

200 21 698 UV
KNB/BRO/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Juli 2022

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, substituiert durch Rechtsanwältin C. _____

Beschwerdeführer

gegen

AXA Versicherungen AG

Generaldirektion, General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 7. September 2021 (UVG ...)



Sachverhalt:

A.

Der 1969 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als ihn gemäss Bagatelunfall-Meldung vom 10. September 2020 am 3. September 2020 eine ... beim ... fest am rechten Arm hielt und diesen verdrehte (Akten der AXA, Antwortbeilage [AB] A1). Mit E-Mail vom 11. September 2020 (AB A2) teilte die AXA dem Versicherten mit, vorläufig die gesetzlich festgelegten Versicherungsleistungen auszurichten. Nach Beizug verschiedener Arztberichte und Beurteilung durch ihren beratenden Arzt, Dr. med. D. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 11. März 2021 (AB M10) stellte die AXA mit Verfügung vom 16. März 2021 (AB A29) die vorübergehenden Leistungen mangels Kausalzusammenhangs der fortbestehenden Schulterbeschwerden rechts zum Ereignis vom 3. September 2020 per 31. Dezember 2020 ein, wobei sie auf die Rückforderung der bereits darüber hinaus erbrachten Leistungen verzichtete. Daran hielt sie auf Einsprache (AB A38, A41 f.) hin und nach Einholung eines Aktenberichts ihres beratenden Arztes, Dr. med. E. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 21. Juli 2021 (AB M13) mit Entscheidung vom 7. September 2021 (AB A46) fest.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, substituiert durch Rechtsanwältin C. _____, am 7. Oktober 2021 Beschwerde. Er beantragt, in Aufhebung des Einspracheentscheides vom 7. September 2021 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, über den 31. Dezember 2020 hinaus die gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen für die Gesundheitsschädigung aus dem Ereignis vom 3. September 2020 zu entrichten.

In der Beschwerdeantwort vom 13. Dezember 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 7. September 2021 (AB A46). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 3. September 2020 über den 31. Dezember 2020 hinaus.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Unfall ist 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 (Art. 4 ATSG).

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit. a), Verrenkungen von Gelenken (lit. b), Meniskusrisse (lit. c), Muskelrisse (lit. d), Muskelzerrungen (lit. e), Sehnenrisse (lit. f), Bandläsionen (lit. g), Trommelfellverletzungen (lit. h).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2.1 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 bzw. 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 ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163). Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache

darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.2.2 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

2.2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft 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 schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3 S. 163). 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 Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.3 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 26. März 2019, 8C_824/2018, E. 3.2). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des BGer vom 28. Februar 2019, 8C_167/2018, E. 4.2).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin richtete UV-Leistungen bis zum 31. Dezember 2020 aus (vgl. AB A29) und bejahte damit grundsätzlich den Kausalzusammenhang zwischen dem Ereignis vom 3. September 2020 und den initial geklagten Beschwerden an der rechten Schulter (vgl. E. 2.2 hier vor). Umstritten ist die Leistungspflicht über den 31. Dezember 2020 hinaus.

3.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Am Tag nach dem Ereignis vom 3. September 2020 suchte der Beschwerdeführer seine Hausärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, auf. Im KG-Eintrag vom 4. September 2020 (AB M8) führte diese aus, der Patient habe beim ... eines ... den rechten Arm verdreht, wobei es zu einem knackenden Geräusch in der Schulter gekommen sei. Nun habe der Patient Schmerzen. Es bestehe der Verdacht auf eine partielle Läsion der Rotatorenmanschette rechts, evtl. eine Biceps-Pulley-Läsion.

3.2.2 Am 21. September 2020 wurde im Spital G._____ eine Arthro-Magnetresonanztomographie (MR) des rechten Schultergelenks durchgeführt. Im Bericht vom gleichen Tag (AB M3) führte Dr. med. H._____, Facharzt für Radiologie, aus, es bestehe eine (bis) zum Teil mässiggradige aktive AC-Gelenksarthrose mit vermehrtem Signal innerhalb des AC-Gelenkes, welche zusammen mit lateralem Downsloping des Akromions zu einem subacromialen Impingement an der Rotatorenmanschette geführt habe. Zusätzlich liege eine umschriebene, zum Teil transmurale Ruptur des Überganges posteriore Anteile der Supraspinatussehne und der vordersten Anteile der Infraspinatussehne mit Diskontinuität der Fasern auf einer Strecke von 5 mm im Bereiche der Insertio am Tuberculum majus vor, dort wahrscheinlich Kommunikation des intraartikulär injizierten Gadoliniums durch den feinen Rupturspalt hindurch mit der Bursa subacromialis/subdeltoidea. Es bestünden keine Hinweise für eine Sehnenretraktion oder Muskelverfettung. Es bestehe der Verdacht auf eine SLAP-Läsion Grad 3 bis 4 der vorderen Anteile des Labrum superiore mit einer möglicherweise teilweisen Beteiligung der darüber ziehenden langen Bizepssehne.

3.2.3 Am 23. Oktober 2020 konsultierte der Beschwerdeführer Prof. Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Im Bericht vom 26. Oktober 2020 (AB M1) stellte dieser folgende Diagnosen (S. 1):

- St. n. Schulterdistorsion rechts vom 03.09.2020 mit
- Nicht retrahierter transmuraler Supraspinatusruptur
 - Kranialer Subscapularisruptur in Kontinuität
 - Assoziierter asymptomatischer AC-Gelenksarthrose
 - Assoziierter Verspannung im Schultergürtel beidseits

In Anbetracht der fehlenden Retraktion werde zunächst das Fortführen der konservativen Massnahmen bevorzugt. Es sei mit einer mehrmonatigen Genesungsphase zu rechnen. Der Patient sei für weitere sechs Wochen 50 % arbeitsunfähig geschrieben. Danach sei die Arbeitsfähigkeit nach Massgabe der Beschwerden zu steigern (S. 2).

3.2.4 Im Bericht vom 18. Januar 2021 (AB M4) führte die Hausärztin des Beschwerdeführers aus, unfallbedingt bestünden Schmerzen und eine ein-

geschränkte Beweglichkeit im rechten Schultergelenk. Die Schmerzen beständen sowohl bei Bewegungen nach vorne, auf die Seite und nach oben. Es seien keine unfallfremden Faktoren bekannt, welche das Beschwerdebild beeinflussten. Es bestehe der Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur (S. 1).

3.2.5 Im Bericht vom 1. Februar 2021 (AB M6) führte Prof. Dr. med. I. _____ aus, beim Patienten bestehe eine diskrete Rotatorenmanschetteninsuffizienz mit Beteiligung der intervallnahen Manschette. Im Vordergrund stünden Schmerzen über dem Rotatorenintervall, im Verlauf der langen Bizepssehne sowie beim Schürzengriff. Als therapeutische Option werde eine transossäre Reinsertion der Rotatorenmanschette empfohlen.

3.2.6 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. D. _____, hielt in seiner Stellungnahme vom 11. März 2021 (AB M10) fest, die beklagten Beschwerden seien zu Beginn überwiegend wahrscheinlich in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 3. September 2020 gestanden. Das MRI der rechten Schulter vom 21. September 2020 (AB M3) zeige keine strukturellen Läsionen, welche auf das Ereignis vom 3. September 2020 zurückzuführen wären. Es habe auch keine unphysiologische Belastung vorgelegen, welche einen Rotatorenmanschettenschaden, hier Verdacht auf Supraspinatussehne bei mässiger AC-Gelenksarthrose und Downsloping des Akromions, hätte verursachen können. Es lägen altersentsprechende degenerative Veränderungen bei Impingementsymptomatik vor. Die aktiven und passiven Bewegungsamplituden seien frei gewesen. Es seien auch Myogelosen im Bereich des Levator scapulae und der Rhomboidei beidseits vorgelegen. Zwischenzeitlich sei unter konservativer Therapie (Physiotherapie) sogar eine gewisse Besserung eingetreten (AB M10 S. 3 Frage 1). Der Status quo sine sei per 31. Dezember 2020 erreicht gewesen. Dies entspreche gut 17 Wochen nach dem Ereignis vom 3. September 2020. Auch wenn der Patient gemäss den Akten vor dem Ereignis asymptomatisch gewesen sei, heisse dies nicht, dass keine fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen vorgelegen hätten. Diese seien in der MRI-Untersuchung vom 21. September 2020 deutlich nachweisbar (S. 3 Frage 2).

3.2.7 Im Operationsbericht vom 1. April 2021 (AB M11) führte Prof. Dr. med. I. _____ aus, am 31. März 2021 sei eine diagnostische Arthroskopie, eine offene Rotatorenmanschetten-Reinsertion und eine Bizepsstenodese durchgeführt worden.

Auf Frage des Beschwerdeführers hin hielt Prof. Dr. med. I. _____ in seinem Bericht vom 9. Juli 2021 (AB M14) fest, das Ereignis vom 3. September 2020 entspreche seines Wissens nicht den gesetzlich festgelegten Unfallkriterien. Das MR vom 21. September 2020 zeige ein normales Muskelsignal. Das Tuberculum majus weise normale posteromediale Zysten auf. Allerdings bestehe ein lateral ausladender Tuberculum majus Enthesophyt, welcher sicher vorbestanden habe. Dieser Befund könne in Anbetracht des Jahrganges des Beschwerdeführers als normal betrachtet werden. Summa summarum glaube er, die Rotatorenmanschettenruptur sei tatsächlich am 3. September 2020 entstanden (S. 2).

3.2.8 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. E. _____, legte in seiner Stellungnahme vom 21. Juli 2021 (AB M13) dar, die geltend gemachte initiale Symptomatik habe über einen beschränkten Zeitraum in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 3. September 2020 gestanden. Im Gegensatz dazu stünden die morphologischen Veränderungen im rechten Schulterbereich lediglich mit dem Beweisgrad der Möglichkeit in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 3. September 2020. Diese Veränderungen seien vorwiegend krankhaft degenerativer Art. Einerseits bestehe mit Sicherheit vorbestehend eine deutliche AC-Gelenksarthrose mit ossären Anlagerungen sowie ein Akromion Typ I-II gemäss Bigliani mit zusätzlich deutlichem Downslope. Es handle sich somit um eine typische chronische subakromiale Engpasssituation, die geeignet sei, abnützungsbedingte Veränderungen im Ansatzbereich der Rotatorenmanschette zu verursachen. Im MRI zeige sich eine partielle gelenksseitige Partialruptur der Supraspinatussehne und der vorderen Anteile der Infraspinatussehne mit minimalem transmuralen Einriss entsprechend einer PASTA-Läsion, die per Definition einem degenerativen Abnützungsprozess entspreche. Im zweieinhalb Wochen nach dem Ereignis durchgeführten MRI lasse sich auch keine Hämatombildung oder lokale Ödembildung, welche bei traumatischer Genese zu erwarten wären, objektivieren

(S. 1 Frage 1). Es gelte zu bemerken, dass chronische krankhafte oder abnützungsbedingte Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette ab dem 40. Altersjahr zunehmen bis zu partiellen oder kompletten Rupturen und meist asymptomatisch verlaufen, da sich der Körper und der Bewegungsablauf des Schultergelenkes ständig an die veränderten Verhältnisse anpassen. Bei einer ungewöhnlichen Belastung, Bewegung oder einer äusseren Krafteinwirkung (z. B. Schulterkontusion), könne dieser bis anhin asymptomatische Zustand temporär aktiviert und damit symptomatisch werden. Dies auch dann, wenn wie im vorliegenden Fall keine strukturellen frischen Schädigungen nachweisbar seien (S. 1 f. Frage 2). Von einem Status quo sine sei ca. drei Monate nach dem Ereignis auszugehen. Weitergehende Schmerzen oder Funktionsausfälle würden zu Lasten des Vorzustandes gehen, der bis zum Ereignis kompensiert gewesen sei, danach dekompenzierte, ohne dass ereignisbedingt eine strukturelle Schädigung resultierte (S. 2 Frage 3). Falls vorliegend der Unfallbegriff negiert würde, handle es sich um eine gesicherte Listenerletzung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG. Dies im Sinne einer Sehnenruptur (S. 2 Frage 4). Wenn von einer Listenerletzung ausgegangen werde, sei diese vorwiegend auf einen krankhaft degenerativen oder abnützungsbedingten Zustand zurückzuführen (S. 2 Frage 5). Das geschilderte Ereignis sei aus biomechanischer Sicht nicht geeignet, die vorliegenden Veränderungen mit gelenksseitigen Partialrupturen im Bereich der Rotatorenmanschette oder der Bizepssehne zu verursachen. Voraussetzung für eine traumatische Sehnenruptur wäre, dass insbesondere die Sehnen der Rotatorenmanschette muskulär massiv vorgespannt seien und zusätzlich überfallartig eine exzentrische Belastung hinzutrete. Beim Anheben/Umlagern eines Patienten sei weder der Musculus supraspinatus noch der Musculus infraspinatus gespannt. Es sei deshalb höchst unwahrscheinlich, dass die angegebene Verdrehung des Armes durch den involvierten Patienten zu einer traumatisch bedingten Kontinuitätsunterbrechung der Supra- und Infraspinatussehne geführt habe. Dasselbe gelte für die Bizepssehne (S. 2 Frage 6).

3.2.9 Prof. Dr. med. I. _____ bestätigte in seinem Bericht vom 26. Juli 2021 (AB M15) seine Auffassung, wonach die Rotatorenmanschettenruptur am 3. September 2020 entstanden sei. Die pathologisch-anatomischen Befunde (gut erhaltener Weichteilmantel und fehlende zystische Verände-

rungen in den vorderen Anteilen des Tuberculum majus) sprächen für eine akute Ursache (S. 1 ad 3).

3.2.10 Im nicht unterzeichneten Schreiben vom 24. August 2021 (AB M12), das gemäss Angabe der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers von einer Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin verfasst worden sei, deren Name nicht bekannt gegeben werden könne (AB A43), wird dargelegt, die Verletzung im Bereich der Rotatorenmanschette habe sich nicht, wie vom beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin angegeben, im Rahmen einer "ruckartigen Bewegung" ereignet. Vielmehr sei es während eines ... zu einer Aussenverdrehung des unter Zug gestreckten rechten Armes gekommen, was der klassische Unfallmechanismus sei, der zu einer traumatischen Ruptur der Supraspinatussehne und weiterer Sehnen führen könne. So habe der Beschwerdeführer denn auch unverzüglich ein Knacken im Schulter- und Oberarmbereich rechts gehört und wenig später seien in diesem Bereich Schmerzen aufgetreten. Dass der Beschwerdeführer nach wenigen Tagen wieder zu 50 % arbeiten gegangen sei, sei nicht Ausdruck einer Bagatellverletzung, sondern ein Zeichen seines guten Willens, nicht allzu lange seiner Arbeit fernzubleiben. Es sei anzunehmen, dass allfällige viel Kraft erfordernde ... von anderen Mitarbeitenden übernommen worden seien. Im gut zwei Wochen nach dem erlittenen Trauma erfolgten Arthro-MRI der rechten Schulter sei eine Ruptur der kranialen Hälfte des Subscapularis, eine zum Teil transmurale Ruptur der Supraspinatus- und weniger ausgeprägt der Infraspinatussehne rechts dokumentiert worden. Daneben hätten sich altersentsprechende degenerative Veränderungen im Bereich des AC-Gelenkes und des Labrum superioire mit möglicherweise Beteiligung der darüber ziehenden langen Bizepssehne gefunden. Hinweise für eine Sehnenretraktion oder Muskelveränderungen, wie Atrophien oder fettige Degeneration, fänden sich nicht. Dies sei ein klares Indiz dafür, dass die Ruptur der kranialen Hälfte des Subscapularis sowie der Supra- und Infraspinatussehne erst kürzlich stattgefunden habe und nicht vor Monaten oder Jahren aufgrund degenerativer Veränderungen entstanden sei. Das MRI zeige somit eindeutige unfallbedingte strukturelle Läsionen der Sehnen auf, die nicht auf degenerative Veränderungen zurückgeführt werden könnten. Die Behauptung, es würden keine unfallbedingten strukturellen Läsionen vorliegen, könne somit klar widerlegt werden. Auch die von Prof.

Dr. med. I. _____ in seinem Sprechstundenbericht vom 26. Oktober 2020 beschriebenen Myogelosen im Bereich des Musculus levator scapulae und der Musculi rhomboidei seien keine Indizien für ein vorbestehendes degeneratives Leiden, sondern als Folgereaktion des akuten Traumas mit konsekutiver Muskelschwäche der Supraspinatus- und Infraspinatusmuskulatur zu interpretieren, wobei solche Myogelosen sehr häufig nach traumatischen Verletzungen im Bereich der Extremitäten und des Rückens als kompensatorische Reaktion aufträten. Myogelosen seien Verspannungen und nicht Muskelatrophien oder einer Muskelverfettung gleichzusetzen. Der Beschwerdeführer sei bis zum Unfallereignis vom 3. September 2020 betreffend seiner rechten Schulter und seines rechten Arms völlig beschwerdefrei gewesen. Gemäss Fachliteratur führe die Aussenverdrehung des unter Zug gestreckten Armes sehr häufig zu akuten Sehnenrupturen, wie dies beim Beschwerdeführer am 3. September 2020 der Fall gewesen sei. Auch das gehörte "Knacken" und die sofort aufgetretenen Schmerzen würden diese These unterstützen, so dass es sich bei diesem akuten Ereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine traumabedingte Schädigung der Rotatorenmanschette gehandelt habe. Zusätzlich werde diese These unterstützt durch die Tatsache, dass zum Zeitpunkt des Arthro-MRI vom 21. September 2020 keine Hinweise für das Vorliegen von Sehnenretraktionen und Muskelatrophien oder eine fettige Muskeldegeneration gefunden worden seien. Der Mutmassung, es handle sich um chronische, degenerative Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette, könne somit klar widersprochen werden. In der Fachliteratur werde des Weiteren festgehalten, beim gesunden Menschen entstünden arthrotische Knochenveränderungen im Bereich des Schultergelenkes ab dem Alter von 40 Jahren und stünden in keinem direkten Zusammenhang mit Läsionen der Rotatorenmanschette. Die SLAP-Läsion Grad 3 bis 4 am Labrum superio-re des Glenoids, die mässiggradige AC-Gelenksarthrose sowie die subchondralen Zysten am Tuberculum major seien somit nicht als Prädiktoren für die Rotatorenmanschettenruptur zu sehen, sondern stünden damit in keinem Zusammenhang und seien als davon unabhängige altersentsprechende degenerative Veränderungen zu interpretieren (AB M12 S. 5 f.).

3.2.11 Im Bericht vom 9. November 2021 (AB M16) legte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. J. _____, Facharzt für Orthopä-

dische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nach einlässlicher Prüfung der versicherungsmedizinisch relevanten Kriterien (S. 5 ff.) dar, sämtliche Indizien sprächen für eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette der rechten Schulter. Es gebe weder im Schadensmechanismus noch im Schadensbild ein stichhaltiges Argument, das für eine traumatisch entstandene Rotatorenmanschettenruptur spreche (S. 7). Auffallend seien die unterschiedlichen Darstellungen betreffend den Schadensmechanismus. Eine unphysiologische Schulterbelastung, die eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur hätte bewirken können, könne jedoch in keiner geschilderten Variante logischerweise nachvollzogen werden. Sollte es tatsächlich zu einer Aussenverdrehung des unter Zug gestreckten Armes gekommen sein, würde dies implizieren, dass die zu ... Person den Beschwerdeführer am Unterarm festgehalten hätte. In dieser Position könne es unmöglich zu einer massiven Aussenrotationsbelastung auf die Schulter kommen, denn die Aussenrotation werde durch eine Supination des Unterarms vorgetäuscht. Eine Aussenrotationsbelastung der rechten Schulter in Elevation oder Abduktion sei aufgrund der Beschreibungen nicht nachvollziehbar bzw. undenkbar. Wäre tatsächlich auf die Schulter eine exzentrische, überfallmässige, ruckartige Belastung nach aussen passiert, hätte die Subscapularissehne reissen müssen, jedoch nicht die Supraspinatus- und die Infraspinatussehne. Im Übrigen sei das geschilderte Knacken nicht spezifisch für einen Sehnenriss. Ein solcher sei assoziiert mit einem Knall und Rissgefühl (S. 5 f.). Ausserdem seien im Bericht vom 21. September 2020 (AB M3) nicht sämtliche auf dem MRI ersichtlichen Befunde genannt geworden. Es fänden sich zusätzlich deutliche tendinotische Veränderungen in der Supraspinatussehne. Überdies gebe es keine Hinweise auf ein Knochenödem oder eine Schädigung der glenohumeralen Ligamente. Dies werde im Bericht nicht beschrieben. Die Subscapularissehne zeige zudem einige Inhomogenitäten, sei aber durchgehend. Gerade durch das Fehlen eines Bone Bruise und der Schädigung an den glenohumeralen Bändern könne eine wesentliche Schultertraumatisierung ausgeschlossen werden, die zu einer frischen Supraspinatussehnenruptur mit Begleitschädigungen der benachbarten Partien der Rotatorenmanschettensehne hätte führen können. Diese "Tests" hätten eine sehr hohe Sensitivität. Wenn sie negativ seien, könne die Traumafolge ausgeschlossen werden (AB M16 S. 6 unten). Muskelverfettungen träten nur auf,

wenn die Muskulatur wegen jahrelang erheblicher Rotatorenmanschetteninsuffizienz funktionslos geworden sei. Vorliegend sei die Lücke derart klein, dass die Muskulatur stets funktionstüchtig geblieben sei (S. 8 ad A41 Ziff. 5). Die sich in den Akten befindenden Stellungnahmen lieferten keine nachvollziehbaren Argumente, um von den Einschätzungen der Dres. med. D._____ (vgl. AB M10) und E._____ (vgl. AB M13) abzuweichen und basierten stark auf der "post hoc, ergo propter hoc-Bias" (AB M16 S. 9). So gehe Prof. Dr. med. I._____ nicht auf eine systematische Würdigung der einzelnen Faktoren ein, sondern beschränke sich auf die Aussage, der am Tuberculum majus erkennbare Enthesophyt sei altersentsprechend normal. Wenn dem so wäre, müssten alle Personen im Alter von 51 Jahren einen solchen aufweisen, was sicher weit gefehlt sei. Es handle sich um die klassische Prädilektionsstelle für die Erstmanifestation von Abnützungerscheinungen der Rotatorenmanschettensehnen an der Schulter (S. 7 ad M14). Ergänzend führte Dr. med. J._____ aus, es liege die Diagnose einer Schädigung der Rotatorenmanschette und des AC-Gelenkes rechts vor. Erstere könne formal einer Listendiagnose zugeordnet werden, verdiene die Bezeichnung einer Listenverletzung jedoch nicht, da die Kriterien eines akuten Risses nicht erfüllt seien. Bildlich gesprochen wäre der Begriff eines "Mottenfrasses" zutreffender (S. 8 ad A41 Ziff. 1).

3.3 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

3.3.3 Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. September 2021 (AB A46) massgeblich auf die Aktenbeurteilungen ihrer beratenden Ärzte Dres. med. D. _____ (AB M10) und E. _____ (AB M13). Diese erfüllen in Bezug auf die strittigen Punkte die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen (vgl. E. 3.3.1 ff.) und erbringen vollen Beweis. Dass die beratenden Ärzte keine klinische Exploration des Beschwerdeführers durchführten, ist nicht zu beanstanden, konnten sie sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Zudem kann rechtsprechungsgemäss insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktenberichtes erörtert werden (Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C_383/2011, E. 4.2).

Sowohl Dr. med. D. _____ als auch Dr. med. E. _____ setzten sich in ihren Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinander und stützten ihre Schlussfolgerungen insbesondere auch auf die bildgebende Untersuchung vom 21. September 2020 (AB M3). Die daraus gezogenen Folgerungen und die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einlässlich und überzeugend begründet. Demnach kann auf die Aktenberichte der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin abgestellt werden.

3.4.1 Dr. med. D. _____ legte dar, das MRI vom 21. September 2020 (AB M3) zeige keine strukturellen Läsionen, welche auf das Ereignis vom 3. September 2020 zurückzuführen seien. Vielmehr seien degenerative Veränderungen ersichtlich (AB M10 S. 3). Dr. med. E. _____ ergänzte, mit Sicherheit liege vorbestehend eine deutliche AC-Gelenksarthrose mit ossären Anlagerungen sowie ein Akromion Typ I-II gemäss Bigliani mit zusätzlich deutlichem Downslope vor. Es handle sich somit um eine typische chronische subakromiale Engpasssituation, die geeignet sei, abnüt-

zungsbedingte Veränderungen im Ansatzbereich der Rotatorenmanschette zu verursachen. Im MRI zeige sich eine gelenksseitige Partialruptur der Supraspinatussehne und der vorderen Anteile der Infraspinatussehne mit minimalem transmuralen Einriss entsprechend einer PASTA-Läsion, die per Definition einem degenerativen Abnutzungsprozess entspreche. Überdies lasse sich im zweieinhalb Wochen nach dem Ereignis durchgeführten MRI auch keine Hämatombildung oder lokale Ödembildung objektivieren, welche bei traumatischer Genese zu erwarten wären (AB M13 S. 1 Ziff. 1). Weiter weisen beide Chirurgen darauf hin, dass nicht nur die Befunde, sondern auch der geschilderte Geschehenshergang gegen eine traumatische Verletzung spreche. Dieser sei nicht geeignet, eine Veränderung mit Partialrupturen im Bereich der Rotatorenmanschette oder der Bizepssehne zu verursachen (AB M10 S. 3 Ziff. 1, M13 S. 2 Ziff. 6). Zudem erklärt Dr. med. E. _____, chronische krankhafte oder abnutzungsbedingte Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette nähmen ab dem 40. Altersjahr zu bis zu partiellen oder kompletten Rupturen und verliefen meist asymptomatisch, da sich der Körper und der Bewegungsablauf des Schultergelenkes ständig an die veränderten Verhältnisse anpassten. Bei einer ungewöhnlichen Belastung, Bewegung oder einer äusseren Kraffteinwirkung könne der bis anhin asymptomatische Zustand temporär aktiviert und damit symptomatisch werden (AB M13 S. 1 f. Ziff. 2). Dadurch wird nachvollziehbar (vgl. auch AB M17 S. 2 Ziff. 6) begründet, weshalb die kurz nach dem Ereignis vom 3. September 2020 aufgetretenen Beschwerden (vgl. AB M8) nicht überwiegend wahrscheinlich für einen Kausalzusammenhang zwischen dem genannten Ereignis und der strukturellen Verletzung an der rechten Schulter sprechen. In diesem Zusammenhang hat das Bundesgericht festgehalten, der Umstand, dass ein allfälliger stummer, unfallfremder Vorzustand erst nach einem Unfallereignis symptomatisch wird, lasse nicht auf einen unfallbedingten, anspruchsbegründenden Kausalzusammenhang schliessen (Entscheidung des BGer vom 29. Mai 2020, 8C_241/2020, E. 6.1; die Beweiswürdigung "post hoc, ergo propter hoc" vermag für die Unfallkausalität nicht zu genügen [BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2016 UV Nr. 24 S. 78 E. 7.2]). Dass die strukturellen Verletzungen in der rechten Schulter überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 3. September 2020 zurückzuführen sind, wird überdies durch einen weiteren beratenden Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med.

J._____, bestätigt. In seiner – nach dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. September 2021 (AB A46) datierenden – Beurteilung vom 9. November 2021 (AB M16) geht dieser eingehend auf die einzelnen versicherungsmedizinisch relevanten Kriterien ein (S. 5 ff.). Insbesondere legte er dar, durch das Fehlen einer Bone Bruise und der Schädigung an den glenohumeralen Bändern könne eine wesentliche Schultertraumatisierung ausgeschlossen werden, die zu einer frischen Supraspinatusruptur mit Begleitschädigungen der benachbarten R-Sehnen hätte führen können. Diese "Tests" hätten eine sehr hohe Sensitivität. Wenn sie negativ seien, könne die Traumafolge ausgeschlossen werden (S. 6 unten). Unter Berücksichtigung aller Akten und nach einer strukturierten Prüfung anhand wissenschaftlich anerkannter Kriterien (inkl. Beilage von Literatur bezüglich versicherungsmedizinische Erkenntnisse beim Rotatorenmanschetten-schaden [AB M17] und Schultertrauma-Check [AB M18]) kam Dr. med. J._____ nachvollziehbar zum Schluss, alle Indizien sprächen für eine Vorschädigung der Rotatorenmanschette an der rechten Schulter. Es gebe sowohl im Schadensmechanismus als auch im Schadensbild kein stichhaltiges Argument, das für eine traumatisch entstandene Rotatorenmanschettenruptur spreche (S. 7).

Insgesamt zeigten die beratenden Ärzte auf, dass insbesondere die Befunde für eine degenerative Ursache der strukturellen Verletzung sprechen und keine der geschilderten Varianten betreffend den Schadensmechanismus geeignet ist, eine Rotatorenmanschettenruptur zu verursachen. Dadurch gelangten sie nachvollziehbar und überzeugend zum Schluss, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die degenerativen Veränderungen für das Beschwerdebild ursächlich gewesen sind und die Symptomatik lediglich vorübergehend, d.h. über einen beschränkten Zeitraum, in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 3. September 2020 stand (AB M10 S. 3 Ziff. 1, M13 S. 1 Ziff. 1), wobei der Status quo sine drei Monate nach dem Ereignis respektive am 31. Dezember 2020 erreicht gewesen ist (AB M10 S. 3 Ziff. 2, M13 S. 2 Ziff. 3).

3.4.2 Daran vermögen die Berichte von Prof. Dr. med. I._____ vom 9. und vom 26. Juli 2021 (AB M14 f.) nichts zu ändern. Insbesondere setzte sich dieser weder mit der dokumentierten Gelenksarthrose (AB M3) und

den konträren differenzierten Beurteilungen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin (AB M10, M13) noch mit der Frage auseinander, ob der Geschehenshergang überhaupt geeignet ist, die vorliegende strukturelle Verletzung in der rechten Schulter zu verursachen. Dies wird denn auch durch Dr. med. J. _____ im Bericht vom 9. November 2021 (AB M16) bemängelt. Dieser legte im Übrigen dar, Prof. Dr. med. I. _____ beschränke sich auf die Aussage, der am Tuberculum majus erkennbare Entthesophyt sei altersentsprechend normal. Wenn dem so wäre müssten alle Personen im Alter von 51 Jahren einen solchen aufweisen, was sicherlich weit gefehlt sei. Es handle sich um die klassische Prädilektionsstelle für die Erstmanifestation von Abnützungserscheinungen der Rotatorenmanschettensehne an der Schulter (S. 7 ad M14). Insgesamt nenne Prof. Dr. med. I. _____ keine nachvollziehbaren Argumente, die es rechtfertigen würden, von der Einschätzung der Dres. med. D. _____ und E. _____ abzuweichen (S. 9). Zu erwähnen bleibt, dass der Umstand allein, dass der behandelnde Facharzt eine abweichende Meinung äussert, nicht Anlass zu weiteren Abklärungen geben vermag; anders würde es sich verhalten, wenn er konkrete, objektiv fassbare Aspekte benennen würde, welche den beratenden Ärzten entgangen wären oder mit denen sie sich nicht befasst hätten, was vorliegend allerdings nicht der Fall ist.

3.4.3 Soweit der Beschwerdeführer im Übrigen auf den durch seine Rechtsvertretung veranlassten Bericht unbekannter Autorenschaft vom 24. August 2021 (AB M12) verweist (Beschwerde S. 5 Ziff. IV/1), ist darauf hinzuweisen, dass diesem bereits deshalb – wenn überhaupt – stark reduzierter Beweiswert zukommt, da sich die Autorenschaft nicht überprüfen lässt und unklar bleibt, weshalb sich eine Ärztin zu einem durch sie verfassten Bericht nicht bekennen will, es sei denn, sie sei von dessen Inhalt selbst nicht überzeugt. Selbst wenn der Bericht – wie von der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers geltend gemacht (AB A43) – von einer Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin verfasst worden sein sollte, vermag dieser die spezialärztliche Beurteilung der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin nicht in Zweifel zu ziehen, denn einer Internistin fehlt es an der hier gefragten fachlichen Qualifikation.

Ergänzend bleibt darauf hinzuweisen, dass die (anonyme) Kritik, die Dres. med. D._____ und E._____ seien von einem falschen Unfallmechanismus ausgegangen (AB M12 S. 5), nicht gehört werden kann. Dr. med. J._____ legte in seiner Stellungnahme vom 9. November 2021 (AB M16) schlüssig dar, das Ereignis – selbst wenn es sich so wie im Bericht der unbekanntenen Autorenschaft vom 24. August 2021 geschildert zugetragen haben sollte (AB M12 S. 4 f.; vgl. jedoch die unterschiedlichen Beschreibungen des Schadensmechanismus: AB A1 S. 2, M1 S. 1, M4 S. 1 Ziff. 1, M8; Beschwerde S. 2 unten Ziff. III) – sei nicht geeignet, die vorliegende strukturelle Verletzung im Bereich der Rotatorenmanschette zu verursachen. Sollte der Arm tatsächlich gestreckt unter Zugbelastung gekommen sein, würde dies implizieren, dass die ... Person den Beschwerdeführer am Unterarm gefasst hätte. In dieser Position könne es unmöglich zu einer massiven Aussenrotationsbelastung auf die Schulter kommen, da die Aussenrotation durch eine Supination des Unterarmes "vorgetäuscht" werde. Eine Aussenrotationsbelastung der rechten Schulter in Elevation oder Abduktion sei aufgrund der Beschreibungen nicht nachvollziehbar bzw. undenkbar. Wäre tatsächlich auf die Schulter eine exzentrische überfallmässige, ruckartige Belastung nach aussen passiert, hätte die Subscapularissehne reissen müssen, jedoch nicht die Supraspinatus- und die Infraspinatussehne (AB M16 S. 5 f.). Demnach würde am vorliegenden Ergebnis selbst dann nichts ändern, wenn die Dres. med. D._____ und E._____ von einem falschen Unfallmechanismus ausgingen, weshalb sich Weiterungen zu dieser Frage erübrigen. Weiter erläuterte Dr. med. J._____, das von der unbekanntenen Autorenschaft geschilderte Knacken (AB M12 S. 4) sei nicht spezifisch für einen Sehnenriss. Vielmehr sei ein solcher assoziiert mit einem Knall und Rissgefühl (AB M16 S. 6 oben). Überdies setzte sich Dr. med. J._____ auch mit dem Argument auseinander, wonach der Mangel an Hinweisen für eine Sehnenretraktion oder Muskelveränderungen, wie Atrophien oder fettige Degeneration, ein klares Indiz dafür sei, dass die Ruptur der kranialen Hälfte des Subscapularis sowie der Supra- und Infraspinatussehne erst kürzlich stattgefunden haben sollte und nicht vor Monaten oder Jahren aufgrund degenerativer Veränderungen entstanden sei (AB M12 S. 5 unten). Er legte überzeugend dar, dass Muskelverfettungen nur aufträten, wenn jahrelang wegen erheblicher Rotatorenmanschetteninsuffizienz die Muskulatur funktionslos geworden

sei. Vorliegend sei die Lücke jedoch derart klein, dass die Muskulatur stets funktionstüchtig geblieben sei (AB M16 S. 8 ad A41 Ziff. 5).

3.4.4 Zusammenfassend können keine auch nur geringen Zweifel an den Beurteilungen der beratenden Ärzte ausgemacht werden (vgl. E. 3.3.2 hier-
vor), sodass auf weitere Abklärungen, namentlich die eventualiter bean-
tragte Begutachtung (Beschwerde S. 8 Ziff. IV/3), verzichtet werden kann
(antizipierte Beweiswürdigung: BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90
E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4). Nur
nebenbei sei erwähnt, dass sich der Zustand von vor der Operation von
Ende März 2021 durch eine Untersuchung auch gar nicht mehr weiter er-
mitteln liesse. Gestützt auf die überzeugenden Ausführungen der beraten-
den Ärzte ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass das
Ereignis vom 3. September 2020 zu keinen feststellbaren, traumatisch be-
dingten strukturellen Verletzungen in der rechten Schulter in Form einer
partiellen gelenksseitigen Partialruptur der Supraspinatussehne und der
vorderen Anteile der Infraspinatussehne (AB M13 S. 1 Ziff. 1) führte. Viel-
mehr aktivierte das Ereignis vom 3. September 2020 den zuvor asympto-
matischen Zustand temporär. Die vorübergehende Beeinträchtigung war
spätestens per 31. Dezember 2020 ohne objektivierbare Residuen abge-
heilt, so dass der Status quo sine am 31. Dezember 2020 erreicht war (AB
M10 S. 2 Ziff. 2), womit das Ereignis vom 3. September 2020 mit überwie-
gender Wahrscheinlichkeit nicht die natürlich kausale Ursache der über
Dezember 2020 hinaus bestehenden Beschwerden an der rechten Schulter
ist. Folglich ist selbst unter der Prämisse, dass das Ereignis vom 3. Sep-
tember 2020 die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbe-
griffs gemäss Legaldefinition erfüllte (vgl. E. 2.1 hiervor), unter dem Titel
eines Unfalls (Art. 6 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG) nicht zu beanstanden,
dass die Beschwerdegegnerin den Fall per 31. Dezember 2020 abschloss.
Deshalb und da vorliegend nicht Streitgegenstand (vgl. E. 1.2 hiervor) ist,
ob die Leistungserbringung bis 31. Dezember 2020 zu Recht erfolgte, erüb-
rigen sich Weiterungen zur Frage des Vorliegens einer unfallversicherungs-
rechtlichen Programmwidrigkeit des Ereignisses vom 3. September 2020
(AB A46 S. 7 E. 2.3.7; Beschwerde S. 7 Ziff. IV/2).

3.5 Durch die Verneinung des natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 3. September 2020 und den über Dezember 2020 hinaus bestehenden Beschwerden an der rechten Schulter (vgl. E. 3.4.4 hiervor) ist gleichsam der Nachweis dafür erbracht, dass eine allfällige Listenverletzung (vgl. Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG: Sehnenriss; vgl. AB M13 S. 2 Ziff. 4; vgl. aber auch AB M16 S. 8 ad A41 Ziff. 1) vorwiegend auf Abnutzung respektive Erkrankung zurückzuführen ist. Ein anderweitiges initiales Ereignis nach jenem vom 3. September 2020 wird vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht und ist aus den Akten auch nicht ersichtlich. Demnach fällt eine über den 31. Dezember 2020 hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin bei fehlendem natürlichem Kausalzusammenhang auch unter dem Titel der unfallähnlichen Körperschädigung ausser Betracht (vgl. BGE 146 V 51 E. 51 E. 9.2 S. 71).

Diesbezüglich anzufügen bleibt, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht anerkannte und initial Heilbehandlung gewährte. Soweit kein Unfall im Rechtssinne vorläge bestand ab initio keine Leistungspflicht, da eine allfällige Listenverletzung nach dem Gesagten vorwiegend auf Abnutzung respektive Erkrankung zurückzuführen ist. Eine Leistungseinstellung ist in einer solchen Konstellation (vorbehältlich eines hier nicht ersichtlichen Rückkommenstitels [Art. 53 Abs. 1 und Abs. 2 ATSG]) ex nunc et pro futuro zulässig mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384). Da die Beschwerdegegnerin auf eine Rückforderung der über den 31. Dezember 2020 hinaus erbrachten Leistungen verzichtete (AB A29/2 Ziff. 2), durfte die Leistungsterminierung auch rückwirkend erfolgen (in BGE 146 V 51 nicht publizierte E. 3 des Entscheids des BGer vom 24. September 2019, 8C_22/2019, veröffentlicht in SVR 2020 UV Nr. 8 S. 24).

4.

Nach dem Dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 7. September 2021 (AB A46) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. ^fbis ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin C. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - AXA Versicherungen AG, Generaldirektion
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.