

VBE.2025.228 / mg / hf

Art. 12

Urteil vom 23. Januar 2026

Besetzung

Oberrichterin Fischer, Vizepräsidentin
Oberrichterin Hausherr
Oberrichter Kathriner
Gerichtsschreiber Güntert

Beschwerde-
führer

A._____
vertreten durch Dr. iur. Peter F. Siegen, Rechtsanwalt,
Stadtturmstrasse 10, Postfach, 5401 Baden

Beschwerde-
gegnerin

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG
(Einspracheentscheid vom 11. April 2025)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 1966 geborene Beschwerdeführer ist seit dem 1. Oktober 1989 bei der B._____ AG als Geschäftsführer angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen die Folgen von Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten versichert. Am 9. März 2024 stürzte er beim Skifahren und verletzte sich dabei an der rechten Schulter. Die Beschwerdegegnerin richtete betreffend diesen Unfall die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung) aus. In der Folge traf sie medizinische Abklärungen und nahm in deren Rahmen mehrfach Rücksprache mit ihrem versicherungsmedizinischen Dienst. Mit Verfügung vom 12. September 2024 schloss sie den Fall ab und stellte ihre Leistungen mangels natürlicher Kausalität des fraglichen Ereignisses für die (noch) geklagten Beschwerden per 24. Mai 2024 ein. Daran hielt sie nach neuerlicher Einholung einer versicherungsmedizinischen Beurteilung mit Einspracheentscheid vom 11. April 2025 fest.

2.

2.1.

Gegen diesen Entscheid erhob der Beschwerdeführer am 26. Mai 2025 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Anträge:

- " Es sei der Einspracheentscheid der Suva vom 11. April 2025 betreffend Leistungen nach UVG aufzuheben, und es seien dem Beschwerdeführer, eventuell nach Vornahme weiterer Abklärungen, zeitlich unbefristete Leistungen nach UVG zuzusprechen, insbesondere Pflegeleistungen und Kostenvergütungen (Heilungskosten usw.) sowie Taggelder, mindestens zu 100% vom 6. Juni 2024 bis zum 21. Juli 2024, zu 60% vom 22. Juli 2024 bis zum 6. September 2024, zu 50% vom 7. September 2024 bis zum 6. Dezember 2024 und zu 20% vom 7. Dezember 2024 bis zum 7. März 2025, sowie, ev. nach Vornahme weiterer Abklärungen, gegebenenfalls eine Integritätsentschädigung und Rente; eventuell, es sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Suva zurückzuweisen;

alles unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin;"

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 30. Juni 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit Eingabe vom 20. Juni 2025 reichte der Beschwerdeführer drei Arbeitsunfähigkeitszeugnisse zu den Akten und hielt sinngemäss an seinen Anträgen fest.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Einspracheentscheid vom 11. April 2025 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 75) gestützt auf die Beurteilungen ihres Versicherungsmediziners Dr. med. univ. C._____, Praktischer Arzt, vom 27. August 2024 (VB 37) und vom 8. Januar 2025 (VB 71) im Wesentlichen davon aus, dass zwischen den vom Beschwerdeführer noch über den 24. Mai 2024 hinaus geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 9. März 2024 kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr gegeben sei. Eine weitere Leistungspflicht ihrerseits über den 24. Mai 2024 hinaus, insbesondere für den am 6. Juni 2024 stattgehabten operativen Eingriff, bestehe nicht (vgl. auch Vernehmlassung S. 3). Der Beschwerdeführer macht demgegenüber zusammengefasst geltend, auf die Beurteilung von Dr. med. univ. C._____ könne nicht abgestellt werden. Vielmehr seien auch die über den 24. Mai 2024 hinaus persistierenden Beschwerden auf das Ereignis vom 9. März 2024 zurückzuführen. Die Beschwerdegegnerin sei daher auch über den 24. Mai 2024 hinaus leistungspflichtig.

Damit ist streitig und nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. März 2024 mit Einspracheentscheid vom 11. April 2025 zu Recht per 24. Mai 2024 eingestellt hat.

2.

2.1.

Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG werden die Versicherungsleistungen, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten gewährt. Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie nach Art. 18 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine Invalidenrente. Erleidet sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie laut Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung.

2.2.

2.1.1.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als einge-

treten 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 entfiere (BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406).

2.1.2.

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 Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_646/2019 vom 6. März 2020 E. 8).

2.1.3.

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlicher ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

3.

3.1.

Aus den medizinischen Akten ergibt sich im Wesentlichen Folgendes:

3.1.1.

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Überweisungsschreiben vom 8. April 2024 zur orthopädischen Beurteilung einer Sehnenverletzung an der rechten Schulter aus, der Beschwerdeführer habe sich bei ihm vor ein paar Tagen wegen persistierender Schmerzen nach einem Sturz beim Skifahren am 9. März 2024 gemeldet. Anfänglich sei die Beweglichkeit deutlich eingeschränkt, in der Folgezeit wieder normal gewesen, allerdings persistierten Schmerzen bei gewissen Bewegungen und auch nachts. Das Schultergelenk rechts sei frei beweglich. Es bestünden ein leichter Schmerz bei Abduktion ab 120°, ganz wenig bei Elevation ab 150°, wenig Schmerz im Nackengriff. Der Schürzengriff sei ohne Befund (VB 15 S. 1). Die am 3. April 2024 durchgeführte Sonographie habe eine Rotatorenmanschettenläsion gezeigt (vgl. VB 15 S. 2).

3.1.2.

Eine am 16. April 2024 durchgeführte Arthrographie des rechten Schultergelenks ergab einen Riss der Supraspinatussehne ventral vor dem Intervall mit Kontrastleakage in eine Bursa subacromialis/subdeltoidea. Die Ruptur reiche auf das Intervall und die ganz proximalen Fasern der Subscapularissehne. Die Bizepssehne bleibe im Sulcus zentriert, sei jedoch intraartikulär massiv signalgestört verdickt im Sinne einer Partialruptur, primär im Rahmen einer Pulley-Läsion. Ein Teil des Ligamentum transversum sei zumindest noch zu erkennen. Es seien degenerative Geröllzysten am Tuberculum majus, passend zu einem vorbestehenden Impingement, vorhanden. Zudem bestehe eine hypertrophe AC-Arthrose (VB 5 S. 3).

3.1.3.

Med. pract. E._____, Assistenzarzt, und Dr. med. F._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital B._____, hielten im ambulanten Bericht vom 14. Mai 2024 unter "Anamnese" Folgendes fest: "Erstvorstellung nach Überweisung vom Hausarzt bei fortbestehenden Schulterschmerzen seit März 2024. Der [Beschwerdeführer] berichtet von einem Skiunfall, wobei er die Kontrolle verloren hat und gestürzt ist. Initial hatte er nur leichte Schmerzen verspürt und die Schulter unverändert weiter belastet. Trotz leichter Einschränkungen vorallem bei Elevation des Armes hat er einige Wochen später an einem Tauchausflug teilgenommen und bemerkt, dass die Schulter bei Elevation, Abduktion und Retroversion deutlich eingeschränkt ist. Im Anschluss zeigte er sich bei seinem Hausarzt, worauf eine MRI-Untersuchung durchgeführt wurde. Mittlerweile beschreibt der [Beschwerdeführer] starke stechende Schmerzen bei gewissen Bewegungen ohne Ansprechen auf

Analgesie. Die Schmerzen werden mit 7/10 NRS beschrieben und würden nach langem Belasten deutlich stärker präsent sein" (VB 2 S. 2). Die genannten beiden Ärzte hielten weiter fest, nach klinischer und radiologischer Untersuchung zeigten sich eine teilrupturierte Supraspinatus- und Subscapularissehne sowie eine teilrupturierte Bizepssehne rechts. Diesbezüglich sei für den 6. Juni 2024 ein operativer Eingriff vorgesehen (VB 2 S. 3).

In der der Beschwerdegegnerin am 9. Juni 2024 vom Hausarzt des Beschwerdeführers eingereichten korrigierten Version des ambulanten Berichts von med. pract. E. _____ und Dr. med. F. _____ vom 14. Mai 2024 (Druckdatum vom 21. Mai 2024) wurde unter "Anamnese" in Abweichung von der bzw. in Ergänzung zur ursprünglichen Fassung des Berichts festgehalten, initial habe der Beschwerdeführer starke Schmerzen verspürt, *welche im Verlauf gebessert hätten. Aufgrund persistierender funktioneller Einschränkungen sei die weitergehende Abklärung via Hausarzt inklusive Bildgebung erfolgt* (VB 14 S. 2).

3.1.4.

Am 6. Juni 2024 wurde der Beschwerdeführer am Acromioclaviculargelenk der rechten Schulter operiert (LBS-Tenodese subpectoral, Débridement SLAP-/Labrumläsion, subacromiale Bursektomie und Acromioplastik, SSP-/ISP-Sehnenrepair und AC-Resektion). Im Operationsbericht wurde festgehalten, dass die Indikation zum Eingriff aufgrund der traumatischen Manschettenruptur gegeben gewesen sei. Intraoperativ habe sich die doch ausgedehnte SLAP-Läsion mit Partialruptur der Bizepssehne ansatznah sowie Fortsetzung der Ruptur in den Bizepsanker wie auch in das posteriore Labrum hinein bestätigt. Es hätten sich intakte Knorpelverhältnisse, humeral wie auch glenoidal, und ein intaktes MGHL gezeigt. Die SSC-Sehne weise prima vista keinen relevanten Schaden auf, auch im Lever Push habe sich eine regelrechte Insertion am Tuberculum minus gezeigt. Das mediale Pulley-System sei partiell rupturiert und aufgefaserter, das laterale Pulley-System hingegen komplett rupturiert. Direkt angrenzend habe sich eine transmurale Supraspinatussehnenruptur gezeigt, welche bis in den Infraspinatus hineinreiche. Gelenkseitig gehe die Ruptur weiter in den Infraspinatus hinein als bursaseitig. Der Teres minor inseriere regelrecht, der inferiore Rezessus sei unauffällig. Intraartikulär habe sich bei der Inspektion des SSC weiterhin keine relevante respektive reparaturbedürftige Läsion gezeigt, auch nicht bei Inspektion des Sulcus, soweit einsehbar. Entsprechend sei ein Anfrischen des Tuberculum majus von gelenkseitig aus, soweit möglich, erfolgt. Subacromial hätten sich keine Schleifspuren als Hinweis auf ein vorbestehendes Impingement gezeigt. Das AC-Gelenk sei deutlich degeneriert, der Diskus aufgebraucht gewesen (VB 12 S. 2 f.).

3.1.5.

Dr. med. univ. C. _____ führte in seiner gestützt auf die Akten verfassten Beurteilung vom 27. August 2024 aus, wie in der ausführlichen Anamnese

des Kantonsspitals B._____ dokumentiert, hätten nach dem Sturz initial geringe Schmerzen ohne relevante Funktionseinschränkung bestanden. Erst Wochen später, im Rahmen eines Tauchausflugs, hätten vermehrte Beschwerden bestanden, und es sei eine Abklärung mittels MRI erfolgt. Nach dem MRI hätten sich die Beschwerden verstärkt. Im vorliegenden MRI fänden sich ausschliesslich degenerative Veränderungen ohne Hinweis auf wahrscheinlich unfallbedingte Folgen. Die Befunde seien beim 58-jährigen Versicherten hinlänglich durch die multiplen betriebenen Sportarten erklärt. Auch die intraoperative Bilddokumentation belege keine unfallbedingten Befunde. Der operative Eingriff vom 6. Juni 2024 habe ausschliesslich der Sanierung vorbestehender degenerativer Befunde gedient. Dr. med. univ. C._____ gelangte zum Ergebnis, dass aufgrund der vorliegenden Dokumentation von einer vorübergehenden Beschwerdeauslösung durch den Unfall von einigen Tagen bis zwei Wochen auszugehen sei. Hätten unfallbedingte Verletzungsfolgen bestanden, wäre zum einen zeitnah ein Arzt aufgesucht worden und zum anderen wäre ein Tauchausflug nicht möglich gewesen (VB 37 S. 2).

3.1.6.

Dr. med. F._____ hielt, nachdem ihn die Beschwerdegegnerin am 12. September 2024 über die Einstellung ihrer Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall des Beschwerdeführers vom 9. März 2024 per 24. Mai 2024 informiert hatte (vgl. VB 51 S. 2), in seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 18. September 2024 fest, vor dem Hintergrund der Anamnese mit adäquatem Trauma wie auch der Befundkonstellation im MRI und intraoperativ ergäben sich für ihn (Dr. med. F._____) keine Hinweise auf ein rein degeneratives Geschehen. Einzig lasse sich eine hypertrophe AC-Gelenksarthrose nachweisen, welche allerdings nicht für die SLAP-Läsion und die transmurale Rotatorenmanschettenläsion verantwortlich gemacht werden könne. Bei komplett unauffälliger Muskeltrophik ohne Verfettungsanzeichen sowie MR-tomographisch wie auch intraoperativ fehlenden Hinweisen für ein subacromiales Friktionsproblem/Impingement gehe er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von unfallbedingten Ursachen der transmuralen Supra- und Infraspinatussehnenruptur und vor allem der SLAP-Läsion aus, weshalb er eine Ablehnung der Leistungsübernahme nicht nachvollziehen könne. Seiner Einschätzung nach seien die operierten Sehnenläsionen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Skisturz zurückzuführen. Bezüglich der Anamnese habe der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin nach erstmaliger Konsultation noch eine Korrektur zukommen lassen, in der dieser falsche Angaben seitens der Ärzte des Kantonsspitals B._____ bezüglich des initialen Verlaufs und der Abfolge der Ereignisse richtig gestellt habe (VB 52).

3.1.7.

In der Aktenbeurteilung vom 8. Januar 2025 führte Dr. med. univ. C. _____ aus, bezüglich der nunmehrigen Behauptungen von Dr. med. F. _____ sei festzuhalten, dass "nach Vorbehaltsschreiben" der initiale Bericht des Kantonsspitals B. _____, unterzeichnet von Dr. med. F. _____, in relevanten Punkten abgeändert worden sei. Anlässlich der Erstkonsultation sei im Bericht vom 14. Mai 2024 festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer initial nur leichte Schmerzen verspürt und die Schulter unverändert belastet habe. Nach einem Tauchausflug habe der Beschwerdeführer bemerkt, dass die Schulter bei Elevation, Abduktion und Retroversion deutlich eingeschränkt sei. Mittlerweile beschreibe der Patient starke, stechende Schmerzen bei gewissen Bewegungen ohne Ansprechen auf Analgesie. "Nach Vorbehaltsschreiben" an den Beschwerdeführer vom 24. Mai 2024 sei der Bericht vom 14. Mai 2024 bezüglich Anamnese abgeändert worden, und es werde nunmehr behauptet, dass der Beschwerdeführer initial starke Schmerzen verspürt habe, welche im Verlauf gebessert hätten. Aufgrund persistierender funktioneller Einschränkungen sei die weitergehende Abklärung via Hausarzt inklusive Bildgebung erfolgt. Trotz leichter Einschränkungen, vor allem bei Elevation des Arms, habe der Beschwerdeführer einige Wochen später an einem Tauchausflug teilgenommen und bemerkt, dass die Schulter bei Elevation, Abduktion und Retroversion deutlich eingeschränkt sei. Der später verfasste Bericht sei "mit 14. Mai 2024 rückdatiert" worden "und erweck[e] den Eindruck einer Anlassbestätigung, um die geplante Operation als unfallbedingt zu begründen" (VB 71 S. 1).

Weiter führte Dr. med. univ. C. _____ aus, auch die Behauptung von Dr. med. F. _____, dass sich ausser einer hypertrophen AC-Gelenkarthrose keine degenerativen Änderungen zeigten, entbehre der Nachvollziehbarkeit. Im MRI-Befund vom 16. April 2024 sei vom Radiologen festgehalten worden, dass sich degenerative Geröllzysten am Tuberculum majus, passend zu einem vorbestehenden Impingement, fänden. Im Weiteren sei intraoperativ eine Partialruptur der Bizepssehne ansatznah intraartikulär beschrieben worden, welche ebenfalls auf eine degenerative Genese hindeute. Zudem werde im Operationsbericht festgehalten, dass aufgrund der engen Verhältnisse subacromial noch eine ventral- und lateral-betonte Acromioplastik durchgeführt werde. Des Weiteren gehe aus dem Bericht ganz klar hervor, dass es sich um keine komplette Ruptur handle. So werde ausgeführt, dass die Rupturkomplettierung auch des Infraspinatus, sofern nötig und sinnvoll, durchgeführt werde. Ein Sehnenstumpf am Tuberculum majus als Hinweis auf eine mögliche traumatische Ruptur werde nicht beschrieben.

Auch der Erstuntersuchungsbefund spreche nicht für eine unfallkausale Genese der im MRI vorgefundenen Rotatorenmanschettenruptur, sondern vielmehr für eine Schmerzauslösung aufgrund der hypertrophen AC-Ge-

lenkarthrose. Die nachträgliche Behauptung von Dr. med. F. _____ von starken Schmerzen initial finde auch keinen Rückhalt im Bericht der Erstkonsultation beim Hausarzt. Darin sei festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer den rechten Arm nicht mehr über 90° habe anheben können, als typischer Hinweis für ein Impingement. Anlässlich der Konsultation beim Hausarzt 19 Tage nach dem Ereignis seien eine freie Beweglichkeit mit jedoch leichtem Schmerz bei Abduktion ab 120° und ganz wenig Schmerzen bei Elevation ab 150°, wenig Schmerzen beim Nackengriff und ein unauffälliger Schürzengriff beschrieben worden. Dass keine Verfettung der Rotatorenmuskulatur vorgelegen habe, erkläre sich hinreichend dadurch, dass keine komplette Ruptur der gesamten Supraspinatus- und Infraspinatussehne bestanden habe. Die vorliegenden Befunde und der Verlauf entsprächen auch nicht den Kriterien der Swiss Orthopaedics für das Vorliegen einer wahrscheinlich traumatischen Rotatorenmanschettenruptur (VB 71 S. 2).

Zusammenfassend lasse sich festhalten, dass die vorgebrachte Argumentation von Dr. med. F. _____, dass es keine Anhaltspunkte für degenerative Befunde ausser der AC-Gelenkarthrose gebe und dass keine Einengung des Subacromialraums vorliege, einer nachvollziehbaren Grundlage entbehre und auch der vorliegenden Dokumentation widerspreche. Eine AC-Gelenkarthrose resultiere typischerweise aus einer chronischen Mikrotraumatisierung/Überbelastung. Durch die osteophytären Anbauten komme es zu einer Einengung des Subacromialraums, wie dies von Dr. med. F. _____ auch intraoperativ festgehalten worden sei. Zudem fänden sich degenerative Geröllzysten am Tuberculum majus, passend zu einem vorbestehenden Impingement aufgrund der hypertrophen AC-Gelenkarthrose. Die Ausführungen von Dr. med. F. _____ vom 18. September 2024 änderten somit nichts an der Beurteilung vom 27. August 2024, dass es sich bei den vorliegenden Befunden um vorbestehende degenerative Veränderungen handle. Durch das Sturzereignis sei es zu einer vorübergehenden Beschwerdeauslösung bei Aktivierung der vorbestehenden AC-Gelenkarthrose mit Spongiosaödem in der lateralen Clavicula gekommen (VB 71 S. 3).

3.1.8.

Dr. med. F. _____ nahm in seinem Bericht vom 9. Mai 2025 zu den Ausführungen von Dr. med. univ. C. _____ vom 8. Januar 2025 Stellung und führte aus, die Abänderung der Anamnese sei durch den Beschwerdeführer zeitnah im Anschluss an die fragliche Konsultation mitgeteilt worden. Die Anamneseerhebung sei durch den Assistenzarzt med. pract. E. _____ erfolgt. Ob und inwiefern diese den Tatsachen entspreche bzw. entsprochen habe, könne er – Dr. med. F. _____ – daher nicht beurteilen. Man sei dem Wunsch des Beschwerdeführers auf eine entsprechende Anpassung gerne nachgekommen. Für die Gültigkeit dieser Angaben könne man selbstverständlich keine Verantwortung übernehmen. Im

Weiteren sei festzuhalten, dass mehrere Angaben und Befunde von Dr. med. univ. C. _____ falsch beurteilt würden. Degenerative Geröllzysten im Bereich des Tuberculum majus per se hätten keinen Krankheitswert und seien auch nicht beweisend für ein subacromiales Impingement, wenngleich diese Befunde sicherlich gehäuft in diesem Zusammenhang vorkämen bzw. vorzufinden seien. Die im MRI vom 16. April 2024 sichtbaren kleinen Geröllzysten fänden sich allerdings dorsal im Bereich des ISP/Teres-minor-Ansatzes und nicht im Bereich der Ruptur. Zudem könne er auch hier keinen Zusammenhang zwischen einer Unfallkausalität und den sehr diskreten Veränderungen herstellen. Auch werde von Dr. med. univ. C. _____ die ansatznahe Bizepssehnenläsion als Hinweis für eine degenerative Genese gewertet. Woher diese Schlussfolgerung rühre, entziehe sich seiner Kenntnis. Anhand der dokumentierten Operationsbildgebung zeige sich am ehesten eine Ausweitung der SLAP-Läsion bis in die Bizepssehne hinein mit hier subtotaler, ansatznaher Ruptur der Bizepssehne, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit traumatisch bedingt sei und nicht vorwiegend degenerativ. Weiter werde die subakromiale Enge als Argument für degenerative Veränderungen auch in Kombination mit einer AC-Gelenksarthrose beschrieben. Auch hierzu sei nochmals explizit festzuhalten, dass intraoperativ keine subakromialen Friktionsspuren ersichtlich gewesen seien. Die Acromioplastik sei somit lediglich zur besseren Übersicht und Optimierung des OP-Situs durchgeführt worden, nicht aufgrund eines mechanischen Konflikts zwischen Sehnen-substanz/Oberarmkopf und Schulterdach. Des Weiteren werde beschrieben, es handle sich nicht um eine komplette Ruptur. Auch hier sei klar beschrieben worden, dass die Supraspinatussehne transmural, also komplett, rupturiert gewesen sei, sich allerdings auch Rupturausläufer bis in den Infraspinatus dorsal hinein gezeigt hätten.

Die Komplettierung einzelner Sehnenanteile zur besseren Reparabilität der Rupturen sei sodann ein normaler Vorgang im Rahmen einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion und habe keinerlei Zusammenhang zu einer Unfallkausalität und/oder degenerativ bedingten Läsion. Wie auch aus der intraoperativen Bilddokumentation hervorgehe, zeigten sich vor allem eine Komplettruptur des Supraspinatus mit ganz ventral auch noch Restsehnenfaserstümpfen am Tuberculum majus sowie eine subtotale, vorwiegend gelenkseitig betonte Ruptur der kranialen Infraspinatussehnenanteile. Eine AC-Gelenksarthrose per se könne durchaus zu subacromialen osteophytären Anbauten führen mit entsprechender Einengung des Subacromialraums. Dies sei allerdings nicht die im Operationsbericht beschriebene laterale, subacromiale Enge, weshalb letztlich die Acromioplastik durchgeführt worden sei. Er könne auch aktuell kein vorbestehendes subacromiales Impingement aufgrund einer hypertrophen AC-Gelenksarthrose bestätigen. Somit erscheine eine überwiegend degenerative Genese der Befunde unwahrscheinlich, selbst wenn die Kriterien der Swiss Orthopaedics in der Tat nicht zuträfen. Diesbezüglich müsse berücksichtigt werden, dass

die MRI-Bildgebung erst fünf bis sechs Wochen nach dem initialen Traumaereignis stattgefunden habe, sodass gewisse Aspekte (Ödem/Hämatom) sicherlich bereits resorbiert worden seien (Beschwerdebeilage [BB] 3).

4.

4.1.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2.

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. und 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

4.3.

Beweistauglich kann auch eine reine Aktenbeurteilung sein, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der medizinische Sachverständige muss sich insgesamt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild machen können (Urteile des Bundesgerichts 8C_46/2019 vom 10. Mai 2019 E. 3.2.1; 8C_641/2011 vom 22. Dezember 2011 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

5.

5.1.

Massgebend für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde ist der (medizinische) Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids vom 14. April 2025 (VB 75) entwickelt hat (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140; 121 V 362 E. 1b S. 366 mit Hinweisen). Zwar datiert die Stellungnahme von Dr. med. F. _____ vom 9. Mai 2025 (BB 3) nach dem Erlass des Einspracheentscheids, da sich Dr. med. F. _____ darin jedoch zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im

massgebenden Zeitraum äusserte, ist sie zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_175/2018 vom 16. April 2018 E. 3.3.2).

5.2.

Dr. med. univ. C._____ stützte seine Beurteilung, wonach der Unfall vom 9. März 2024 zu keinen bildgebend nachweisbaren Läsionen, sondern lediglich zu einer vorübergehenden Beschwerdeauslösung bei Aktivierung der vorbestehenden AC-Gelenkarthrose von einigen Tagen bis zwei Wochen geführt habe, unter anderem auf die ursprüngliche Fassung des Berichts von med. pract. E._____ und Dr. med. F._____ vom 14. Mai 2024 (VB 2) und hielt fest, dass nach dem Sturz initial geringe Schmerzen ohne relevante Funktionseinschränkungen bestanden hätten (VB 37 S. 2; VB 71 S. 1). Die später verfasste, in relevanten Punkten abgeänderte Version des Berichts erwecke gemäss Dr. med. univ. C._____ den Eindruck einer "Anlassbestätigung, um die geplante Operation als unfallbedingt zu begründen" (VB 71 S. 1). Die nachträglichen Behauptungen von Dr. med. F._____ von starken Schmerzen initial fänden auch keinen Rückhalt im Bericht der Erstkonsultation beim Hausarzt (VB 71 S. 2). Jedoch trägt die abgeänderte Fassung des Berichts von med. pract. E._____ und Dr. med. F._____ vom 14. Mai 2024 das Druckdatum vom 21. Mai 2024 (VB 14) und erging damit noch vor dem Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 24. Mai 2024, mit welchem diese dem Beschwerdeführer mitteilte, dass sie dessen Leistungsanspruch überprüfen werde und die Versicherungsleistungen vorsorglich per 24. Mai 2024 einstelle (VB 8). Die Darstellung von Dr. med. univ. C._____, wonach der Bericht vom 14. Mai 2024 erst nach Erhalt dieses Schreibens der Beschwerdegegnerin abgeändert worden sei, erweist sich damit als falsch. Nämliches gilt für die Darstellung von Dr. med. univ. C._____, wonach initial keine Funktionseinschränkungen bestanden hätten (VB 71 S. 2), hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers doch im Bericht vom 8. April 2024 fest, dass die Beweglichkeit anfänglich deutlich eingeschränkt gewesen sei (VB 15). Der von Dr. med. univ. C._____ angenommene medizinische Verlauf mit initial geringen Schmerzen ohne relevante Funktionseinschränkungen kann vor diesem Hintergrund zumindest nicht als überwiegend wahrscheinlich betrachtet und damit nicht als Argument gegen eine traumatische Genese der festgestellten Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Schulter bzw. der dieser zugrunde liegenden Befunde gewertet werden.

5.3.

Auch an den weiteren von Dr. med. univ. C._____ vorgebrachten Argumente für – ausschliesslich – degenerative (und damit unfallfremde) Veränderungen als Ursache der noch über den 24. Mai 2024 hinaus anhaltenden rechtsseitigen Schulterbeschwerden bestehen aufgrund der grundsätzlich nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. med. F._____ Zweifel. So hielt dieser hinsichtlich der im MRI vom 16. April 2024 beschriebenen Geröllzysten am Tuberculum majus, die von

Dr. med. univ. C._____ als degenerativ gewerteten wurden, fest, dass diese per se keinen Krankheitswert hätten und sich im Bereich des ISP/Teres-minor-Ansatzes fänden und nicht im Bereich der Ruptur befänden (BB 3). Hinsichtlich der von Dr. med. univ. C._____ erwähnten Anhaltspunkte für ein Impingement verwies Dr. med. F._____ auf den Operationsbericht vom 6. Juni 2024, in dem festgehalten worden war, dass sich "keine subacromialen Schleifspuren" als Hinweis für ein vorbestehendes Impingement fänden. Dr. med. F._____ führte im Weiteren aus, die Acromioplastik sei zur besseren Übersicht und Optimierung des OP-Situs erfolgt, nicht wegen eines Konflikts zwischen Sehnensubstanz/Oberarmkopf und Schulterdach (VB 12 S. 2; BB 3). Die von Dr. med. univ. C._____ als degenerativ qualifizierte Partialruptur der Bizepssehne wurde von Dr. med. F._____ sodann als Ausweitung der SLAP-Läsion bis in die Bizepssehne gewertet (BB 3). Schliesslich wies Dr. med. F._____ darauf hin, dass intraoperativ eine transmurale (komplette) Ruptur der Supraspinatussehne mit dorsal in den Infraspinatus reichendem Ausläufer festgestellt worden sei und die Komplettierung einzelner Sehnenanteile ein übliches chirurgisches Vorgehen darstelle (VB 12 S. 3; BB 3 S. 2).

5.4.

Diese Diskrepanzen zwischen der Beurteilung von Dr. med. univ. C._____ und derjenigen von Dr. med. F._____ begründen in Anbetracht der strengen beweisrechtlichen Anforderungen an reine Aktenbeurteilungen durch versicherungsinterne medizinische Fachpersonen als Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 3.2.2 hiervor) Zweifel an den Einschätzungen von Dr. med. univ. C._____ (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_605/2021 vom 30. März 2022 E. 7.1.1 und 7.2). Daher kann auf diese nicht abgestellt werden.

5.5.

Entgegen dem Beschwerdeführer lässt sich die Unfallkausalität der noch über den 24. Mai 2024 hinaus bestandenen rechtsseitigen Schulterbeschwerden und damit auch die Rechtmässigkeit der von der Beschwerdegegnerin auf diesen Zeitpunkt hin verfügten Einstellung der Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. März 2024 auch gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. F._____ nicht zuverlässig beurteilen (vgl. Beschwerde S. 9, S. 11), da der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Funktion als Hausärztinnen und Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470; 125 V 351 E. 3a/cc S. 353), sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.4.2 mit Hinweisen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. Eine direkte Zusprache weiterer

Leistungen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kommt damit kaum je in Frage.

5.6.

Der für die Beurteilung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf Leistungen noch über den 24. Mai 2024 hinaus relevante medizinische Sachverhalt erweist sich damit im Lichte der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; BGE 133 V 196 E. 1.4 S. 200; 132 V 93 E. 5.2.8 S. 105; 125 V 193 E. 2 S. 195) als nicht rechtsgenügend erstellt. Die Sache ist daher zur ergänzenden fachärztlichen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100; 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Anschliessend hat sie neu über den weiteren Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit dem Unfall vom 9. März 2024 zu verfügen.

6.

6.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. April 2025 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

6.2.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

6.3.

Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der richterlich festzusetzenden Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG), denn die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen gilt als anspruchsbegründendes Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235 mit Hinweisen).

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 11. April 2025 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer die Parteikosten in richterlich festgesetzter Höhe von Fr. 2'500.00 zu bezahlen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. 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).

Aarau, 23. Januar 2026

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

2. Kammer

Die Vizepräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Fischer

Güntert