UV 200 2026 254
FRC/ZID/SSM

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. August 2026

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Zimmermann

A._____
vertreten durch Rechtsanwalt B._____

Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 26. Februar 2026

Sachverhalt:

A.

Der 1983 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er gemäss Schadenmeldung UVG vom 19. Februar 2025 am 12. Februar 2025 beim … von … in ein Auto eine herunterfallende … auffangen wollte, wobei er sich eine Prellung an der Hand zugezogen habe (Akten der Suva [act. II] 1). In der Folge wurden – nach ärztlichen Abklärungen – unfallbedingte Beschwerden an der rechten Schulter geltend gemacht. Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. II 2, 49), welche sie gestützt auf die bei ihrem Versicherungsmediziner PD Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eingeholte Aktenbeurteilung vom 11. August 2025 (act. II 38) zunächst formlos mit Brief vom 12. August 2025 (act. II 42) und nach Eingang weiterer medizinischer Berichte sowie nach Einholung einer weiteren Aktenbeurteilung vom 3. September 2025 (act. II 58) mit Verfügung vom 10. September 2025 (rückwirkend) per 12. August 2025 einstellte (dies ohne Rückforderung der bereits bis 31. August 2025 ausbezahlten Taggeldleistungen; act. II 66). Nachdem der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, dagegen Einsprache erhoben hatte (act. II 77, 89 f.), holte die Suva erneut eine Aktenbeurteilung bei PD Dr. med. C._____ vom 20. Februar 2026 ein (act. II 94) und wies die Einsprache mit Entscheid vom 26. Februar 2026 ab (act. II 95).

Im parallel dazu laufenden Verfahren der Invalidenversicherung (IV) wurde das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 26. Januar 2026 abgewiesen, dies mit der Begründung, er sei seit 10. November 2025 wieder zu 100 % in seiner angestammten Tätigkeit eingegliedert (act. II 88).

B.

Gegen den Einspracheentscheid vom 26. Februar 2026 (act. II 95) liess der Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 16. April 2026 Beschwerde erheben und beantragen, in Aufhebung des angefochtenen Entscheids sei die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin über den 12. August 2025 hinaus zu bejahen, eventualiter sei die Angelegenheit mit der Anordnung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, ein verwaltungsexternes medizinisches Gutachten unter Einbezug der notwendigen medizinischen Fachrichtungen (Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Radiologie) einzuholen und über die Leistungspflicht zu entscheiden, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 29. April 2026 unter Verweis auf den angefochtenen Einspracheentscheid auf eine umfassende Beschwerdeantwort und schloss auf 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 26. Februar 2026 (act. II 95). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 12. August 2025 hinaus und dabei insbesondere, ob die geklagten Beschwerden an der rechten Schulter noch als kausal zum Ereignis vom 12. Februar 2025 zu qualifizieren sind.

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 Abs. 1 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 (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358, 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2 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).

2.3

2.3.1 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1).

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. 120, 8C_537/2009 E. 5.1).

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 150 V 188 E. 4.2 S. 191).

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 150 V 188 E. 4.2 S. 192, 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.3.2 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsschäden deckt sich die natürliche weitgehend mit der adäquaten Unfallkausalität. Hier spielt mithin die unter Adäquanzgesichtspunkten entscheidende Frage, ob das Unfallereignis nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint, für die Begründung der Leistungspflicht praktisch keine Rolle (BGE 149 V 218 E. 5.2 S. 220).

2.4 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 149 V 224 E. 6.3.1 S. 235, 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11, 8C_283/2009 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 40 S. 162, 8C_183/2020 E. 2.3).

Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc

et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor. Eine solche Einstellung kann grundsätzlich auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will. In gleichem Sinne ist auch hinsichtlich der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsschaden zu entscheiden. Danach kann der Unfallversicherer trotz vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die Adäquanz verneinen und gestützt hierauf die Leistungen ex nunc einstellen. Nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (vgl. BGE 150 V 188 E. 7.2 S. 193 und E. 7.3.5 S. 196, 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

2.5 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 12. Februar 2025 (vgl. act. II 1) die kumulativen Anspruchsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.2 hiervor) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht (vgl. act. II 2, 49). Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht per 12. August 2025 mangels Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 12. Februar 2025 und den geklagten Beschwerden eingestellt hat (act. II 42, 66, 95). Aus den medizinischen Unterlagen ergibt sich hierzu – soweit entscheidwesentlich – das Folgende:

3.1.1 Die medizinische Erstversorgung erfolgte am Unfalltag (12. Februar 2025) beim Hausarzt dipl. Arzt D._____, Praktischer Arzt (act. II 25/1 Ziff. 1). Sein Bericht erfolgte (allerdings) erst am 27. Mai 2025, wobei er die seitherigen Erkenntnisse miteinbezog. Nach Vorliegen der Magnetresonanztomographie (MRT) vom 26. Februar 2025 diagnostizierte er eine traumatisierte Schulter nach einer ungewöhnlichen Armbewegung mit anschliessenden Schmerzen im HWS-Schulter-Bereich und im rechten Arm (act. II 25/1 Ziff. 2 und 5). Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 13. Februar bis 30. April 2025 (act. II 25/2 Ziff. 8; vgl. auch act. II 4 ff., 10).

3.1.2 Der den Beschwerdeführer konsiliarisch behandelnde Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 1. April 2025 eine traumatische partielle interstitielle Rotatorenmanschettenläsion (Supraspinatus-Sehne [SSP] ansatznah, Subscapularissehne [SSC] kranial) in der Schulter rechts, dominant nach Schulterdistorsion am 12. Februar 2025. Da keine transmurale Ruptur vorliege und sich die Gesamtsituation seit dem Unfall verbessert habe, werde ein konservatives Vorgehen und die Wiederaufnahme der Arbeit initial zu 50 % (bei ganztägiger Anwesenheit und 50 % Leistung) empfohlen (act. II 18). Entsprechend bescheinigte er vom 2. bis 13. April 2025 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (act. II 9).

Nachdem ein Arbeitsversuch am 2. und 3. April 2025 aufgrund von Schmerzen und Funktionseinschränkungen gescheitert war (vgl. act. II 14, 18/2 unten), verlängerte Dr. med. E._____ die vollständige Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Arbeiten bis 4. Mai 2025 (Zeugnisse vom 4. April 2025 [act. II 12 f.] und Nachtrag vom 4. April 2025 zum Bericht vom 1. April 2025 [act. II 18/2 unten] sowie Bericht vom 17. April 2025 [act. II 17]). Nach einer Kortisoninfiltration subacromial rechts vom 30. April 2025 formulierte Dr. med. E._____ das Ziel, die Arbeitsfähigkeit innert drei Wochen von 50 % auf 100 % zu steigern (Operationsbericht vom 30. April 2025 [act. II 19]); entsprechend attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 5. bis 25. Mai 2025 und anschliessend von 0 % (act. II 11).

Im Bericht vom 14. Mai 2025 hielt Dr. med. E._____ fest, die Infiltration habe nur zu einer kurzzeitigen vorübergehenden Schmerzlinderung geführt. Der Beschwerdeführer arbeite aktuell halbtags mit voller Leistungsfähigkeit auf dem …, habe jedoch weiterhin Schmerzen vor allem bei Abduktion und Flexion über 90°. Die Physiotherapie werde konsequent fortgeführt und eine Operation komme für den Beschwerdeführer nur als allerletzte Option in Frage. Entsprechend werde das Arztzeugnis dahingehend angepasst, dass für die nächsten sechs Wochen nur noch leichte Arbeiten durchgeführt werden sollten (act. II 24/3; vgl. auch act. II 23). Am 17. Juni 2025 attestierte Dr. med. E._____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 16. bis 22. Juni 2025 und von 50 % vom 23. Juni bis 6. Juli 2025 (act. II 27), wobei der Hausarzt in der Folge die vollständige Arbeitsunfähigkeit sukzessive bis am 31. August 2025 verlängerte (act. II 28, 34, 36).

3.1.3 PD Dr med. C._____, Suva-Versicherungsmedizin, führte in der Aktenbeurteilung vom 11. August 2025 aus, die MRT vom 26. Februar 2025 (vgl. act. II 22) habe keine Hinweise auf eine Gewalteinwirkung, jedoch typisch degenerativ zu erklärende Befunde zur Darstellung gebracht. Folglich sei die Gesundheit des Beschwerdeführers bei der vom aktuellen Unfallereignis betroffenen Körperregion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall aufgrund degenerativer Veränderungen in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen. Der Unfall habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen Läsionen geführt, welche objektivierbar seien. Unfallfolgen spielten im Beschwerdebild aufgrund allgemeiner traumatologischer Erfahrung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zwei bis drei Monate nach dem Geschehen keine Rolle mehr (act. II 38).

3.1.4 Die Ärzte des Spitals F._____ erkannten in der erfolgten Bildgebung (vgl. act. II 22) anlässlich der Sprechstunde vom 20. August 2025 eine Luxation des Humerus nach unten rechts (Ausrenkung des Schultergelenks), eine HAGL-Läsion (Bandverletzung am Schultergelenk) sowie eine Verletzung des Bizeps-Pulley-Systems. Zudem stelle sich eine intratendinöse nicht retrahierte SSP-Partialläsion anteriorer dar. Diese Befunde passten zur Traumaanamnese des Beschwerdeführers. Eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit werde bis Ende September 2025 attestiert (Bericht vom

20. August 2025 [act. II 51/3 ff.]). Im Anschluss an die Sprechstunde wurde sodann eine intraartikuläre Infiltration durchgeführt (Massnahmenbericht vom 20. August 2025 [act. II 52]).

3.1.5 Bezugnehmend auf diese Berichte des Spitals F._____ (vgl. E. 3.1.4 hiervor) kam PD Dr. med. C._____ in der Aktenbeurteilung vom 3. September 2025 zum Schluss, dass mit den vorliegenden ärztlichen Unterlagen weder eine Luxation noch eine Reposition, welche mindestens bei erstmaligem Ausrenken in der Regel kompetenter ärztlicher Behandlung bedürfe, dokumentiert sei. Die 14 Tage nach dem Ereignis durchgeführte MRT (vgl. act. II 22) ergebe keine Hinweise auf eine stattgehabte Luxation oder Gewalteinwirkung. An der Beurteilung vom 11. August 2025 (vgl. E. 3.1.3 hiervor) sei festzuhalten (act. II 58).

3.1.6 Das Spital F._____ hielt im Bericht vom 29. September 2025 an der Auffassung fest, dass die aktuellen Beschwerden an der rechten Schulter unfallbedingt seien, hätten doch vor dem Unfall keine Beschwerden an der rechten Schulter bestanden. Damit sei die Symptomatik zeitlich und kausal eindeutig mit dem Unfallgeschehen verknüpft. Degenerative Veränderungen in der Bildgebung könnten allenfalls als begleitende Vorschädigung interpretiert werden, die jedoch bis zum Unfallereignis klinisch stumm gewesen seien (act. II 78/1).

In einem weiteren Bericht vom 22. Dezember 2025 wird zusätzlich festgehalten, in der MRT vom 25. Februar 2025 (vgl. act. II 22) zeige sich eine HAGL-Läsion, welche typischerweise im Rahmen eines akuten traumatischen Ereignisses entstehe. Aus medizinischer Sicht sei deshalb davon auszugehen, dass die festgestellte HAGL-Läsion sowie die daraus resultierende anteriore Instabilität ursächlich auf das Ereignis vom 12. Februar 2025 zurückzuführen seien. Zuzustimmen sei der Auffassung, dass eine HAGL-Läsion in der Regel mit einer (zumeist anterioren) glenohumeralen Instabilität assoziiert sei. Bei der klinischen Untersuchung am 20. August 2025 habe sich eine diskrete anteriore Instabilität gezeigt (act. II 90/2 f.).

3.1.7 Dieser (gegenteiligen) Auffassung des Spitals F._____ (vgl. E. 3.1.6 hiervor) konnte sich PD Dr. med. C._____ im Bericht vom 20. Februar 2026 nicht anschliessen. Er diagnostizierte aktenbasiert einzig

geringe altersentsprechende und degenerativ zu erklärende kernspintomografische Auffälligkeiten der rechten Schulter ohne überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zum Geschehen vom 12. Februar 2025 (act. II 94/3 unten). Die (vom Spital F._____ angenommene) HAGL-Läsion beschreibe eine Bandverletzung des Ligamentum glenohumerale inferius (IGHL) an seinem Ansatz am Oberarmknochen, typischerweise ausgelöst durch eine traumatische Ausrenkung der Schulter (Luxation) in Abspreizung und Aussenrotation und sei häufig verbunden mit weiteren strukturellen Folgen wie z.B. einem Abriss des Kapsel-Labrum-Komplexes. Vorliegend werde aber selbst im Bericht des Spitals F._____ vom 20. August 2025 (vgl. act. II 51/3 ff.) bestätigt, dass sich sowohl das anteriore als auch das posteriore Labrum intakt zeigten. Anlässlich der ersten fachärztlichen Untersuchung vom 1. April 2025 seien von Dr. med. E._____ ausdrücklich keine Instabilitätszeichen gefunden worden. Es sei bemerkenswert und irritierend zugleich, dass die Schulterspezialisten des Spitals F._____ am 20. August 2025 zwar eine Luxation des Humerus nach unten rechts diagnostiziert hätten, die in der Konsequenz eine klinische Überprüfung einer allfällig fortbestehenden Instabilität verlange, entsprechende Testungen aber offenbar nicht vorgenommen, mindestens jedoch nicht dokumentiert worden seien. Die Wahrscheinlichkeit, mittels MRT eine HAGL-Läsion zu erkennen, werde in der aktuellen Literatur mit nur 50 - 83 % angegeben. Im vorliegenden Fall habe der Radiologe in seinem fachärztlichen Befund ein intaktes mittleres und inferiores glenohumerales Ligament erkannt (vgl. act. II 22), was eine von den Orthopäden des Spitals F._____ postulierte anteriore HAGL-Läsion ausschliesse (act. II 94/4).

3.2

3.2.1 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 anzuge-

ben, 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).

3.2.2 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).

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. 133, 9C_651/2019 E. 4.3). Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_383/2011 vom 9. November 2011 E. 4.2).

3.2.3 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. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Die Kreisärzte wie auch die Fachärzte des Kompetenzzentrums Versicherungsmedizin der Suva sind nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin. Da sie ausschliesslich Unfallpatienten, unfallähnliche Körperschädigungen und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Dies gilt unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenem Facharzttitel (Urteil des BGer 8C_471/2024 vom 13. Februar 2025 E. 6.3.3). Im Verhältnis zu den Allgemeinpraktikern kommt ihnen eine spe-

zialärztliche Stellung zu, wobei diese neben überwachenden und korrigierenden auch beratende Funktionen umfasst (SVR 2009 UV Nr. 9 S. 35, 8C_510/2007, E. 7.5.4).

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 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 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; Urteil des BGer 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat im hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 26. Februar 2026 (act. II 96) massgeblich auf die versicherungsmedizinischen Beurteilungen von PD Dr. med. C._____ abgestellt, welcher Bezug nahm auf die bildgebenden Befunde und die Berichte der behandelnden Ärzte. Die Beurteilungen des PD Dr. med. C._____ (act. II 38, 58 und 94) erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an eine medizinische Aktenbeurteilung (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und überzeugen. Der Versicherungsmediziner hat sich einlässlich mit den klinischen und bildgebend festgestellten Befunden auseinandergesetzt und sämtliche medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt. Seine Feststellungen sind schlüssig und nachvollziehbar begründet, so dass darauf abzustellen ist. Dass PD Dr. med. C._____ als Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates keine klinische Exploration des Beschwerdeführers vornahm, ist nicht zu beanstanden, konnte er sich

doch vorliegend aufgrund der medizinischen Akten einschliesslich der bildgebenden Abklärungen ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen. Zudem kann insbesondere die Kausalität im Rahmen eines Aktenberichts erörtert werden (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Auch verfügt er über die nötigen fachlichen Qualifikationen zur Beurteilung der sich im vorliegenden Fall stellenden Fragen.

Damit ist es durch das Unfallereignis vom 12. Februar 2025 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung im Sinne einer Schulterkontusion resp. -distorsion gekommen. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist diesbezüglich spätestens nach zwei bis drei Monaten der Status quo ante vel sine eingetreten. Die übrigen medizinischen Akten wie auch die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen keine (auch nur geringen) Zweifel an den Aktenbeurteilungen von PD Dr. med. C._____ zu wecken:

3.3.1 Der Beschwerdeführer bringt in der Beschwerde (S. 7 Ziff. 12.1) vor, in der MRT der rechten Schulter (vgl. act. II 22) seien keine degenerativ-krankheitsassoziierten Indizien festgestellt worden, mit denen die Beschwerden erklärt werden könnten. Zwar wird darin eine "erhaltene Kongruenz mit weitgehend reizlosen ACG ohne wesentliche degenerative Veränderungen", gleichzeitig in der Hauptsache aber auch eine Tendinose befundet (act. II 22). Bei letzterem handelt es sich um degenerative Veränderungen an den Sehnenursprüngen und -ansätzen (PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 1782). Dem entsprechend ging PD Dr. med. C._____ von typisch degenerativ zu erklärenden Befunden und folglich von überwiegend wahrscheinlich schon vor dem Unfall bestehenden (stummen oder manifesten) Beeinträchtigungen aus (act. II 38/1). Auch die Ärzte des Spitals F._____ wiesen auf "degenerative Veränderungen in der Bildgebung" hin, welche allenfalls als Vorschädigung interpretiert werden könnten (act. II 78/1). Ein krankhafter, wenngleich sich in stummer Weise manifestierender Vorzustand beim über 40-jährigen Beschwerdeführer ist damit erstellt.

3.3.2 Während der Radiologe Dr. med. G._____ im Befundbericht vom 26. Februar 2025 eine leichte mediale Subluxation am Oberrand der ansatznahen SSC-Sehne und einen nicht vollständig in Kontinuität abgrenzbaren Bizeps-Pulley (folglich Verdacht auf Bizeps-Pulley-Läsion) fest-

stellte (act. II 22), diagnostizierten die Orthopäden des Spitals F._____ anlässlich der Sprechstunde vom 20. August 2025 eine Luxation des Humerus nach unten rechts, eine HAGL-Läsion sowie eine Verletzung des Bizeps-Pulley-Systems (act. II 51/3). Diesbezüglich bringen sie selber vor, dass eine HAGL-Läsion in der Regel mit einer (zumeist anterioren) glenohumeralen Instabilität assoziiert sei (act. II 90/2 unten). Fakt ist aber, dass in ihrem Befundbericht vom 20. August 2025 eine solche Instabilität unerwähnt blieb (vgl. act. II 51/4) und Dr. med. E._____ zeitnah am 1. April 2025 Instabilitätszeichen ausdrücklich verneinte (act. II 18/1). Soweit nunmehr erstmals im Bericht vom 22. Dezember 2025 – auf entsprechende Frage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers hin – eine bei der klinischen Untersuchung vom 20. August 2025 festgestellte diskrete anteriore Instabilität erwähnt wird, erscheint dies höchst fraglich, auch deshalb, weil aufgrund einer (allfälligen) Instabilität indizierte klinische Überprüfungen und entsprechende Testungen unterblieben sind (vgl. act. II 94/4). Hinzu kommt, dass der Versicherungsmediziner der Beschwerdegegnerin unter Bezugnahme auf orthopädische Fachliteratur ausführt, dass eine HAGL-Läsion, welche mittels Kernspintomografie ohnehin nur schwer zu erkennen ist, eine Bandverletzung des IGHL und regelmässig einen Abriss des Kapsel-Labrum-Komplexes zur Folge hat, sich vorliegend aber das mittlere und inferiore glenohumerale Ligament selbst nach Einschätzung der Orthopäden des Spitals F._____ intakt präsentiert (vgl. act. II 51/4), was eine anteriore HAGL-Läsion ausschliesst (act. II 58, 94/4 f.). Die Orthopäden des Spitals F._____ stützten sich weder auf Fachliteratur noch setzten sie sich mit den diesbezüglichen Ausführungen von PD Dr. med. C._____ auseinander.

3.3.3 Allein der Umstand, dass allfällige Restbeschwerden vom Beschwerdeführer im Nachgang zum Unfall vom 12. Februar 2025 beklagt bzw. ärztlich abgeklärt wurden, vermag an der fehlenden Unfallkausalität nichts zu ändern, andernfalls dies auf die unzulässige Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc", nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist (BGE 149 V 218 E. 5.6 S. 223), hinauslaufen würde.

3.4 Aufgrund des Dargelegten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass das Ereignis vom 12. Februar 2025 lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung bei vorbestehenden degenerativen Befunden geführt hat und der Status quo ante vel sine im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 12. August 2025 eingetreten war. PD Dr. med. C._____ setzte sich im Rahmen seiner Beurteilung sorgfältig und unter wiederholter und einlässlicher Würdigung mit den bildgebenden Befunden, den Angaben des Beschwerdeführers zum Ereignishergang sowie den Berichten bzw. abweichenden Beurteilungen der Orthopäden des Spitals F._____ auseinander und legte schlüssig und im Einklang mit den übrigen Akten dar, dass es anlässlich des Unfalls vom 12. Februar 2025 zu keinen zusätzlichen strukturellen Läsionen, sondern einzig zu einer Schulterkontusion resp. -distorsion gekommen war, welche gemäss allgemein-traumatologischer Erfahrung nach zwei bis drei Monaten abgeheilt war. Die Beschwerdegegnerin ist ihrer Abklärungspflicht somit hinreichend nachgekommen und hat den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt in genügender Weise abgeklärt. Insbesondere liegen mit den Berichten der behandelnden Mediziner keine konkreten und differenzierten Einwände vor, welche auch nur geringe Zweifel an der Beurteilung von PD Dr. med. C._____ zu begründen vermöchten und die Einholung eines versicherungsexternen Gutachtens im Sinne des Eventualantrags Ziff. 3 in der Beschwerde (S. 2) erforderlich gemacht hätten bzw. machen würden. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4), weshalb davon abzusehen ist.

4.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 26. Februar 2026 (act. II 95) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Die Beschwerdegegnerin hat als mit der Durchführung der Unfallversicherung betraute Institution praxisgemäss keinen Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]; vgl. auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):
   - Rechtsanwalt B._____ z.H. des Beschwerdeführers
   - Suva
   - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin: Der Gerichtsschreiber:

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.