



---

## **Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:**

### **1.**

Der 1969 geborene Beschwerdeführer ist seit über 20 Jahren als Nebenkassierer angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen die Folgen von Nichtberufs- und Berufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Am 3. März 2021 stürzte er beim Skifahren auf seine linke Schulter und zog sich dabei Verletzungen an dieser zu. Die Beschwerdegegnerin anerkannte ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem entsprechenden Unfall und erbrachte vorübergehende Leistungen (Heilungskosten, Taggeld), unter anderem für einen am 27. Juni 2023 an der linken Schulter durchgeführten operativen Eingriff. Nach diversen medizinischen Abklärungen hielt die Beschwerdegegnerin Rücksprache mit ihrer internen Versicherungsmedizinerin und verfügte gestützt darauf am 23. Oktober 2024 mangels Unfallkausalität der noch bestehenden gesundheitlichen Beschwerden die Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 30. September 2024. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 20. November 2024 unter Einreichung von Stellungnahmen von Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie der C.\_\_\_\_\_ AG, und Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, Einsprache erheben. Nachdem der Beschwerdeführer am 3. Januar 2025 abermals an der linken Schulter operiert worden war und die Beschwerdegegnerin erneut Rücksprache mit ihrer Versicherungsmedizinerin gehalten hatte, wies die Beschwerdegegnerin die Einsprache mit Einspracheentscheid vom 27. März 2025 ab.

### **2.**

#### **2.1.**

Gegen diesen Entscheid erhob der Beschwerdeführer am 8. Mai 2025 fristgerecht Beschwerde und stellte unter Verweis auf eine neuerliche Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ die folgenden Rechtsbegehren:

"1. Es sei der Einsprache-Entscheid vom 27. März 2025 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.

2. Unter o/e-Kostenfolge."

#### **2.2.**

Mit Vernehmlassung vom 5. Juni 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit ihrem Versicherungsmediziner die Abweisung der Beschwerde.

#### **2.3.**

Mit Replik vom 7. Juli 2025 hielt der Beschwerdeführer nach Rücksprache mit Dr. med. B.\_\_\_\_\_ an den gestellten Rechtsbegehren fest.

#### **2.4.**

Mit Duplik vom 25. Juli 2025 hielt die Beschwerdegegnerin nach erneuter Rücksprache mit ihrem Versicherungsmediziner am Antrag auf Beschwerdeabweisung fest.

---

### **Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:**

#### **1.**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 27. März 2025 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 134) zu Recht die im Zusammenhang mit dem Unfall vom 3. März 2023 erbrachten Taggelder und Heilbehandlungsleistungen per 30. September 2024 eingestellt hat.

#### **2.**

##### **2.1.**

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann (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).

##### **2.2.**

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen). Die Sozialversicherungsorgane und das Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360).

##### **2.3.**

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 (mehr) die natürliche und adäquate (dazu bei organisch objektiv ausge-

wiesenen Unfallfolgen BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweis auf BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103) 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen). 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. 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 bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

### **3.**

#### **3.1.**

Vorliegend unbestritten ist, dass die am 3. Januar 2025 durchgeführte Operation an der linken Schulter des Beschwerdeführers (vgl. VB 129 S. 3 f.) eine die postoperativen Folgen nach dem ersten operativen Eingriff vom 27. Juni 2023 (vgl. VB 14 S. 2) behandelnde Revisionsoperation darstellte (vgl. etwa VB 129 S. 3; 41 S. 2; 91 S. 2 f.; Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Versicherungsmedizinerin der Beschwerdegegnerin, in VB 132 S. 5 sowie die Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 7. Juli 2025, S. 3). Damit hängt die Kausalität und damit die Leistungspflicht hinsichtlich dieser zweiten Operation von jener für die erste Operation ab. Ebenso unbestritten ist, dass im Zeitpunkt des Unfalls des Beschwerdeführers am 3. März 2023 ein Vorzustand in der linken Schulter in Form einer Tendinitis calcarea des dorsalen Drittels der Supraspinatussehne, eine Tendinopathie derselben im mittleren und vorderen Drittel sowie eine SLAP-Läsion bestand (vgl. Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in VB 120 S. 4 und Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in VB 119 S. 2 sowie deren Stellungnahme vom 17. April 2025; Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 26. März 2025 in VB 132 S. 4). Damit sind die entsprechenden Befunde unbestrittenermassen nicht unfallkausal.

#### **3.2.**

Fachmedizinisch umstritten ist jedoch die Genese der beim Beschwerdeführer ebenfalls festgestellten (vgl. etwa VB 4 S. 2 f.) und mit der ersten Operation vom 27. Juni 2023 behandelten (vgl. VB 30 S. 2 f.) Bizeps-Pulley-Läsion (vgl. VB 132 S. 4). Diesbezüglich geht aus den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes hervor:

### **3.2.1.**

Nach dem Unfall am 3. März 2021 stellte der behandelnde Orthopäde Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, im Erstbericht vom 15. Mai 2023 beim Beschwerdeführer unter anderem gestützt auf ein am 21. April 2023 durchgeführtes Arthro-MRI der linken Schulter (vgl. VB 71 S. 2 f.) die Diagnose eines traumatischen Risses (Grad I nach Lafosse) der Subscapularissehne am 3. März 2023 mit/bei Biceps-Pulley-Läsion und traumatisierter Tendinitis calcarea der Supra-/Infraspinatussehne (VB 4 S. 2). Dabei hielt er fest, dass er eine klare Unfallkausalität zwischen der Rissbildung der Subscapularissehne nach dem Skisturz vom 3. März 2023 und den klinischen und radiologischen Befunden sehe (VB 4 S. 3). Nach der am 27. Juni 2023 durchgeführten Schulterarthroskopie (vgl. VB 30 S. 2 f.) stellte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 29. Juni 2023 die Diagnose eines traumatischen Biceps-Pulley-Risses mit PASTA-Läsion Schulter links nach Unfall vom 3. März 2023 mit/bei traumatisierter Tendinitis calcarea Supra-/Infraspinatussehne (VB 14 S. 2). In seiner Stellungnahme vom 16. Oktober 2024 hinsichtlich der Kostentragung für die geplante (und letztlich am 3. Januar 2025 durchgeführte; VB 129 S. 3 f.) Revisionsoperation an der linken Schulter bestätigte Dr. med. F.\_\_\_\_\_, dass die Operation am 27. Juni 2023 aufgrund einer traumatischen Rissbildung des Bizepspulleys durchgeführt worden sei (VB 91 S. 3).

### **3.2.2.**

Am 21. Oktober 2024 hielt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ fest, das Unfallereignis vom 3. März 2023 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehende Veränderungen (Kalkschulter [Tendinitis calcarea]) vorübergehend aktiviert. Neue unfallkausale strukturelle Veränderungen seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgetreten. Eine (blosse) Schulterdistorsion gelte – unter Verweis auf die entsprechende Angabe im Reintegrationsleitfaden Unfall – in der Regel nach vier bis sechs Wochen als abgeheilt (VB 89). Gestützt darauf erliess die Beschwerdegegnerin am 23. Oktober 2024 die per 30. September 2024 leistungseinstellende Verfügung (VB 102).

### **3.2.3.**

Mit der dagegen am 20. November 2024 erhobenen Einsprache (VB 118) reichte der Beschwerdeführer einen auf den 18. November 2024 datierten Bericht des radiologischen Facharztes Dr. med. D.\_\_\_\_\_ ein, worin dieser die beiden MRIs der linken Schulter vom 21. April 2023 und 4. März 2024 ausführlich würdigte und dabei insbesondere festhielt, dass sich im MRI vom 21. April 2023 eine Biceps-Pulley-Läsion Grad IV nach Habermeyer mit Ruptur der Pulley-Schlinge, Läsion des Oberrandes der Subscapularissehne (Grad I nach La Fosse) sowie direkt angrenzender artikulärseitiger Footprint-Läsion der Supraspinatussehne gezeigt habe (VB 120 S. 2 f.). Im MRI vom 4. März 2024 sei die Läsion der Subscapularissehne bzw. der

Pulley-Region nicht mehr abgrenzbar gewesen (VB 120 S. 3 f.). Während die Tendinitis calcarea und die tendinopathischen Veränderungen der Supraspinatussehne "hochwahrscheinlich" vorbestehend und möglicherweise durch den Unfall (lediglich) traumatisiert worden seien, sei die Bizeps-Pulley-Läsion Grad IV anders zu werten: In der initialen MR-Untersuchung vom 21. April 2023 habe sich eine Auffaserung der Fibrillen der Subscapularissehne direkt im Defektbereich sowie eine Längssektion des Sehnenoberrandes gezeigt. Die aufgefaserten Sehnenanteile seien mit Kontrastmittel und Ödem durchsetzt. Es liege somit ein umschriebenes, intratendinöses Ödem vor, eine Ausfransung des distalen Sehnenendes sowie eine dissezierte Rissform. Diese Befunde würden auf eine frische Traumatisierung der Sehne hinweisen. Die Veränderungen hätten sich im zeitlichen Verlauf bis zur (MRI-)Untersuchung vom 4. März 2024 vollständig zurückgebildet, was betreffend den initialen Befund ebenfalls für eine akute Unfallkausalität spreche. Insbesondere finde sich kein Ödem mehr, keine Kontrastmittelpenetration in die Sehne, jedoch eine Glättung der Konturen. Differenzialdiagnostisch entspreche der Befund einem posttraumatischen Residuum sieben Wochen nach Unfall oder einer vorbestehenden degenerativen Läsion. Der zeitliche Verlauf mit kompletter Auflösung des Befundes nach einem Jahr spreche jedoch gegen eine degenerative Komponente. Zusammenfassend sei die Biceps-Pulley-Läsion Grad IV nach Habermeyer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als akut und unfallkausal einzustufen (VB 120 S. 4). Diese Einschätzung teilte die chirurgische Fachärztin Dr. med. B. \_\_\_\_\_ in ihrer gleichentags zuhanden der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers verfassten Stellungnahme (VB 119, insb. S. 2)

#### **3.2.4.**

Zu diesen Berichten nahm Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am 26. März 2025 Stellung. Nach einigen allgemeinen Ausführungen zur Pulley-Läsion hielt sie im Wesentlichen fest, dass eine solche bei Innenrotation und Flexion über der Horizontalebene oder durch ein subcoracoidales Impingement (Roller-Wringer-Effekt) eintreten könne. Daneben könne es aber (nach Habermeyer et. al) auch durch aktive Anspannung des Bizeps bei Innenrotation und Adduktion zu nach medial dislozierenden Kräften auf die lange Bizepssehne und das Pulley-System kommen, "z. Bsp. bei Überkopfsportarten wie Tennis, Handball, Wasserball, etc.". Die lange Bizepssehne laufe dadurch ungehalten im Sulcus intertubercularis und subluxiere. Ähnliches könne durch einen chronisch repetitiven Überlastungsprozess ausgelöst werden. Diese Veränderungen seien als degenerativen Ursprungs im Sinne eines verschleissbedingten komplexen Schadens zu werten (VB 132 S. 4). Zusammenfassend sei die vorliegende Pulley-Läsion als abnutzungsbedingte Veränderung im Sinne eines subcoracoidalen Impingements mit Begleitverschleiss der Sehne des Supraspinatus und Subscapularis zu werten. Der Sturz auf die Schulter (vom 3. März 2023) habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer strukturellen Läsion geführt.

Die Erstoperation vom Juni 2023 habe damit einen unfallfremden Vorzustand behandelt, weshalb folglich auch die die Folgen (Vernarbungen) der Erstoperation behandelnde Re-Operation vom 3. Januar 2025 nicht kausal zum Unfallereignis vom 3. März 2023 sei (VB 132 S. 5). Gestützt auf diese Stellungnahme erliess die Beschwerdegegnerin den vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid (VB 134).

### **3.2.5.**

In der Beschwerde vom 8. Mai 2025 stützte sich der Beschwerdeführer massgeblich auf die damit eingereichte neuerliche Stellungnahme von Dr. med. B. \_\_\_\_\_ vom 17. April 2025. Darin hielt diese im Wesentlichen fest, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 26. März 2025 nicht auf die individuellen Fakten im vorliegenden Fall eingegangen sei. Bei ihren allgemeinen Ausführungen zum subcoracoidalen Impingement und zur chronischen Schädigung des Bizeps-Pulley-Systems durch Überkopfsportarten habe sie verkannt, dass beim Beschwerdeführer weder ein subcoracoidales Impingement dokumentiert worden sei noch bekannt sei, dass er regelmässig Überkopfsportarten ausführe. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ habe es damit nicht geschafft, den degenerativen Ursprung der vorliegenden Bizeps-Pulley-Läsion überzeugend darzulegen (S. 2 der Stellungnahme). Zudem habe sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_ offensichtlich nicht mit der Bildgebung auseinandergesetzt, sei MR-bildgebend doch eine frische Bizeps-Pulley-Läsion ausgewiesen (S. 2 f.). Unter Berücksichtigung der degenerativen Veränderungen im Sinne eines zum Unfallzeitpunkt vorgelegenen Vorzustandes liege überwiegend wahrscheinlich eine richtunggebende Verschlimmerung dieses Vorzustandes an der linken Schulter durch den Unfall vom 3. März 2023 vor. Auf die Beurteilung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden (S. 3).

### **3.2.6.**

In ihrer Vernehmlassung vom 5. Juni 2025 verwies die Beschwerdegegnerin auf die ausführliche Stellungnahme ihres Versicherungsmediziners Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 4. Juni 2025. Nebst einer Zusammenfassung des Sachverhalts (S. 1 ff. und 8 f.) und der Wiedergabe massgebender medizinischer Dokumente (S. 3 und 8 f.) tätigte er darin allgemeine medizinische Ausführungen zur SLAP-Läsion, zur Tendinosis calcarea, zur PASTA-Läsion, zur Oberrandläsion der Subscapularissehne und zur Pulley-Läsion (S. 4 ff.). Zu letzterer hielt er insbesondere fest, dass deren Pathogenese von primär degenerativ bedingten Sehnenschäden auf dem Boden eines anterosuperioren Impingements bis zu rein traumatisch bedingten anterosuperioren Massenrupturen reiche. Zu einer Pulley-Läsion ohne namhafte Schäden der Rotatorenmanschette käme es nach einem Sturz bzw. Trauma zudem nur selten (S. 5). Auch zu einer isolierten Ruptur der Subscapularissehne komme es sehr selten, wobei diese mehrheitlich traumatischer Genese sei. Hauptsächlich Anteil hätten degenerative

Läsionen, dann allerdings konsekutiv begleitet von Schäden am Pulley-Komplex und am Supraspinatus und am Subscapularis (S. 7).

Die von Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_\_ festgestellte Bizeps-Pulley-Läsion Grad IV nach Habermeyer (vgl. E. 3.2.3. hiervor) umfasse eine Ruptur des superioren glenohumeralen Ligaments, des coraco-humeralen Ligaments sowie eine artikulareseitige Avulsion der vorderen Supraspinatus- und Subscapularissehne. Eine solche Schädigung entstehe durch den sogenannten Scheibenwischereffekt der instabilen langen Bizepssehne. Diese Avulsion entstehe allerdings nicht akut, sondern durch repetitive Luxation der Sehne, wofür ein mittelfristiger Zeitraum anzunehmen sei. Gemäss intraoperativem Befund habe an der Subscapularissehne lediglich eine geringgradige Tendinopathie ohne Oberrandläsion bestanden, womit per Definition keine Bizeps-Pulley-Läsion Grad IV nach Habermeyer vorliege. Die Supraspinatussehne hingegen habe einen kleinen artikulareseitigen Partialriss – durch den Operateur fälschlicherweise als PASTA-Läsion bezeichnet – aufgewiesen, welche als posteriore Bizeps-Pulley-Läsion definiert worden sei. Hierbei handle es sich allenfalls um eine Bizeps-Pulley-Läsion Grad II nach Habermeyer. Angesichts der übrigen degenerativen Vorzustände (SLAP-Läsion, PASTA-Läsion der mittleren und hinteren Supraspinatussehne) müsse auch die Pulley-Läsion Grad II als nicht unfallkausal angesehen werden, sondern ebenfalls als verschleissbedingt, zumal die artikulareseitige Avulsion der Supraspinatussehne durch den Scheibenwischereffekt nicht innerhalb von sechs Wochen eintrete, vor allem wenn die Schulter schmerzbedingt nur gering belastet werde. Hingegen hätten schon vor dem Ereignis offenbar Schulterschmerzen bestanden, überwiegend wahrscheinlich zurückzuführen auf die Tendinitis calcarea (S. 9). Eine richtunggebende Verschlimmerung der Pulley-Läsion (vgl. Ausführung von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ in E. 3.2.5. hiervor) könne nicht angenommen werden, da im MRI vom 21. April 2023 degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne (ausgeprägte Tendinopathie mit intratendinöser Partialruptur im anterioren Anteil) beschrieben worden sei, der Operateur aber intraoperativ an der Supraspinatussehne eine PASTA-Läsion ohne frische Verletzungszeichen gesehen habe. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass die Operation vom 27. Juni 2023 ausschliesslich degenerative und erkrankungsbedingte Vorschäden adressiert habe, nicht aber Folgen aus dem Ereignis vom 3. März 2023. Mangels unfallkausaler Schäden sei auch die postoperative (und angesichts der Beweglichkeit des linken Schultergelenks bei der Erstkonsultation am 15. Mai 2023 nicht posttraumatische) adhäsive Capsulitis nicht auf das Ereignis vom 3. März 2023 zurückzuführen. Die erneute Beurteilung von Dr. med. B.\_\_\_\_\_ ändere damit nichts an den bisherigen versicherungsmedizinischen Beurteilungen von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ (S. 10).

### **3.2.7.**

In ihrer mit der Replik vom 7. Juli 2025 eingereichten Stellungnahme vom 7. Juli 2025 hielt Dr. med. B. \_\_\_\_\_ fest, dass die MRI-Untersuchung vom 21. April 2023, fast sieben Wochen nach dem Unfall, eine frische Bizeps-Pulley-Läsion Grad IV nach Habermeyer unter Beteiligung des superioren glenohumeralen Ligaments, der Supraspinatussehne artikularseitig und der Subscapularissehne gezeigt habe. Diese Läsion sei bildgebend objektivierbar ausgewiesen. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass der Sehnenoberrand der Subscapularissehne signalalteriert und mit Ödem durchsetzt sei und aufgefaserte Sehnenanteile nachweisbar seien. Es handle sich dabei um Kriterien, die eine frische Läsion des Subscapularissehnen-Oberandes auswiesen, was Dr. med. G. \_\_\_\_\_ nicht einfach wegdiskutieren könne. In der MRI-Untersuchung vom 4. März 2024 sei der im MRI vom 21. April 2023 festgestellte objektivierbare pathologische Befund im Bereich des Bizeps-Pulley komplett aufgelöst bzw. vernarbt und damit geheilt gewesen. Dieser zeitliche Verlauf weise ebenfalls überwiegend wahrscheinlich auf eine frische Bizeps-Pulley-Läsion im MRI vom 21. April 2023 hin. Es sei naheliegend, dass zum Zeitpunkt des operativen Eingriffs drei Monate posttraumatisch die Heilung (Reparaturvorgänge) bereits eingesetzt und sich bereits eine gewisse Vernarbung im Bereich der Subscapularissehne ausgebildet habe, sodass von Auge während der Operation keine Läsion (mehr) erkannt worden und die verbliebene Veränderung als (blosse) Tendinopathie interpretiert worden sei (S. 2). Ein Scheibenwischereffekt – wie von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ beschrieben (vgl. E. 3.2.6. hier vor) – liege hier wahrscheinlich bei keiner der genannten Läsionen vor. Einerseits sei die Subscapularis-Oberrand-Läsion innerhalb eines Jahres praktisch vollständig ausgeheilt, andererseits sei die Avulsion im Bereich der ventralen Supraspinatussehne klein ausgeprägt, was beides nicht für eine chronische Luxation der langen Bizepssehne im Rahmen eines degenerativen Geschehens spreche. Zusammenfassend habe objektivierbar ausgewiesen eine frische Bizeps-Pulley-Läsion Grad IV (und nicht Grad II; vgl. E. 3.2.6. hier vor) nach Habermeyer bestanden, womit die erste Operation vom 27. Juni 2023 mit Bizepsstenodese überwiegend wahrscheinlich kausal auf das Ereignis vom 3. März 2023 zurückzuführen sei. Entsprechend sei auch die postoperative Schultersteife und damit der zweite operative Eingriff vom 3. Januar 2025 überwiegend sekundär unfallkausal. Der Fallabschluss vor dem zweiten Eingriff sei damit zu Unrecht erfolgt. Die Ausführungen von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zeigten keine neuen Erkenntnisse, sondern entsprächen lediglich einer neuen Interpretation, welche objektivierbar bildgebend als unzutreffend ausgewiesen sei. An ihren vorangehenden Beurteilungen sei daher festzuhalten (S. 3).

### **3.2.8.**

Mit Duplik vom 25. Juli 2025 reichte die Beschwerdegegnerin einen neuerlichen Bericht ihres Versicherungsmediziners Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 23. Juli 2025 ein. Darin hielt er im Wesentlichen fest, dass akute

Zerreissungen, auch Teilrupturen, der Sehnen der Rotatorenmanschette sehr schmerzhaft seien und als bedrohlich empfunden würden, sodass Betroffene sich zeitnah (innert ca. einer Woche) in ärztliche Behandlung begeben würden. Vorliegend sei dies erst nach gut einem Monat erfolgt. Zudem habe für den erstbehandelnden Arzt offenbar kein Anlass dazu bestanden, aufgrund der Schmerzsituation radiologisch eine knöcherne Verletzung am linken Schultergelenk auszuschliessen. Eine akute Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Nebenkassierer habe offenbar nicht bestanden. All dies spreche gegen eine akute Verletzung im Rahmen des Ereignisses vom 3. März 2023 (S. 1). Ödeme würden für einen chronischen degenerativen Prozess oder für ein akutes Trauma sprechen; letztere seien aber mit zusätzlichen strukturellen Läsionen verbunden, welche sich intraoperativ jedoch nicht gezeigt hätten. Im Übrigen könne sieben Wochen nach dem Ereignis nicht mehr zwischen einer frischen Verletzung und einem chronischen degenerativen Prozess unterschieden werden. Aufgrund der beim operativen Eingriff vom 27. Juni 2023 durchgeführten Tenotomie der langen Bizepssehne sei denn auch der unauffällige Befund in der MRI-Untersuchung vom 4. März 2024 nachvollziehbar, da dadurch der Grund für den Scheibenwischereffekt (die lange Bizepssehne) behoben worden sei. Daher sei im MRI von 2024 auch keine weitere chronische Luxation der Bizepssehne zu erwarten gewesen, was nicht voraussetze, dass die Pulley-Läsion Grad II nach Habermeyer weiterhin bestanden habe. Es sei an seiner bisherigen Beurteilung festzuhalten (S. 2).

#### **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 in der Beurteilung 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.**

Insgesamt bestehen zwischen den Beurteilungen der Dres. med. E. \_\_\_\_\_ (zur deren Kompetenz als Fachärztin im Bereich der Unfallmedizin vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_355/2022 vom 2. November 2022 E. 7.2) und G. \_\_\_\_\_ einerseits (E. 3.2.2., 3.2.4., 3.2.6. und 3.2.8. hiervor) und jener des orthopädischen Behandlers Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (E. 3.2.1. hiervor) und den Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und B. \_\_\_\_\_ andererseits (E. 3.2.3., 3.2.5., 3.2.7. hiervor) gestützt auf die vorliegenden Akten unüberwindbare Widersprüche hinsichtlich der Frage der Unfallkausalität der Bizeps-Pulley-Läsion und damit der Unfallkausalität der ersten Operation vom 27. Juni 2023 wie auch der dadurch begründeten Revisionsoperation vom 3. Januar 2025. Daraus ergeben sich einerseits (mindestens geringe) Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der (blossen) Aktenbeurteilungen von Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann (E. 4.2. f. hiervor). Andererseits lässt deren fachärztlich an sich plausibel begründete Einschätzung, insbesondere jene von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, auch kein Abstellen auf die abweichende Beurteilung der Dres. med. F. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_ und B. \_\_\_\_\_ zu. Die Sache ist daher unter Aufhebung des entsprechenden Entscheids an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; BGE 133 V 196 E. 1.4 S. 200) ergänzende (allenfalls externe) medizinische Abklärungen vornehme, nach welchen sie über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen in Bezug auf das Ereignis vom 3. März 2023 über den 30. September 2024 hinaus (vgl. VB 102; 106; 134) und damit insbesondere für den operativen Eingriff vom 3. Januar 2025 (vgl. VB 129 S. 3 f.; 106) neu entscheidet.

#### **6.**

##### **6.1.**

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 27. März 2025 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

**6.2.**

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f<sup>bis</sup> 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 27. März 2025 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und 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. 3'300.00 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, 2. Dezember 2025

**Versicherungsgericht des Kantons Aargau**

1. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Kathriner

Siegenthaler