

200 24 114 UV
KNB/SCC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Oktober 2024

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Schwegler, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Schertenleib Gamero

A. _____

Beschwerdeführer

gegen

Suva

Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 4. Januar 2024



Sachverhalt:

A.

Der 1980 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) ist seit dem 1. Oktober 2012 für die B._____ AG als ... tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) für die Folgen von Unfällen versichert (Akten der Suva [act. II] 1). In der Bagatell-Unfallmeldung vom 13. Oktober 2022 wurde ausgeführt, der Versicherte sei am TT. September 2022 beim Joggen nach vorne gestürzt und habe sich mit den Armen aufgefangen. Als Verletzung wurde eine Prellung an Schulter/Oberarm rechts angegeben (act. II 1). Die Suva erbrachte in der Folge die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Gestützt auf die eingereichten medizinischen Berichte (act. II 2 ff., 8, 15 f.) erstellte der Suva-Versicherungsmediziner eine ärztliche Beurteilung vom 28. März 2023 (act. II 22). Mit gleichentags erlassener Verfügung stellte die Suva die Leistungen (Taggeld, Heilungskosten) per 19. Januar 2023 ein mit der Begründung, gemäss medizinischer Beurteilung sei der Zustand, wie er sich auch ohne den Unfall vom TT. September 2022 eingestellt hätte, spätestens nach drei Monaten erreicht gewesen. Die Beschwerden an der rechten Schulter seien nicht mehr unfallbedingt (act. II 25). Die hiergegen erhobene Einsprache (act. II 33) wies die Suva mit Entscheid vom 4. Januar 2024 ab (act. II 41).

B.

Mit Schreiben vom 31. Januar 2024 (Postaufgabe: 2. Februar 2024) erhob der Versicherte beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern Beschwerde. Er beantragt sinngemäss, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und es seien die ihm zustehenden Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung über den 19. Januar 2023 hinaus zu erbringen.

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2024 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

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 grundsätzlich einzutreten (vgl. allerdings E. 1.2 nachfolgend).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 4. Januar 2024 (act. II 41). Dieser ist an die Stelle der Verfügung vom 28. März 2023 getreten (sog. Devolutiveffekt der Einsprache). Soweit der Beschwerdeführer auch die Aufhebung der ursprünglichen Verfügung beantragt, ist daher auf die Beschwerde nicht einzutreten.

Streitig ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungspflicht für die Oberarm- und Schulterbeschwerden rechts nach dem 19. Januar 2023 zu Recht verneint hat.

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 über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 [UVG; SR 832.20]).

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; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. Juli 2022, 8C_596/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 3).

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).

2.2.2 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 blosse 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).

2.2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaf-

ten 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).

Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so liegt eine richtunggebende Verschlimmerung vor (SVR 2019 IV Nr. 9 S. 27 E. 3.2; Entscheid des BGer vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1).

2.3 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 blosser 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; vgl. auch E. 2.4 nachfolgend).

2.4 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 163 E. 3.3).

3.

3.1 Es ist unter den Parteien unbestritten, dass am TT. September 2022 ein Unfallereignis stattgefunden hat (der Beschwerdeführer stürzte beim Joggen im Urlaub in ..., dabei habe er den Sturz mit beiden Armen aufgefangen. Die erlittenen Schürfungen und Prellungen am Arm und an den Beinen seien schnell geheilt, aber es sei ein andauernder Schmerz im rechten Oberarm- und Schulterbereich verblieben [act. II 1]). Gestützt auf die ärztliche Beurteilung der Suva-Versicherungsmedizin vom 28. März 2023 geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der (weiterhin) geltend gemachte Schmerz an der rechten Schulter drei Monate nach dem Ereignis nicht (mehr) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom TT. September 2022 zurückzuführen sei (act. II 22). Der Beschwerdeführer hingegen bringt vor, die Ruptur der Sehnen mit den damit einhergehenden Schmerzen seien unfallbedingt und infolgedessen sei eine entsprechende Behandlung notwendig geworden (Beschwerde S. 2).

3.2 Den Akten ist aus medizinischer Sicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.2.1 Dr. med. C. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 13. März 2023 betreffend die Erstbehandlung vom 7. Oktober 2022: Am TT. September 2022 sei der Beschwerdeführer beim Joggen gestrauchelt und nach vorn gestürzt, mit nach oben ausgestrecktem Arm habe er den Sturz aufgefangen. Er habe Schürfungen/Prellungen am Knie und Armen (Ellbogen) beidseits und gleichentags Schulterschmerzen gehabt. Am nächsten Tag habe er stärkere Schmerzen gehabt. Seither schmerze das Heben von Lasten auch von wenigen kg, sowie das Armheben und Armkreisen. Der Beschwerdeführer arbeite als ..., bei der ...arbeit sei er nicht eingeschränkt. Die Arbeit ..., teilweise mit ..., könne er zurzeit nicht verrichten. Dies führe jedoch nicht zu einer Reduktion der Arbeitszeit und der Leistung im Bei einem früheren Unfall vom TT. April 2016 habe er ein posttraumatisches Impingementsyndrom erlitten. Zwischenzeitlich (d.h. nach dem Ausheilen des Impingementsyndroms) habe er seiner Arbeit mit Seilsicherung ohne Probleme nachgehen können. Als (von ihm festgestellter) objektiver Befund anlässlich der Behandlung vom 7. Oktober 2022 hielt der Arzt fest: Als *morphologisches «Schadensbild»* bestehe ein

guter Allgemeinzustand, Schürzen- und Nackengriff seien problemlos möglich. Die aktive Aussenrotation in der rechten Schulter sei minimal eingeschränkt gegenüber links, die passive Aussen- und Innenrotation sei uneingeschränkt, in Endstellung rechts etwas schmerzhaft. Die Aussenrotation gegen Widerstand in der rechten Schulter sei etwas schmerzhaft. Das «Palm up» rechts sei etwas schmerzhaft, «Jobe» rechts sei stark schmerzhaft. Es bestünden keine Hinweise auf eine Subscapularisläsion. Als *funktionelles Schadensbild* seien der Supraspinatusmuskel und die lange Bizepssehne rechts leicht druckdolent. Motorik, Kraft und Sensibilität in beiden Armen und Händen seien intakt. BSR (Bizepssehnenreflex) und TSR (Trizepssehnenreflex) seien symmetrisch lebhaft. Die Beweglichkeit der HWS (Halswirbelsäule) sei völlig intakt und schmerzlos überprüfbar. Er veranlasste ein Röntgen vom 17. November 2022 (act. II 3) und überwies den Versicherten an Dr. med. D. _____ (act. II 15).

3.2.2 Im Befundbericht vom 17. November 2022 hielt Dr. med. E. _____, Facharzt für Radiologie, nach vorgenommenem Röntgen (Schulter rechts in drei Ebenen) folgendes fest: Es finde sich ein Akromion Typ I nach Bigliani aber kein Os akromiale bei geringer kortikaler Irregularität der Gelenkfläche im AC-Gelenk, das ansonsten unauffällig sei. Es bestehe ein normaler korakoklavikulärer sowie ein normaler akromioklavikulärer Abstand bei unauffälliger ossärer Struktur. Sodann finde sich ein normal weiter Subakromialraum wobei kein laterales downsloping des Akromions vorliege, ebensowenig eine Tendinopathia Calcarea. Bei einem CSA von 39 Grad bestünden unauffällige Stellungsverhältnisse und fänden sich unauffällige umgebende Weichteile. Ausgehend von diesem Befund bestünden keine Anhaltspunkte für eine stattgehabte Fraktur. Ebenso bestünden keine Anhaltspunkte für eine stattgehabte Traumatisierung des AC-Gelenks. Es finde sich eine prominente akromiale Überdachung des Schultergelenks wobei eine potentiell subakromiale Impingement-Konstellation möglich sei (act. II 3).

3.2.3 Am 25. November 2022 berichtete Dr. med. D. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, - auch in Kenntnis des am 17. November 2022 erfolgten Röntgens - klinisch liege ein Impingement vor, zusätzlich suggeriere die Kraftminderung

in den Subscapularis-Tests jedoch eine Rotatorenmanschettenruptur. Vor Initiierung einer Impingement-Therapie mit subakromialer Infiltration und weiterer Physiotherapie seien die Befunde zu verifizieren mit einer MR-Arthrographie (act. II 2).

3.2.4 Im Befundbericht vom 29. November 2022 führte med. pract. F._____, Facharzt für Radiologie, aus, es liege eine transmurale Ruptur der Supraspinatussehne am Ansatz im vorderen Drittel, ins mittlere Drittel ausstrahlend entlang der gelenkseitigen Sehnenoberfläche, vor. Es bestehe keine relevante Sehnenretraktion. Es liege eine geringgradige gelenkseitige Partialruptur der Infraspinatussehne und eine Intervallläsion vor, das Bicepspulley lasse sich nicht regulär abgrenzen. Es bestünden eine aktivierte AC-Gelenksarthrose und eine subakromiale Impingement-Konstellation. Es sei kein Hinweis auf eine stattgehabte glenohumerale Luxation und keine Fraktur ersichtlich (act. II 8).

3.2.5 Im Bericht vom 2. Dezember 2022 diagnostizierte Dr. med. D._____ das Folgende:

- Ruptur der Supraspinatussehne sowie Tenopathie der langen Bizepssehne rechts (dominant) bei Joggingsturz am TT.09.2022 m/b:
- MR-Arthrographie Schulter rechts 29.11.2022: Transmurale Ruptur der Supraspinatussehne am Ansatz im vorderen Drittel, ins mittlere Drittel ausstrahlend entlang der gelenksseitigen Sehnenoberfläche. Keine relevante Sehnenretraktion. Geringgradige gelenkseitige Partialruptur der Infraspinatussehne. Intervallläsion, das Bicepspulley lässt sich nicht regulär abgrenzen. Aktivierte AC-Gelenksarthrose. Subakromiale Impingement-Konstellation.
 - St. n. Motorradunfall mit Traumatisierung der rechten Schulter ca. 2002

Gestützt auf die MRI-Resultate hielt Dr. med. D._____ fest, eine Subscapularisläsion habe glücklicherweise ausgeschlossen werden können, jedoch habe sich eine transmurale Supraspinatusruptur gezeigt. Bei diesem jungen und beruflich regelmässig im ... tätigen Patienten, unter anderem an ... im ..., sei trotz guter Kraft eine Naht des Supraspinatus indiziert, um einer weiteren Degeneration und Muskelatrophie entgegenzuwirken. Je nach intraoperativem Eindruck solle zusätzlich eine Tenotomie und Tenodese der langen Bizepssehne durchgeführt werden. Von Arbeiten am ... sei während gut vier Monaten postoperativ Abstand zu nehmen (act. II 4).

3.2.6 Dr. med. G. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Suva Versicherungsmedizin, hielt in der ärztlichen Beurteilung vom 28. März 2023 fest, die Funktion der rechten Schulter sei nach dem Ereignis vom TT. September 2022 nicht namhaft eingeschränkt gewesen. Es hätten sich eher Impingementzeichen gezeigt (Engpassyndrom subacromial). Die Kraft sei offensichtlich auch weitgehend erhalten gewesen. Der Beschwerdeführer habe Belastungsschmerzen. Die weitgehend aufrechterhaltene Funktion der Schulter lasse sich durch die unvollständige Zusammenhangstrennung der Supraspinatussehne erklären. Die hinteren Anteile sowie die Infraspinatussehne seien noch weitgehend erhalten gewesen. Dadurch sei es auch nicht zu einer Retraktion und fettigen Atrophie des Supraspinatusmuskels gekommen. Allerdings zeige der rupturierte Anteil der Supraspinatussehne kein Kinking und es finde sich auch kein Ödem im Sehnenstumpf, welche Hinweis auf eine frische Traumatisierung der Sehne wären. Offenbar sei es zumindest 2016 schon einmal zu einer nennenswerten Traumatisierung der rechten Schulter mit anschliessender Impingementsymptomatik gekommen. Inwieweit hier bereits eine Schädigung der Rotatorenmanschette vorgelegen habe, könne «nicht nachvollzogen» werden, da eine Bildgebung nicht aktenkundig sei. Das Impingement sei allerdings ein Hinweis auf eine subacromiale Enge, die dauerhaft zu einer Schädigung der Rotatorenmanschette, hier insbesondere der Supraspinatussehne, führen könne. Die eigene Durchsicht der MRI-Aufnahmen vom 29. November 2022 ergebe Hinweise auf eine chronische Schädigung der Rotatorenmanschette mit Zusammenhangstrennung des vorderen Anteils der Supraspinatussehne sowie Unterflächläsionen (PASTA-Läsionen) der hinteren Supraspinatus- und der Infraspinatussehne. Es finde sich kein Anhaltspunkt für eine frische Zusammenhangstrennung, im Gegenteil sei auch eine Zyste am Ansatzbereich der Musculus Supraspinatussehne im Tuberculum majus eher als Hinweis auf eine chronische Veränderung zu werten. Hinweise auf eine richtunggebende Verschlimmerung eines Vorschadens hätten sich ebenfalls nicht ergeben.

Zusammengefasst sei davon auszugehen, dass eine chronische Schädigung der Rotatorenmanschette an der rechten Schulter des Beschwerdeführers durch das Ereignis zutage getreten sei; frische richtunggebende

strukturelle Unfallfolgen allerdings seien auszuschliessen. Eine akute Ruptur der Rotatorenmanschette führe zu starken stechenden Schmerzen, die das Individuum veranlasse, zeitnah, also innerhalb weniger Tage, ärztliche Hilfe aufzusuchen, um die Ursache abklären zu lassen. Im vorliegenden Fall habe sich der Beschwerdeführer mit anhaltenden Schmerzen aber erst ca. vier Wochen nach dem Ereignis gemeldet. Der geltend gemachte Schaden an der rechten Schulter sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom TT. September 2022 zurückzuführen. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Folgen des Ereignisses vom TT. September 2022, nämlich eine Distorsion der Schulter, innerhalb von drei Monaten ausgeheilt gewesen sei (act. II 22).

3.2.7 Am 29. März 2023 erfolgte eine SAS, Bursektomie, Tenotomie und Tenodose der LBS, Naht der SSP- und cranialen ISP-Sehne rechts (act. II 37 f.). Im Bericht vom 3. Juli 2023 hielt Dr. med. D. _____ fest, drei Monate nach dem Eingriff zeige sich ein sehr schönes Resultat mit guter Beweglichkeit. Es gelte nun zu einem leichten Kraftaufbau überzugehen (act. II 38).

3.3

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 2022 UV

Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

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. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.4 Die Aktenbeurteilung des Suva-Versicherungsmediziners Dr. med. G. _____ vom 28. März 2023 (act. II 22) erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte (vgl. E. 3.3.2 hiervor) und erbringt vollen Beweis. Nicht zu beanstanden ist, dass Dr. med. G. _____ keine klinische Exploration durchführte, konnte er sich doch aufgrund der Berichte des behandelnden Dr. med. D. _____ (act. II 2, 4) und des Hausarztes Dr. med. C. _____ (act. II 15) über den feststehenden medizinischen Sachverhalt ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. E. 3.3.3 hiervor). Die Feststellung, dass die Erstkonsultation beim Hausarzt Dr. med. C. _____ erst vier Wochen nach dem Ereignis stattgefunden habe und die Funktion der Schulter nach dem Ereignis nicht namhaft eingeschränkt gewesen sei (act. II 22), wird durch die Angaben des Hausarztes bestätigt. Dieser hatte beim objektiven Befund festgestellt, die aktive Aussenrotation in der rechten Schulter sei minimal eingeschränkt gegenüber links und die passive Aussen- und Innenrotation uneingeschränkt gewesen; in Endstellung sei sie rechts etwas schmerzhaft und auch die Aussenrotation gegen Widerstand in der rechten Schulter sowie das «Palm up» seien etwas schmerzhaft und das «Jobe» rechts sei stark schmerzhaft gewesen (act. II 15). Überzeugend hält Dr. med. G. _____ fest, eine akute Ruptur der Rotatorenmanschette hätte zu starken Schmer-

zen geführt, so dass der Beschwerdeführer innerhalb weniger Tage und nicht erst nach vier Wochen ärztliche Hilfe gesucht hätte. Die Beurteilung von Dr. med. G. _____, welcher aus der vier Wochen nach dem Ereignis noch weitgehend aufrechterhaltenen Funktion der Schulter schliesst, dass die Infraspinatussehne noch weitgehend erhalten gewesen sei, weshalb es nicht zu einer Retraktion und fettigen Atrophie des Supraspinatusmuskels gekommen und auch kein Ödem im Sehnenstumpf vorhanden gewesen seien, leuchtet ein. Weiter setzte er sich insbesondere mit der Bildgebung (MRI) vom 29. November 2022 (act. II 8) auseinander und hielt fest, es seien keine Hinweise auf eine frische Traumatisierung der Sehne vorhanden gewesen. Vielmehr ging er davon aus, dass eine Zyste am Ansatzbereich der Musculus Supraspinatussehne im Tuberculum majus eher ein Hinweis auf eine chronische Veränderung sei (act. II 22). Frische richtunggebende strukturelle Unfallfolgen seien auszuschliessen. Seine Beurteilung, dass es beim Unfall zu keinen strukturellen Läsionen gekommen, sondern rein unfallrelevant lediglich eine vorübergehende Beschwerdesymptomatik an der rechten Schulter eingetreten sei und nach drei Monaten derjenige Zustand vorgelegen habe, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf des krankhaften Vorzustandes auch ohne das Ereignis vom TT. September 2022 früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), überzeugt. Andere medizinische Einschätzungen, die den schlüssigen ärztlichen Bericht des Dr. med. G. _____ in Zweifel zu ziehen vermöchten, finden sich nicht. Dem Operationsbericht und den Verlaufsberichten nach dem operativen Eingriff ist ebenfalls nichts Gegenteiliges zu entnehmen (act. II 37 f. 43).

Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss geltend macht, dass die Ruptur der Sehnen mit den damit einhergehenden Schmerzen klar unfallbedingt seien (Beschwerde S. 2), kann ihm mit Blick auf die Beurteilung des Dr. med. G. _____ nicht gefolgt werden. Allein der Umstand, dass nach dem Ereignis ein operativer Eingriff erfolgte, spricht nicht für einen überwiegend wahrscheinlich kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom TT. September 2022.

Nach dem Dargelegten können keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung des Suva-Versicherungsmediziners Dr. med. G. _____ ausgemacht werden. Der Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt.

3.5 Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 4. Januar 2024 (act. II 41) nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

4.

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

4.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - Suva
 - 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.