

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00137

vom 4. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00137

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00137 du 4 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00137 del 4 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970, war bei der Y.____ tätig und damit bei der AXA Versicherungen AG (nachstehend: AXA) obligatorisch unfallversichert, als er sich am 27. März 2018 in einem Selbstverteidigungskurs an der rechten Schulter verletzte (Urk. 12/A1).

Die AXA verneinte mit Verfügung vom 13. Dezember 2019 (Urk. 12/A24) und Einspracheentscheid vom 4. Mai 2020 (Urk. 12/A33 = Urk.

E. 1.1

Gemäss Art.

E. 1.2

Gemäss Art.

E. 1.3

Nach Meldung einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat der Unfallversicherer die genauen Begleitumstände abzuklären. Sind nicht sämtliche Kriterien des Unfallbegriffs nach Art. 4 ATSG erfüllt, so wird der Unfallversicherer für eine Listenverletzung nach Art. 6 Abs. 2 UVG grundsätzlich leistungspflichtig, sofern er nicht den Nachweis dafür erbringt, dass die Verletzung vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist (BGE 146

V 51

E. 9.1). Der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers ist erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50 % auf Abnutzung oder Erkrankung beruht (BGE 146

V 51 E. 8.2.2.1, E. 8.6).

E. 1.4

Ein Einriss des Labrum glenoidale, mithin eine SLAP-Läsion (superior labrum anterior posterior

lesion),

stellt keinen Sehnenriss im Sinne von Art.

E. 2

Der Versicherte erhob am 4. Juni 2020 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 4. Mai 2020 (Urk. 2) mit den Anträgen (Urk. 1 S. 2 Ziff. I), dieser sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen auszurichten (Ziff. 1), eventuell

sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Ziff. 2).

Die AXA beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. September 2020 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde.

Am 10. November 2020 erstattete der Beschwerdeführer eine Replik (Urk. 15). Am 5. Januar 2021 erstattete die Beschwerdegegnerin eine Duplik (Urk. 18), die dem Beschwerdeführer am 6. Januar 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 19) .

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, ein Unfall im Rechtssinne (vgl. vorstehend E. 1. 1) liege nicht vor, da sich nichts Ungewöhnliches (Sturz, Anschlagen oder Ausrutschen) ereignet habe (S. 4 ,

Ziff. 2.3.3). Bei den diagnostizierten Beeinträchtigungen gehöre die Partialruptur der Supraspinatussehne zu den in Art. 6 Abs. 2 UVG genannten Körperschädigungen, nicht aber die SLAP-Läsion des Labrums (S. 4 unten, S. 5 Mitte) . Die Supraspinatusläsion dürfte gemäss ärztlicher Beurteilung eine Spätfolge zu einem 1998 erlittenen Schultertrauma sein (S. 5 oben) beziehungsweise sei als krankhaft degenerativ bedingt zu erachten (S. 5 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), gemäss der Stellungnahme des behandelnden Orthopäden liege zwar ein Vorzustand vor, der jedoch nicht im Vordergrund stehe. Vielmehr seien die von ihm festgestellten Labrum pathologien auf das Ereignis zurückzuführen (S. 4 f. Ziff. 5). Demnach liege eine Listenverletzung vor, die nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen sei (S. 6 Ziff. 9).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführende Listenverletzungen vorliegen. 3.

E. 3

Das Ereignis vom 27. März 2018 wurde auch der Suva als Rückfall zu einem 1998 erlittenen Unfall gemeldet. Gegen die Verfügung, mit welcher die Suva ihre Leistungspflicht verneinte, wurde Einsprache erhoben. Die Suva hat das Einspracheverfahren sistiert, bis über den vorliegenden Fall entschieden ist (vgl. Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

In der Unfallmeldung vom 17. Mai 2018 führte der Beschwerdeführer aus, er habe sich während eines Selbstverteidigungskurses bei den Übungen die rechte Schulter verletzt (Urk. 12/A1 Ziff. 6). Im Formular vom 7. Februar 2019 führte er dazu aus, er habe bei der Übung zu Boden müssen und habe sich mit den Armen / Händen aufgefangen. Beim Auffangen sei in der rechten Schulter ein Schmerz eingezogen (Urk. 12/A2) .

E. 3.2

Dr. med. Z.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Eintrag in der Krankengeschichte vom 17. Mai 2018 (Urk. 11/M4 oben) aus, der Beschwerdeführer sei vor 3 Wochen direkt auf die Schulter gefallen und habe seither Schmerzen. Sie notierte als Diagnose einen Verdacht auf Labrum läsion, Differentialdiagnose (DD)

Rotatorenmanschetten -Läsion.

E. 3.3

Eine MR- Arthrographie vom 22. Mai 2018 ergab folgende Beurteilung (Urk. 11/M2):

« Hypertrophe AC-Arthrose mit Einengung des Subakromialraumes und einer Bursitis subacromialis sowie einer interstitiellen distalen Tendinopathie der Supraspinatussehne mit kleinen Kalzifikationen, ohne Nachweis einer transmuralen Läsion.

Zudem kurze SLAP II-Läsion des knorpeligen Labrums mit Beteiligung der Bizepssehneninsertion

ohne Nachweis eines dislozierten Fragments und eine paralabrale

Zyste von 12 mm Durchmesser im kaudalen Labrumbereich mit einer leichten

Verkalkung, DD im Rahmen einer älteren Verletzung. »

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.2) fasste dies wie folgt zusammen: SLAP-Läsion bis Insertion Bizepssehne, AC-Arthrose mit Einengung subacromial, subakromiale Enge und Supraspinatussehnen- Tendinopathie, kein Riss, nicht dislozierter Labrumriss. 3. 4

Dr. med. A.____, Chefarzt, Leiter Schulter- und Ellbogenchirurgie, Kantonsspital B.____, nannte mit Bericht vom 24. Juli 2018 über die gleichentags erfolgte Konsultation (Urk. 11/M1) als Diagnose einen Verdacht auf traumatisierte AC-Gelenksarthrose rechts (S. 1 Mitte). Zur Anamnese führte er unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe am 27. März 2018 bei einem Training unter Last einen einschliessenden Schmerz im Bereich des rechten Schultergelenkes verspürt. Dieser persistiere bei erhaltener Schulterfunktion (S. 1).

Mit Bericht vom 14. August 2018 über die gleichentags erfolgte Verlaufskontrolle (Urk. 11/M3) führte Dr. A.____ aus, die am 24. Juli 2018 erfolgte selektive probatorische AC-Gelenksinfiltration habe ein nur mässiges Ergebnis erbracht.

Mit Bericht vom 29. April 2019 (Urk. 11/M7) nannte Dr. A.____

folgende Diagnose (S. 1 Mitte): - Verdacht auf Instabilité

douloureuse Schulter rechts bei - Status nach axialem Stauchungstrauma am 27. März 2018

Er führte unter anderem aus, bei der heutigen klinischen Untersuchung habe sich ein klar schmerzhafter Apprehension- und Relokationstest gezeigt, was die Diagnose einer Labrumläsion untermauern würde. Die restlichen Untersuchungsbefunde seien weitgehend bland, die Rotatorenmanschette kräftig und intakt. Er habe dem Beschwerdeführer nochmals die Möglichkeit einer diagnostischen Schulterarthroskopie und wahrscheinlich anteroinferiore

Labrumrefixation aufgezeichnet (S. 1). 3. 5

Mit Bericht vom 2. Mai 2019 über die gleichentags erfolgte MR- Arthrographie der rechten Schulter (Urk. 11/M6) nannten die Ärzte des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin, B.____, betreffend Klinik eine Labrumläsion (S. 1 Mitte) und gaben folgende Beurteilung ab (S. 2 oben): - ausgedehnte SLAP-Läsion anterosuperior bis posterosuperior, Partialruptur der Supraspinatussehne

interstitiell und artikulareits sowie Tendinopathie der Infraspinatussehne mit intraossären Ganglien, verdächtig

auf Vorliegen eines posterio -superioren (internen) Impingements

- das Ganglion am inferioren Glenoid

lasse sich nicht mehr abgrenzen .

Antero-inferior deutliche Degeneration mit

persistieren d diskretem Einriss des Labrums - Hydroxylapatit-Deposition nahe Ansatz der posterioren Supraspinatus sehne (Tendinosis calcarea)

- aktivierte hypertrophe AC-Gelenksarthrose - leichte Bursitis subacromialis- subdeltoidea . Laterales " downsloping " des Acromions als möglich

begünstigender Faktor

E. 3.6

Dr. med. C.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin , erstattete am 21. Juni 2019 eine Stellungnahme (Urk. 11/M9).

Er wies darauf hin, dass der Versicherte 2014 wegen Schulterproblemen rechts in Behandlung gewesen sei. Am 3. März 2014 habe der untersuchende Rheumatologe eine Periarthropathia

humeroscapularis (PHS) tendopathica

partim

ankylosans rechts diagnostiziert (S. 1 unten; vgl. Urk. 11/M5). Er führte aus, die MRI-Untersuchungen hätten unter anderem auch eine Listenerkrankung (Partialruptur der Supraspinatussehne) gezeigt.

Im Vordergrund stünden aber die Nicht listenerkrankung beziehungsweise degenerativen Veränderungen der rechten Schulter: Ausgedehnte SLAP-Läsion anterosuperior bis posterio -superior, antero -inferior deutliche Degeneration des Labrums, Tendinopathie der Infraspinatus sehne mit intraossären Ganglien, Tendinosis calcarea der Supraspinatussehne sowie aktivierte hypertrophe AC-Gelenksarthrose (S. 2 Ziff. 1). Die Listendiagnose sei vorwiegend, also zu mehr als 50 % , auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen, denn es lägen ausgedehnte degenerative Veränderungen im Bereich der rechten Schulter vor, die seit 2014, also schon vor dem Ereignis vom 27. März 2018 , dokumentiert seien (S. 2 Ziff. 2). Die Indikation für das (von Dr. A.____ in Aussicht genommene) operative Vorgehen dürfte gegeben sein. Es bestehe aber kein Zusammenhang mit dem Ereignis vom 27. März 2018, sondern mit dem zu diesem Zeitpunkt schon vorliegenden Vorzustand (S. 2 Ziff. 3).

E. 3.7

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.4) führte mit Bericht vom 2. Juli 2019 (Urk. 11/M14) über die am 1. Juli 2019 erfolgte Operation (Schulterarthroskopie, Mobilisation und Refixation anteroinferiores Labrum, ventrale SLAP- Refixation) zum technischen Vorgehen unter anderem Folgendes aus (S. 2 oben): «Ausgedehnte SLAP II Läsion mit stabilem Bizepsanker . Im anteroinferioren Bereich ist das Labrum kurzstreckig abgelöst (...). Unauffällige lange Bizepssehne mit intakter Führung im Pulley -System. Im ventralen Insertionsbereich zeigt sich eine Unterflächenpartialruptur der Supraspinatussehne. Dieser Bereich wird mit dem Shaver debridiert. Eine Stabilisation drängt sich jedoch definitiv

nicht auf. Der dorsale Anteil des Supraspinatus als auch die Infraspinatusinsertion sind unauffällig. Unauffällige inferiore Kapsel. Intakter Subscapularis. Intakte glenohumale Ligamente. Das anteriore Labrum wird (...) unterfahren, der Glenoidrand /-hals angefrischt. Setzen eines 1.4 mm JuggerKnot (...) und Fassen und Stabilisation des Labrums. Am Schluss wird auch im ventralen superioren Labrum bereich die SLAP-Läsion über einen 1.4mm JuggerKnot

refixiert .»

In einer Stellungnahme vom 19. August 2019 zuhanden der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers (Urk. 11/M10 = Urk. 11/M12 = Urk. 3/3) führte Dr. A. ___ unter anderem aus, der Beschwerdeführer sei wegen seines Schultergelenkes und seiner Halswirbelsäule (HWS) tatsächlich bereits 2014 in Behandlung und Abklärung gewesen, wobei die Hauptsymptomatik damals eher im HWS-Bereich habe dokumentiert werden können (S. 1 unten). Eine 2014 durchgeführte Sonographie der beiden Schultergelenke habe rechts, im Seitenvergleich zu links, eine unruhige Echotextur im Supraspinatussehnenbereich sowie eine beginnende AC-Gelenksarthrose gezeigt. Die restlichen Strukturen seien unauffällig gewesen. Diese unruhige Echotextur der Supraspinatussehne sei eine Sehnedegeneration. Diese Strukturänderungen seien in der Folge auch auf den MRI-Bildern der Untersuchung vom 22. Mai 2018 und 2. Mai 2019 dokumentiert. Im MRI vom 22. Mai 2018 sei jedoch zusätzlich eine kurze SLAP II-Läsion mit Beteiligung der Bicepssehneninsertion sowie eine paralabrale Zyste im kaudalen Labrumbereich mit einer leichten Verkalkung beschrieben, die Zyste sei im Verlaufs-MRI vom 2. Mai 2019 dann nicht mehr nachweisbar (S. 2 oben).

Die beschriebenen Labrum pathologien , insbesondere jene anteroinferior , seien in aller Regel

traumatisch bedingt. Die beschriebenen Beschwerden korrelierten mit diesen Befunden, so dass

eine traumatische Kausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliege (S. 2 Ziff. 1). Betreffend einen allfälligen Vorzustand führte er aus, Tatsache sei, dass die dokumentierten Veränderungen vor allem im Bereich der Rotatorenmanschette stets klinisch gewesen seien. Insofern hätten sie wahrscheinlich keine Rolle gespielt (S. 2 Ziff. 2). Die beschriebenen Labrum veränderungen seien mit hoher Wahrscheinlich traumatisch bedingt, da sie intraoperativ dokumentiert worden (S. 2 Ziff. 3).

E. 3.8

Dr. med. D. ___ , Facharzt für Chirurgie, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, erstattete am 22. April 2020 eine Stellungnahme (Urk. 11/M15). Er nahm Bezug darauf, dass Dr. A. ___ in seiner Stellungnahme vom 19. August 2019 ausgeführt habe, die Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette seien als krankhaft degenerativ, hingegen die Veränderung gen am Labrum als unfallkausal aufzufassen (S. 1 unten). Die Veränderung an der Supraspinatussehne mit gelenkseitiger Teilruptur am Ansatz entspreche einer Listenverletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG. Die Rissbildungen am Labrum glenoidale entsprächen nicht einer Listenverletzung, insbesondere bei im Operationsbericht erwähntem stabilen Bizepsanker . Es könne deshalb bei der SLAP II Läsion nicht von einem Anriss der Bizepssehnenverankerung ausgegangen werden (S. 2 Ziff. 1).

Die Listenverletzung (Supraspinatus) sei vorwiegend degenerativ bedingt bei Vorliegen erheblicher tendinopathischer Veränderungen der Supraspinatus- wie der Infraspinatus-Sehne. Auf den MRI-Aufnahmen finde sich unter anderem eine Tendinitis calcarea verbunden mit weiteren tendinotischen Veränderungen, was ganz klar degenerativ bedingt sei, wie auch die Zystenbildung im Ansatz der Sehnen im Bereich des Tuberculum majus. Die Rissbildungen im Labrumbereich erachtete Dr. D.____ ebenfalls als krankhaft degenerativ bedingt, insbesondere da bereits im ersten MRI vom 22. Mai 2018 im lädierten Labrumbereich eine deutliche Zystenbildung mit Verklumpung sichtbar sei, die nicht innerhalb von 2-3 Monaten nach dem Ereignis auftreten könne (S. 2 Ziff. 2).

Das Ereignis vom 28. März 2018 mit axialer Einwirkung auf die Schulter sei aus biomechanischer Sicht weder geeignet, die vorgefundenen Pathologien im Bereich der Rotatorenmanschette noch des Labrums zu erklären. Bei Abfangen eines Sturzes mit den Händen sei die Supraspinatussehne nicht vorgespannt, was einen traumatisch bedingten Anriss mit praktischer Sicherheit ausschliesse (S. 2 Ziff. 3).

Anlässlich der Operation vom 1. Juli 2019 sei keine Listenverletzung behandelt worden. Es sei das Labrum fixiert worden. Der Eingriff habe sich nur auf die Labrumpathologie bezogen und die Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette seien belassen worden (S. 2 Ziff. 4).

E. 3.9

Am 3. Juli 2020 erstattete Suva-Kreisarzt Dr. med. E.____, Arzt für Allgemeinmedizin, eine Beurteilung (Urk. 11/M16). Er führte unter anderem aus, aus näher dargelegten Gründen seien die 2018 festgestellten Veränderungen nicht mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einer

1998 erlittenen AC-Gelenkszerrung bei axialem beziehungsweise Distorsionstrauma der rechten Schulter in ursächlichem Zusammenhang (S. 6).

E. 3.10

Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, erstattete am 25. September 2020 eine Beurteilung (Urk. 11/M17). Er führte unter anderem aus, die Angaben über das Schadensdatum seien erstaunlich widersprüchlich. Es müsse rückwirkend irgendein Datum festgehalten worden sei. Es sei davon auszugehen, dass Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.2) dem Versicherten eine Unfallmeldung bezüglich des Ereignisses «vor drei Wochen» nahelegt habe, was gleichentags geschehen sei. Das vom Versicherten genannte Datum vom 27. März 2018 liege jedoch knapp acht Wochen zurück. Es sei daraus zu schliessen, dass nach und bei dem vermuteten Ereignis weder sofort ein Fähigkeitsverlust resultiert habe

noch ein akutes Verletzungsgefühl wahrgenommen worden sei (S. 12 oben).

Erstaunlich diskrepant seien auch die Angaben über den Schadensmechanismus. Zuerst berichte Dr. A.____ über eine akute Überlastung im Training, später von einem axialen Trauma und nochmals später von einer Schulterdistorsion (S. 12 Mitte).

Es sei völlig unmöglich, eine Labrumschädigung nach einem 15-monatigen Zeitintervall (zwischen dem Ereignis und dem intraoperativen Befund) als posttraumatisch zu bezeichnen, auch wenn eine Kontinuitätstrennung am Pfannenrand nachgewiesen werden

könne. Aus dem vorliegenden Bild- und Film material lasse sich denn auch keine Unfallkausalität der Veränderungen ableiten. Es sei auch schwer verständlich, wie einerseits eine kraniale Labrum Läsion (bei stabil getestetem Bizepsanker) und separat davon eine ventrokaudale Labrum Läsion durch einen einzigen Unfall hätte zustande kommen können, da diese Strukturen bei sehr unterschiedlichen Bewegungen belastet würden. Die hypothetische Aussage von Dr. A.____, die dokumentierten Labrumveränderungen seien mit hoher Wahrscheinlichkeit traumatisch bedingt, werde von ihm nicht begründet und stehe im Gegensatz zur versicherungsmedizinischen Literatur (S. 14 Mitte).

Nachvollziehbar sei hingegen die Aussage von Dr. A.____, dass die kleine Veränderung an der Supraspinatussehne keine klinische Relevanz habe und auch nicht als Listenerletzung angesehen werden könne. Auch sie könne nicht traumatisch entstanden sein, sie liege an der Prädilektionsstelle für degenerative Veränderungen nahe am Tuberculum maius, analog zu den degenerativen Veränderungen des Ansatzes der Infraspinatussehne, und könne auch sicher nicht im beschriebenen Schadenmechanismus entstanden sein (S. 14).

Bilanzierend sprächen alle Indizien (Schadensdatum, Schadenmechanismus, funktionelles, morphologisches und radiologisches Schadensbild) für eine höchstens leichte Traumatisierung einer vorgeschädigten Schulter rechts am 27. März 2018 ohne richtungsweisenden Charakter im Sinne einer zusätzlichen strukturellen Schädigung. Die vorübergehende Verschlimmerung sei spätestens Ende Juli 2018 mit dem Verschwinden des Nachtschmerzes nach Infiltration des AC-Gelenks wieder abgeheilt gewesen (S. 14 unten).

Gemäss den Angaben von Dr. A.____

sei

der Hauptbefund anlässlich der Operation vom 1. Juli 2019 am Labrum ventral gewesen. Als Nebenbefund habe

Dr. A.____ eine «Unterflächenpartialruptur» der Supraspinatussehne gefunden, was zu einem kleinen Débridement Anlass gegeben habe. Der Nebenbefund habe weder

Trauma folgecharakter noch eine in den Abklärungen klar erkannte klinische Relevanz (S. 15 Ziff. 1).

Mit den intraoperativen Bildern / Videos lasse sich keine Unfallkausalität

begründen. Es sei schlicht unmöglich, nach dieser Zeit zwischen dem Ereignis 2018 und der Operation

2019 eine Unfallkausalität zu begründen (S. 15 Ziff. 2) . 4.

E. 4

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ist ein Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

E. 4.1

Die medizinischen Berichte stimmen darin überein, dass beim Beschwerdeführer 2018 eine Labrum Läsion - zumeist als SLAP II Läsion bezeichnet - diagnostiziert (vorstehend E. 3.2,

E. 3.4, E. 3.6 ff., E. 3.10) und bildgebend belegt (vorstehend E. 3.3, E. 3.5)

wurde . Bei der am 1. Juli 2019 erfolgten Operation wurde sodann das Labrum fixiert (vorstehend E. 3.7).

Eine Labrumläsion / SLAP-Läsion ist rechtsprechungsgemäss kein Sehnenriss im Sinne von Art. 2 Abs. 2 lit . f UVG . Sie stellt somit keine Listenverletzung dar (vorstehend E. 1.4).

E. 4.2

Ein Unfallereignis im Rechtssinn liegt unbestrittenermassen (vgl. Urk. 1 S. 3 Ziff. 1) nicht vor. Die - allfällige - Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG hat zwingend das Vorliegen einer Listenverletzung zur Voraussetzung . Fehlt es an einer solchen, besteht keine Leistungspflicht. Liegt hingegen eine Listenverletzung vor , kann der Versicherer den Entlastungsbeweis erbringen, dass diese zu mehr als 50 % auf Abnützung oder Erkrankung beruht (vorstehend E. 1.3).

Da es sich bei der Labrumläsion nicht um eine Listenverletzung handelt, stellt sich die erst im Rahmen des bei gegebener Leistungspflicht zu führenden Entlastungsbeweises relevante Frage, ob die Beeinträchtigung vorwiegend durch Abnützung oder Erkrankung bewirkt wurde, gar nicht.

Wie es sich mit den diesbezüglich divergierenden ärztlichen Beurteilungen verhält, kann deshalb - da nicht entscheidungswesentlich - offen gelassen werden. Immerhin sei angemerkt, dass der behandelnde Dr. A.____ der einzige ist, der eine traumatische Genese postulierte (vorstehend E. 3.7), dies allerdings ohne schlüssige Begründung, während insbesondere Dr. F.____ nachvollziehbar erläuterte, warum diese These nicht haltbar sei (vorstehend E. 3.10).

E. 4.3

Die Bildgebung im Mai 2018 ergab unter anderem eine Tendinopathie der Supraspinatussehne, ohne Nachweis einer transmuralen Ruptur (vorstehend E. 3.3). Dr. A.____ führte im April 2019 aus, ausser der Labrumläsion seien die Untersuchungsbefunde weitgehend bland, die Rotatorenmanschette kräftig und intakt (vorstehend E. 3.4). Die Bildgebung vom Mai 2019 ergab sodann unter anderem eine Partialruptur der Supraspinatussehne (vorstehend E. 3.5). Intraoperativ fand Dr. A.____ am 1. Juli 2019 unter anderem eine Unterflächenpartialruptur der Supraspinatussehne, der er , abgesehen von einem Débridement , keine weitere Behandlung angedeihen liess, und im August 2019 führte er aus, bildgebend habe sich eine unruhige Echotextur im Supraspinatussehnen-Bereich gezeigt, was eine Sehnedegeneration sei (vorstehend E. 3.7). Dr. D.____ erachtete im April 2020 die Supraspinatussehnenpartialruptur als Listenverletzung, die aus näher genannten Gründen degenerativ bedingt sei (vorstehend E. 3.8). Dr. F.____ schliesslich stimmte im September 2020 Dr. A.____ darin zu, dass die Veränderung an der Supraspinatussehne keine klinische Relevanz habe und auch nicht als Listenverletzung angesehen werden könne. Die Unterflächenpartialruptur der Supraspinatussehne sei gemäss den Angaben von Dr. A.____ ein Nebenfund gewesen und habe weder Traumafolgecharakter noch eine in den Abklärungen klar erkannte klinische Relevanz (vorstehend E. 3.10).

E. 4.4

Rechtsprechungsgemäss gilt auch die Partialruptur einer Sehne, sofern eindeutig festgestellt, als Sehnenriss im Sinne von (heute) Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (BGE 123 V 43 E. 2b), mithin als Listenverletzung.

Es ist deshalb soweit nachvollziehbar, dass die im Mai 2019 bildgebend (vorstehend E. 3.5) und am 1. Juli 2019 intraoperativ (vorstehend E. 3.7) festgestellte Supraspinatussehnteilruptur in einigen - wenn auch bei weitem nicht allen - ärztlichen Beurteilungen als Listenverletzung eingestuft wurde. Gleichzeitig wurde aber auch auf ausgedehnte degenerative Veränderungen im Bereich der rechten Schulter und eine schon im März 2014 diagnostizierte PHS hingewiesen (vorstehend E. 3.6), sowie bildgebend nachgewiesene Verkalkungen und Zystenbildung (vorstehend E. 3.8), sowie darauf, dass sie nicht durch den bezüglich des Ereignisses vom 28. März 2018 beschriebenen Schadenmechanismus entstanden sein könne (vorstehend E. 3.10).

Folgt man also den ärztlichen Beurteilungen, welche eine Listenverletzung bejaht haben, so ist gleichzeitig festzuhalten, dass diese Beurteilungen auch darin übereinstimmen, dass sie diese Sehnteilruptur als eindeutig - also sogar mehr als lediglich vorwiegend - degenerativ bedingt erachten.

Mithin besteht bezüglich der Teilruptur der Supraspinatussehne, die zu keinen auf sie bezogenen therapeutischen Bemühungen Anlass gegeben hat, keine Leistungspflicht.

E. 4.5

Es bleibt zusammenfassend fest zu halten, dass keine Leistungspflicht besteht, bezüglich der Labrumopathie (SLAP-Läsion), weil sie keine Listenverletzung darstellt, und bezüglich der Teilruptur der Supraspinatussehne, weil sie keine Behandlung erfordert hat und überwiegend auf Abnutzung zurückzuführen ist.

Damit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig, und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - AXA Versicherungen 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 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

E. 6

Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG)

erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind (sogenannte Listenverletzungen): a. Knochenbrüche b. Verrenkungen von Gelenken c. Meniskusrisse d. Muskelrisse e. Muskelzerrungen f. Sehnenrisse g. Bandläsionen h. Trommelfellverletzungen

E. 9

Abs. 2 lit. f der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV), entsprechend dem heutigen Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG, dar und ist somit keine Listenverletzung (Urteil 8C_835/2013 vom 28. Januar 2014 E. 4). 2.

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