Im weiteren Verlauf berichtete der Beschwerdeführer anhaltende Schmerzen. Die behandelnden Ärzte des A.____ hielten – näher umschriebene – Schmerzen und Bewegungseinschränkungen fest und diskutierten

eine Kapsulitis bzw . ein en

L ow -Grade- Infekt; beides liess sich im weiteren Verlauf nicht bestätigen (vgl.

Sprechstundenbericht e vom 17. Mai und 22. August 2019, Urk. 9/113, Urk.

9/124). Alsdann

erwog PD Dr. med. E.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , ein muskulär bedingtes

Thoracic -Outlet-Syndrom (vgl. Sprechstundenbericht vom 12.

Juni 2020, Urk.

9/189) und diagnostizierte schliesslich eine Dropping

shoulder

bei einem muskulären Schultertiefstand und konsekutiv funktioneller Irritation des Plexus brachialis . Als Therapie verordnete Dr. E.____ eine Physiotherapie (vgl.

Sprechstundenbericht vom 22. Dezember 2020 , Urk. 9/232). 4.6

Im Gutachten vom 10. November 2020 hielt Dr. B.____

folgende Hauptdiagnosen fest (Urk. 9/223 S. 7): - Status nach AC-Luxation Rockwood III Schulter rechts nach Fahrradsturz am

31. Juli 2017 [recte: 30. Juli 2017] - Status nach arthroskopischer vorderer Acromioplastik , AC-Resektion und Rotatorenmanschettenrekonstruktion rechts am 03. Januar 2019 - Status nach arthroskopischem Gelenksdebridement und Spülung bei Verdacht auf Infekt

(21. Juni 2016) - Status nach arthroskopischer Supraspinatussehnenreinsertion und Tenodese lange

Bizepssehne am 17.

November 2015

Alsdann notierte Dr. B.____ folgende Nebendiagnosen (Urk. 9/223 S.7): - Status nach Comotio cerebri nach Velosturz am 30. Juli 2017 - Status nach Kontusion Handgelenk rechts nach Velosturz am 30. Juli 2017 - Status nach nichtdislozierter Radiusköpfchenfraktur rechts nach Velosturz am 30. Juli 2017 - Mittelschwere bis schwere depressive Episoden bei chronifizierenden Schmerzen - Status nach Prostatitis 2018

Der Beschwerdeführer sei

[am 30. Juli 2017] als Velofahrer mit einem Auto kollidiert und kopfüber auf die Strasse gestürzt . Er sei für ca. vier Minuten bewusstlos gewesen und nach einer notfallmässigen Aufnahme vom 30. bis 31.

Juli 2017 im Spital Z.____

hospitalisiert worden . Die radiologischen Abklärungen der BWS, HWS und des Schultergelenkes

sowie die CT-Untersuchungen der HWS/ BWS und der rechten Schulter hätten keine Frakturen ergeben. In der miterfassten CT-Untersuchung des Schultergelenkes hätten sich zwei Mitek -Anker am Humeruskopf bei Status nach

Rotatorenmanschettenrekonstruktion 2015 gezeigt; ebenso degenerative, zystische Veränderungen am Humeruskopf (Urk.

9/223 S. 1).

Der Beschwerdeführer habe persistierende, ventralseitig am rechten Schultergelenk lokalisierte Beschwerden berichtet, welche in den letzten Wochen stark zugenommen hätten, nachdem er wegen der COVID-19-Pandemiesituation nicht mehr regelmässig Physiotherapie machen könne . Seit diesem Zeitpunkt seien auch Kribbelparästhesien bis in die Finger aufgetreten. Diese würden zwei bis dreimal pro Tag in Erscheinung treten. Ausserdem bestünden Ruhe- und Nachtschmerzen. Ein Anheben des Armes über die Horizontale sei nicht möglich.

Er sei nicht mehr arbeitsfähig. Als Medikamente nehme der Beschwerdeführer 2x täglich Voltaren 75 mg ein ; bei starken Schmerzen zusätzlich Novalgin oder Ponstan . Seit dem

ersten Unfall 2014 mache er keinen Sport mehr (Urk. 9/223 S. 5 f.).

In objektiver Hinsicht hätten sich im Wesentlichen ein deutlicher Schulter schiefstand sowie - näher beschriebene – Schmerzen und Bewegungseinschränkungen ergeben. Im Bereich des AC-Gelenks habe sich eine leichte Druckdolenz ergeben; radiologisch zeige sich eine jetzt suffiziente Weite

(Urk. 9/223 S. 6).

Die zurzeit noch vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien überwiegend wahrscheinlich nicht mehr auf den Unfall vom 30. Juli 2017 als alleinige Ursache zurückzuführen. Der Beschwerdeführer habe sich 2014 bei einem Sturz eine ausgedehnte SLAP-Läsion sowie Partialruptur der Supraspinatussehne zugezogen. Im November 2015 sei eine arthroskopische Supraspinatussehnenreinsertion sowie Tenodese der langen Bizepssehne durchgeführt worden. Infolge

des schleppenden Verlaufes mit rezidivierenden Ergüssen und Schmerzen sei im Juli 2016 eine arthroskopische Spülung sowie ein arthroskopisches Débridement bei Verdacht auf einen Low-Grade-Infekt durchgeführt worden [vgl.

Sprechstundenberichte vom 17. Januar und 12. September 2018, Urk. 9/39, Urk. 9/56]. Letzteres habe später ausgeschlossen werden können. Am 30. Juli 2017 habe der Beschwerdeführer einen Velosturz erlitten und sich erneut am rechten Schultergelenk verletzt. Hierbei sei es zu einer neuen Verletzung des zuvor intakt gewesenen AC-Gelenks gekommen. Seither bestünden einerseits Beschwerden von Seiten der rekonstruierten Rotatorenmanschette und Tenodese der langen Bizepssehne und andererseits Schmerzen von Seiten des neu verletzten AC-Gelenks. Nach dem zweiten Unfall sei es wiederum zu einem langen, schleppenden Verlauf mit persistierenden Schmerzen gekommen. Am 3. Januar 2019 sei der Beschwerdeführer nochmals an der Schulter operiert worden. Dabei sei einerseits eine AC-Gelenkresektion und andererseits nochmals eine Rotatorenmanschettenrekonstruktion durchgeführt worden. Mithin würden die vorbestehenden Restbeschwerden nach Unfall mit SLAP-Läsion und partieller Supraspinatussehnenruptur aus dem Jahre 2014 mitwirken. Von Seiten des im Januar 2019 operierten AC-Gelenkes sei es sukzessive zu

einer Besserung der AC-gelenksspezifischen Symptomatik gekommen. Anlässlich der aktuellen Untersuchung habe sich nur noch eine diskrete Klinik für eine AC-Gelenkspathologie gezeigt.

Die heute geschilderten Beschwerden dürften mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit eine Folge der zweimal rekonstruierten Rotatorenmanschette

sein. Es könne davon ausgegangen werden, dass spätestens neun Monate nach dem

erneuten Schultereingriff vom Januar 2019 die unfallfremden Ursachen für die heute

geschilderten Beschwerden verantwortlich seien. Mit Bezug auf das rechte AC-Gelenk sei der Endzustand bereits Ende September 2019 erreicht und der Beschwerdeführer seither zu 100 % arbeitsfähig

als Autohändler resp. Fahrzeug-Vorbereiter (Urk. 9/223 S. 7

f f.).

4. 7

In seinen ergänzenden Ausführungen vom 7. September 2021 führte Dr. B.____ aus, anlässlich des Hauptgutachtens habe ihm das Gutachten von Dr. C.____

vom 18.

September 2018 nicht vorgelegen . Andererseits sei zu bemerken, dass er (Dr.

B.____) den B e schwerd e führer zum Ereignis vom 20. März [recte: 12. März] 2014 ausführlich befragt habe. Die partielle Reruptur der Supraspinatussehne und Infraspinatusunterfläche sei erst anlässlich der

(Re-) Operation vom 3. Januar 2019 diagnostiziert worden. Partielle Rerupturen seien im Anschluss an eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette sehr häufig und auch beim Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit Folge des Eingriffs vo n 2015, also unfall fremd.

Der Unfallmechanismus vom 30. Juli 2017 (direktes Trauma) sei nicht geeignet , diese erneute partielle Läsion der Supraspinatussehne zu verursachen. Andern falls wäre diese im MRI vom 27. September 2017 zu sehen gewesen. Es habe sich aber eine in Kontinuität erhaltene Rekonstruktion der Supraspinatussehne erge ben . Mithin sei lediglich die Behandlung der AC-Luxation eindeutig unfallbedingt gewesen. Anlässlich der Begutachtung im Juli 2020 habe sich lediglich eine leichte Druckdolenz über dem AC-Gelenk gezeigt; die Röntgenuntersuchungen hätten ebenfalls einen regelrechten Zustand nach Resektion des AC-Gelenks ergeben. Somit sei er (Dr.

B.____) weiterhin der Meinung, dass die heute persis tierenden Beschwerden überwiegend wahrscheinlich mit dem Ereignis vom 20.

März [recte: 12. März] 2014 zusammenhängen und damit unfallfremd seien (Urk. 9/279). 5.

5.1

Das Gutachten von Dr.

B.____ vom 10.

November 2020 (Urk. 9/223; mit Ergänzung vom 7. September 2021, Urk. 9/279)

ist den in der Rechtsprechung des Bundes gerichts entwickelten Anforderungen (vgl. E. 1. 7) in allen Teilen genügend als beweiskräftig anzusehen . D abei

stellte Dr. B.____

klar, dass d er Beschwerdeführer anlässlich des Velosturz es vo m 30.

Juli 2017 eine Verletzung des A C-G elenks erlitten hat;

d avon zu unterscheiden seien die

–

unbestrittenermassen vorbe stehenden - Beschwerden von Seiten der rekonstruierten Rotatorenmanschette und Tenodese der langen Bizepssehne . Dass der Unfall vom 30. Juli 2017 zu einer Reruptur der Supraspinatussehne geführt hat , erg ibt

sich weder aus der CT-Untersuchung vom 30. Juli 2017 (Urk. 9/25) noch

der Arthro -MR -tomographie vom 27.

September 2017

(Urk. 9/142) und hat selbst der Beschwerdeführer zu Recht nicht behauptet . Im Gegenteil ergab sich

bildgebend eine in Kontinuität erhaltene Rekonstruktion der Supraspinatussehne (Urk. 9/142 ; vgl. auch Urk. 9/96, wonach sich bis zur Operation vom 3. Januar 2019 kein klarer Anhalt für einen Defekt der Rotatorenmanschette ergab). In seinen ergänzenden Ausführungen vom 7.

September 2021 hielt Dr. B.____ darüber hinaus fest , d er Unfall mechanismus vom 3 0 . Juli 2017 (direktes Trauma) sei

ungeeignet gewesen , eine Läsion der Supraspinatussehne zu verursachen.

Mithin kann Dr. B.____

ohne Weiteres gefolgt werden, wenn er zum Schluss kam, es sei lediglich die Behandlung der AC-Luxation eindeutig auf den Velosturz vom 3 0 . Juli 2017 zurückzuführen .

Alsdann – so Dr. B.____ weiter - habe die

AC-gelenksspezifische Symptomatik

eine

sukzessive Besserung gezeigt ; anlässlich der

Begutachtung im Juli 2020 habe sich nur noch eine leichte Druckdolenz über dem AC-Gelenk

und bildgebend ein regelrechter Zustand nach Resektion des AC-Gelenks ergeben .

Eine namhafte Verbesserung sei von weiteren ärztlichen Behandlungen nicht mehr zu erwarten (so auch Dr. E.____ in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2021, Urk. 9/250 S. 2)

. Vielmehr sei der Endzustand der Unfallfolgen vom 30. Juli 2017 jedenfalls neun Monate nach der Operation vom 3. Januar 2019, mithin per 30 . September 2019 , eingetreten.

Seither bestehe von Seiten der AC-Verletzung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Damit konkordant hielten auch die behandelnden Ärzte des A.____ keine

fachärztlichen Behandlungen fest, welche eine namhafte Besserung der

Schulterbeschwerden zu zeitigen vermöchten. Daran ändert auch die von PD Dr. E.____

verordnete Physiotherapie nichts (Urk. 9/232; vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_604/2021 vom 25. Januar 2022 E. 9. 2 mit weiterem Hinweis). Zu ergänzen bleibt,

dass die seitens der Behandler

notierten

Schulterbeschmerzen und – näher umschriebene – Bewegungseinschränkungen

für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermöchten (vgl. etwa Urteil U 9/05 des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3.

August 2005 E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E.

5.2 sowie 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3) . Dazu passend taxierten die Ärzte des A.____ das beklagte postoperative Schulterleiden zunächst als «unklar» (vgl. Urk. 9/124) und später als muskulär (Urk. 9/189) resp. funktional bedingt (Urk. 9/232). Die

von PD Dr. E.____

erstmalig mit Stellungnahme vom 21. Januar 2021 behauptete postoperative Schultersteife infolge der Operation vom 3. Januar 2019 und damit postulierte Unfallkausalität der fortbestehenden Schulterbeschwerden (vgl. Urk. 9/250), findet in den vorangehenden Arztberichten keinerlei Stütze und erscheint bewusst oder unbewusst von Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst (BGE 121 V 45 E. 2a S. 47; Urteil des Bundesgerichts 8C_940/2015 vom 19. April 2016 E. 6.3).

Stellt es denn auch eine Erfahrungstatsache dar , dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc) . Dabei bleibt darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall vom 30. Juli 2017 infolge der geklagten Schulterschmerzen rechts mit u.a. Kribbeln und Einschlaf geföhlen zu 100% arbeitsunfähig geschrieben war (Urk. 15 S. 8 , Urk.

9/223 S. 6, Urk. 9/26 S. 2 und S. 6 , Urk. 9/23). Für die beschwerdeweise postulierte (Teil-) Kausalität der fortbestehenden Schulterbeschwerden zum Unfall vom 30.

Juli 2017 bleibt nach dem bisher Gesagten kein Raum. Unter Hinweis auf das unter E. 3.4 Gesagte geht auch ins Leere, wenn der Beschwerdeführer einen (weiteren) Leistungsanspruch gestützt auf den Unfall vom 12. März 2014 zu begründen versucht (vgl. Urk. 1 Rn 23) . Untersuchungsrund und Zweck des orthopädischen Gutachtens von Dr.

B.____

war die Kausalitätsprüfung der fortbestehenden Beschwerden mit Blick auf den Unfall vom 30. Juli 2017 . Das Gutachten von Dr.

C.____ war zur Beantwortung der vorliegend relevanten Frage nicht unabdingbar. Mithin vermag der Umstand, dass letzteres

Dr. B.____

anlässlich des Hauptgutachtens nicht vorgelegen hatte , weshalb er die Rekonstruktion der Supraspinatussehne im November 2015 fälschlicherweise als kausal zum Unfall vom 12. März 2014 ausführte , der Beweistauglichkeit seiner Expertise hinsichtlich der Unfallfolge vom 30. Juli 2017 per se keinerlei Abbruch

zu tun. Insbesondere hatte Dr. B.____

grundsätzlich Kenntnis vom Unfall vom 12. März 2014 , auch wenn er nicht über den genauen Unfallhergang und die Verletzungsfolgen dokumentiert war , so hatte er Kenntnis vom Eingriff vom 17. November 2015 ; er

hat die Aussagen des Beschwerdeführers hierzu dokumentiert und im Rahmen seiner Beurteilung gewürdigt. Alsdann hielt Dr. B.____ auch nach Kenntnisnahme des Gutachtens von Dr. C.____

an seiner initialen Beurteilung fest. Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt (vgl. Urk. 1 Rn 17) ,

ist nicht stichhaltig.

Konkrete Umstände, die geeignet wären, Misstrauen in die Unparteilichkeit von Dr. B.____ zu erwecken, sind ebenfalls weder ersichtlich noch vom Beschwerdeführer genannt worden. An dieser Stelle zu erwähnen ist auch, dass letzterer im Vorfeld der Begutachtung keine Einwände resp. Ablehnungsgründe gegen Dr. B.____

geltend gemacht

hat (vgl. Urk. 9/137, vgl. auch Urk.

9/130). 5.2

Zusammenfassend ist gestützt auf das hinreichend beweistaugliche Gutachten von Dr. B.____ erstellt, dass der Endzustand der Unfallfolgen vom 30. Juli 2017 jedenfalls per 30. September 2019 erreicht war.

Bei diesem Beweisergebnis besteht – entgegen dem Beschwerdeführer –

kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3 je mit Hinweisen).

Entsprechend ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 30. Juli 2017 erbrachten Leistungen per 30.

September 2019 eingestellt hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Yves Blöchliger, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 1 4, Urk. 1 5 und Urk. 16/1-5 - Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, unter Beilage einer Kopie von Urk. 11 - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
HurstHediger

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