

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2025 77

Entscheid vom 2. April 2026

Besetzung

Dr.iur. Vital Zehnder, Präsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Luca Lehmann, a.o. Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
vertreten durch B. _____,

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach,
6002 Luzern,
Vorinstanz,

Gegenstand

Unfallversicherung (Leistungen; Kausalität)

Sachverhalt:

A. A._____ (Jg. 1977) war im Jahr 2021 bei der C._____ AG als Metallbauschlosser angestellt und daher bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 24. Oktober 2021 beim Downhill-Biken (vgl. Vi-act. 26.82041.21.0/1 = Vi-act. I/1) stürzte. Gleichentags diagnostizierte Dr.med. D._____ (Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Manuelle Medizin, Sportmedizin und Ultraschalldiagnostik) eine Kontusion Os zygomaticum rechts, eine Rissquetschwunde des Lidapparates rechts sowie eine kutane Abschürfung der oberen Extremität rechts (Vi-act. I/2). Der Unfall hatte keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge.

B. Am 21. Juni 2022 stürzte A._____ erneut - dieses Mal mit dem Elektrowelo auf dem Arbeitsweg (Vi-act. 25.41566.22.0/1 = Vi-act. II/1). Während des stationären Aufenthaltes im E._____ wurde eine offene Bursa präpatellaris am rechten Knie, eine Rissquetschwunde enoral zwischen den vorderen Schneidezähnen und der Unterlippe sowie eine ligamentäre UCL-Läsion Dig. I der linken Hand festgestellt (vgl. Vi-act. II/11). Aufgrund dieser Diagnosen erfolgte am 22. Juni 2022 die Weichteilrevision, Wundexploration, Spülung und Bursektomie des rechten Knies sowie die Wundexploration und Wundversorgung enoral (Vi-act. II/7; II/50). Am 28. Juni 2022 wurde die UCL-Bandläsion genäht. Die Suva informierte die Arbeitgeberin mit Schreiben vom 27. Juni 2022, sie werde die Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit diesem Berufsunfall übernehmen (Vi-act. II/4; II/5).

C. Am 25. Januar 2024 machte die Arbeitgeberin zum Unfall vom 21. Juni 2022 per 24. Januar 2024 einen Rückfall geltend betreffend Schulter rechts (Riss). Aufgrund der beim Sturz vom 21. Juni 2022 verursachten Schulterverletzung sei eine Operation notwendig (Vi-act. II/24). Am 8. Februar 2024 wurde A._____ an der rechten Schulter operiert. Bei Diagnose "Traumatisch-induzierte symptomatische AC-Arthropathie, Korbhenkel-SLAP-Läsion, dorsale Pulley-Läsion mit artikulärseitiger Partialläsion Supraspinatussehne Ellman Grad I-II Schulter rechts" wurde eine Schultergelenksarthroskopie, arthroskopische Bizepssehnenentodese periossär, PASTA-Repair ventrale Supraspinatussehne, subacromiale ventrale Softacromioplastik, knöcherne AC-Gelenksresektion Schulter rechts durchgeführt (Vi-act. I/15; II/96).

D. Die Versicherungsmedizinerin Dr.med. F._____ (Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin) kam mit Beurteilung vom 17. Juni 2024 zum Schluss, die Beschwerden an der rechten Schulter von A._____, welche durch die Operation vom 8. Februar 2024 behandelt wurden, seien nicht auf den Sturz vom 24. Ok-

tober 2021 zurückzuführen. Auch das Ereignis vom 21. Juni 2022 habe nicht zu wesentlichen Änderungen geführt. Stattdessen bestehe ein krankheitsbedingter Vorzustand (Vi-act. I/23 = Vi-act. II/65, 77 und 80). Darauf gestützt lehnte die Suva einen kausalen Zusammenhang zwischen der rechtseitigen Schulterbeschwerden und den Stürzen vom 24. Oktober 2021 und vom 21. Juni 2022 ab und verneinte den Anspruch von A._____ auf Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit der Operation vom 8. Februar 2024 (Vi-act. I/25; II/70; II/71; II/80).

E. Am 10. Juli 2024 ersuchte A._____ um Zustellung einer einsprachefähigen Verfügung (Vi-act. I/24; II/73) und liess gegen diese Verfügung vom 18. Juli 2024 (Vi-act. I/25; II/80) am 10. September 2024 Einsprache erheben (Vi-act. I/27; II/83). In der Folge holte die Suva beim Versicherungsmediziner Dr.med. G._____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) eine ärztliche Beurteilung ein. Dieser verneinte in der Beurteilung vom 10. Oktober 2025 die Kausalität zwischen den Stürzen und den Beschwerden ebenfalls (Vi-act. II/114). Mit Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2025 wies die Suva die Einsprache von A._____ ab (VG-act. 4 = Vi-act. I/31; Vi-act. II/116).

F. Gegen den Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2025 lässt A._____ (Beschwerdeführer) mit Eingabe vom 20. November 2025 beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 22. Oktober 2025 (ES05B04/2024) sei dahingehend abzuändern, dass diese dem Beschwerdeführer für die Folgen der Ereignisse vom 24. Oktober 2021 und vom 21. Juni 2022 erneut die gesetzlichen Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen hat.
2. Eventualiter sei die Sache in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides der Suva vom 22. Oktober 2025 (ES05804/2024) zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder das Gericht habe selbst ergänzende Abklärungen anzuordnen.
3. Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

G. Die Suva (Vorinstanz) reicht am 19. Dezember 2025 ihre Vernehmlassung ein und beantragt die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung des Einspracheentscheides vom 22. Oktober 2025 (VG-act. 7). Hiergegen repliziert der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 20. Januar 2026 (VG-act. 10). Die Vorinstanz verzichtet mit Schreiben vom 29. Januar 2026 auf eine Duplik (VG-act. 12).

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Zwischen den Parteien ist das Bestehen der geltend gemachten und operativ reparierten Schäden an der rechten Schulter des Beschwerdeführers unbestritten. Streitgegenstand ist einzig, ob die Stürze beim Downhill-Biken vom 24. Oktober 2021 und mit dem Elektrovelo vom 21. Juni 2022 kausal waren für die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers, welche zur Operation vom 8. Februar 2024 führten (vgl. Vi-act. I/31 E. 1). Die Suva stützte sich zu Verneinung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers vom 18. Juli 2024 denn auch einzig darauf, dass die medizinischen Unterlagen keinen sicheren oder wahrscheinlichen Kausalzusammenhang zwischen den beiden Ereignissen und den Schulterbeschwerden rechts zeigen würden (vgl. Vi-act. I/25). Strittig und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die Suva die natürliche Kausalität zwischen den Sturzereignissen vom 24. Oktober 2021 bzw. vom 21. Juni 2022 und den als Rückfall gemeldeten Schulterbeschwerden rechts zu Recht verneinte.

2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) vom 20. März 1981 werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Ausserdem erbringt die Versicherung nach Art. 6 Abs. 2 UVG ihre Leistungen auch bei Listenverletzungen, sofern diese nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ob es sich bei den vorliegenden Befunden um leistungspflichtige Listenverletzungen handelt, kann vorliegend offenbleiben. Liegt wie hier ein anerkanntes Unfallereignis vor, ergeben die medizinischen Beurteilungen jedoch, dass die gemeldete und diagnostizierte Listenverletzung nicht auf dieses anerkannte Ereignis zurückzuführen ist (und besteht kein Hinweis auf ein nach dem anerkannten Unfall eingetretenes initiales Ereignis, das Anlass zu Weiterungen geben könnte), so ist der Nachweis erbracht, dass das anerkannte Unfallereignis keine auch nur geringe Teilursache der Listenverletzung bildet, mithin die Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 %, auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, was eine Leistungspflicht ausschliesst (BGE 146 V 51 E. 9.2; vgl. auch Urteile BGer 8C_78/2025 vom 16.12.2025 E. 4.1).

2.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 134 V 109 E. 2.1; BGE 129 V 177 E. 3.1 f.).

2.1.1 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 147 V 161 E. 3.2); also wenn der Unfall überwiegend wahrscheinlich zumindest eine indirekte Teilursache der gesundheitlichen Beschwerden ist (BGE 142 V 435 E. 1; BGE 134 V 109 E. 2.1; Urteile BGer 8C_685/2024 vom 5.9.2025 E. 4.1; 8C_640/2022 vom 9.8.2023 E. 3.2; 8C_156/2025 vom 7.8.2025 E. 9.1 je mit Hinweisen).

2.1.2 Als adäquate Ursache eines Erfolges hat ein Ereignis nach der Rechtsprechung dann zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und 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 (BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 125 V 461 E. 5a, je mit Hinweisen).

2.1.3 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung und in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu befinden hat, wogegen die Adäquanz eine Rechtsfrage ist, die nur vom Rechtsanwender, mithin der Versicherung und im Beschwerdefall dem Gericht, beantwortet werden kann (Urteile BGer 8C_634/2022 vom 23.12.2022 E. 3.1, 8C_15/2021 vom 12.5.2021 E. 7.3). Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate und natürliche Kausalität weitgehend decken (BGE 134 V 109 E. 2; Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 9.3).

2.2 Versicherungsleistungen werden gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) vom 20. Dezember 1982 auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten

Krankheitsbild führen können (Urteile BGer 8C_148/2018 vom 6.7.2018 E. 6.1; 8C_382/2018 vom 6.11.2018 E. 2.2).

2.2.1 Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 118 V 293 f. E. 2c mit Hinweisen).

2.2.2 Zu betonen ist, dass der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können (Urteil BGer 8C_646/2019 vom 6.3.2020 E. 4.2). Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil BGer 8C_617/2023 vom 11.3.2024 E. 2.3; SVR 2016 UV Nr. 18 S. 55, 8C_331/2015 E. 2.2.2; SVR 2010 UV Nr. 31 S. 125, 8C_816/2009 E. 6, je mit Hinweis). Eine allfällige Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus, welche einen Rückfall oder eine Spätfolge geltend macht und daraus einen Leistungsanspruch ableiten will (vgl. BGE 117 V 264 E. 3b; Urteil des EGV U 69/03 vom 7.4.2004 E. 2.3, je mit Hinweis; Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 78 f.).

3. Zum medizinischen Verlauf lässt sich aus den Akten das Folgende entnehmen:

3.1 Am 25. Oktober 2021 reichte die Arbeitgeberin der Suva eine Bagatellunfall-Meldung UVG ein (Vi-act. I/1). In dieser wird der Sachverhalt wie folgt geschildert: "Velofahren/Bike: Beim Bike-Downhill gestürzt (mit kompletter Sicherheitsausrüstung)". Verletzt seien das Gesicht (Riss) sowie die rechte Schulter (Prellung).

3.2 Nach dem Sturz am 24. Oktober 2021 suchte der Beschwerdeführer gleichentags Dr.med. D. _____ auf (Vi-act. I/2). Dieser protokollierte, der Patient sei in Vollschutzmontur über einen Kicker ca. Weite: 15m und ca. 2-3m hoch ge-

sprungen, v = 40km/h. Anschliessend Scherung des Vorderades und Sturz auf den Kopf frontal. Keine Bewusstlosigkeit und keine Zeichen einer Schädelhirnverletzung bei Vorstellung. Als klinischen Befund dokumentierte er u.a.:

Gesichtsschädel: Schädel intakt und stabil, Os frontale/maxilla, mandibula intakt und indolent. Orbita bds. indolent, intakt. Os zygomaticum indolent intakt.

Auge: links bland, Auge rechts: RQW Unterlid lateral ca. 0,5cm. Bulbus intakt. Sklera blande. Okulomotorik intakt, keine Blickparese, Visus intakt. Blickfolge glatt.

Neuro: GCS 15, Hirnnerven intakt, kein sensomotorisches Defizit.

Hand rechts: Kutane Abschürfung über MCP II dorsal ohne Druckdolenz.

Unterarm rechts: Kutane Abschürfung, ossär indolent. Weitere ober und unter Extremitäten frei beweglich.

Schliesslich stellte Dr.med. D. _____ die Diagnose:

MTB-Unfall vom 24.10.2021

- Kontusion Os zygomaticum rechts
- RQW Lidapparat rechts: laterales Unterlid (ca. 5mm)
- Kutane Abschürfung obere Extremität rechts

3.3 Am 25. Oktober 2021 suchte der Beschwerdeführer zur Nachkontrolle seinen Hausarzt auf, welcher eine Wunde am Augenwinkel aufnotierte (Vi-act. II/111). Am 29. Oktober 2021 erfolgte die Fadenentfernung. Weiter dokumentierte er, der Beschwerdeführer merke generell noch etwas die Muskulatur, muskelkaterartig; auch an der rechten Schulter bestehe noch ein leichtes Ziehen. Es wurde Kontrolle nach Bedarf und Bedarfsanalgesie verordnet.

3.4 Am 13. Dezember 2021 suchte der Beschwerdeführer seinen Hausarzt neuerlich auf wegen Beschwerden an der rechten Schulter seit dem Velosturz, welche nun vermehrt bestünden; er habe das Gefühl, im Bereich des AC-Gelenks rechts sei eine vermehrte Erhebung; beim Zähneputzen des Sohnes bestehe ein klackendes Geräusch im AC-Gelenk. Die Schulter zeigte sich frei beweglich, leichte Druckdolenz über dem AC-Gelenk; ein Röntgen zeigte keinen Hinweis auf eine stattgehabte Fraktur. Es wurde eine Kontrolle bei fehlender Besserung vereinbart.

Am 12. Januar 2022 meldete der Beschwerdeführer dem Hausarzt telefonisch weiterhin bestehende Schulterbeschwerden. Der Hausarzt veranlasste ein MRT der rechten Schulter und überwies den Beschwerdeführer an den Facharzt.

3.5 Aus dem radiologischen Befund von Dr.med H. _____ (Facharzt diagnostische Radiologie FMH) zum Arthro MRI des rechten Schultergelenks vom 17. Januar 2022 bei Indikation Sturz mit Mountainbike am 24. Oktober 2021, anhaltende Schmerzen, klinisch Verdacht auf ACG-Verletzung, ergab sich das Folgende (Vi-act. I/21):

Regelrechte glenohumerale Artikulation. Acromion Typ II nach Bigliani. Degenerativ verändertes AC-Gelenk mit deutlicher Arrosion der Gelenkflächen sowie gelenknahem Knochenmarködem in der lateralen Klavikula. Breit den Humeruskopf deckende Sehnen des Musculus supra- und infraspinatus mit intakten Insertionen am Tuberculum majus. Supraspinatus- und Infraspinatusmuskelbäuche kräftig. Intakte Insertion der Subscapularissehne am Tuberculum minus. Orthotope Lage der langen Bizepssehne im Rotatorenintervall. Dislozierte SLAP-Läsion Typ IV mit Abriss des oberen Glenoids und Rissbildung in den Bizepsanker, Ausdehnung des labralen Abrisses gegen ventral und dorsal. Unauffälliger glenohumeraler Knorpel.

3.6 Am 27. Januar 2022 - rund drei Monate nach dem Sturz - erfolgte der Untersuchung bei Dr.med. I. _____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates). Dieser hielt fest, der Beschwerdeführer habe nach dem Unfall auf einen positiven Spontanverlauf gehofft. Er merke ein Schnappen eher auf Höhe des AC-Gelenkes lokalisiert und leichtere bis mittelmässige belastungsabhängige Schmerzen; eine Bewegungslimitierung und Kraftverlust lägen nicht vor. Klinisch stellte Dr.med. I. _____ ein leicht prominentes rechtsseitiges AC-Gelenk fest, wobei keine vollständige AC-Luxation erkennbar sei. Die Schultergelenksbeweglichkeit sei vollständig uneingeschränkt in Flexion, Abduktion, Innenrotation und Aussenrotation. Auch sei kein Kraftverlust und keine Aussenrotationslimitierung festzustellen. Die Rotatorenmanschette sei vollständig intakt. Ausserdem bestehe keine horizontale Instabilität. In der Beurteilung ging er von einer "symptomatischen AC-Arthropathie eventuell mit einer kleinere[n] Diskusverletzung" aus, was das subjektiv bemerkte Schnappen erklären würde. Als Diagnose stellte er den Verdacht auf eine "symptomatische AC-Arthropathie bei Rockwood I-II-Verletzung, DD kleinere SLAP-Läsion Schulter rechts". Er empfahl eine intraartikuläre AC-Gelenksinfiltration, deren Erfolg im Rahmen der Differenzialdiagnostik zwischen AC-Gelenksproblem und SLAP-Läsion zu unterscheiden helfen könne (Vi-act. I/6). Am 16. Februar 2022 berichtete Dr.med. I. _____ dem Hausarzt, der Beschwerdeführer habe auf die Infiltration sehr positiv reagiert; der Leidensdruck sei kaum mehr vorhanden. Der Patient spüre einzig leichte Krepitationen, mit welchen er sich jedoch gut abfinden könne. Als einzige Option bliebe im Fall der Fälle eine AC-Rekonstruktion, wobei der Leidensdruck im Moment einen solchen Eingriff nicht rechtfertige (Vi-act. I/7; Vi-act. II/116).

3.7 Am 21. Juni 2022 stürzte der Beschwerdeführer erneut, als er mit dem Elektrovelo in einer Kurve auf schlammigem Kiesuntergrund wegrutschte (Vi-act. II/1, II/11 S. 3; II/24). Der Beschwerdeführer wurde gleichentags vom Rettungsdienst vom Spital J. _____ ins E. _____ überführt, wo zum Unfallereignis folgende Angaben des Beschwerdeführers dokumentiert wurden:

Der Patient berichtet, er sei mit einem E-Bike (ca. 10 km/h) auf Kiesuntergrund gestürzt. Dabei habe er sich die linke Hand, das rechte Knie sowie den vorderen Brust-

korb und das Kinn angeprallt. Es bestünden nun Schmerzen am linken Daumen und rechten Knie mit dortigen Schürfungen, ferner eine schmerzlose Schürfung am vorderen Brustkorb und Kinn. Im Mund habe er ein "Loch" vor den unteren Schneidezähnen am Übergang zur Unterlippe bemerkt. Kein Kopfanprall, keine Bewusstlosigkeit, keine Übelkeit, kein Erbrechen; zudem kein Anprall von Lenker oder andersweitigen Objekten an Brustkorb oder Bauch. Er sei eigenständig aufgestanden und habe sich in das Spital J. _____ begeben [...].

Aus dem Eintrittsbefund ergibt sich bezogen auf die Extremitäten (und damit die hier strittige Frage): "Extremitäten: Knie rechts mit fokalem, mutmasslich tiefem Defekt (0,5 x 0,5cm), zudem hämatös deutlich geschwollen. [...] Daumen links mit Exkoration dorsal über P1. Schwellung über MCP-Gelenk. Druckdolenz ulnarseits. Deutlich vermehrte Aufklappbarkeit im Seitenvergleich. Andernfalls übrige Gelenke der Extremitäten frei und schmerzlos beweglich. pDMS soweit intakt".

Gemäss Austrittsbericht wurden folgende Diagnosen erhoben:

1. Offene Bursa präpatellaris Knie rechts vom 21.06.2022
- i.R. von E-Bike Sturz
2. RQW enoral zwischen vorderen Schneidezähnen und Unterlippe, ED 21.06.2022
- i.R. E-Bike Sturz
3. Ligamentäre UCL-Läsion Dig. I Hand links, ED 21.06.2022

Der Beschwerdeführer blieb vom 21. bis 25. Juni 2022 im E. _____ hospitalisiert. Hinweise auf die rechte Schulter finden sich - abgesehen vom Vermerk, übrige Gelenke der Extremitäten frei und schmerzlos beweglich - in den Akten zur Hospitalisation keine (vgl. Vi-act. II/7; II/11; II/50). Die Verletzung des Daumens wurde nach dem Spitalaufenthalt am 28. Juni 2022 durch eine Bandnaht MCP-I links mittels Mini-Mitek durch Dr.med. K. _____ (FHM Handchirurgie und FMH Chirurgie) versorgt (Vi-act. II/21).

3.8 Bei Diagnose 'Kontusion Knie rechts, RQW mit eröffneter Bursa am 21.06.2022' verordnete der Hausarzt am 5. Juli 2022 Physiotherapie (Vi-act. II/15). Und am 16. August 2022 stellte er eine neue erste Verordnung aus bei Diagnosen "Posttraumatische Muskelatrophie Knie rechts bei Kniekontusion und Hämato-bursa rechts; AC-Arthropathie nach Schulterkontusion" (Vi-act. II/16).

3.9 Am 16. August 2022 konnte der Beschwerdeführer seine Arbeitstätigkeit als Metallbauschlosser wieder zu 50% und am 29. August 2022 zu 100% aufnehmen (Vi-act. II/18; II/19).

3.10 Am 17. August 2022 suchte der Beschwerdeführer aufgrund wiederauftretender Beschwerden über dem AC-Gelenk erneut die L. _____-Klinik auf, wobei Dr.med. M. _____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) eine "Retraumatisierung des AC-Gelenkes im Rahmen

eines Mountainbike-Sturzes" diagnostizierte. Nach Abklingen der Akutphase im Bereich des Knies und der Hand habe der Beschwerdeführer über Schmerzen im Bereich des rechten Schultergelenkes analog zum Januar 2022 geklagt, wobei er diese Schmerzen im Zusammenhang mit der Überbelastung und eventuell einer erneuten Traumatisierung im Zusammenhang mit dem Mountainbike-Sturz interpretiert habe. Klinisch imponiere eine Druckdolenz über dem AC-Gelenk, was die typischen Beschwerden provoziere. Die SLAP-Läsion sei weiterhin asymptomatisch. In der Folge wurde eine zweite AC-Gelenksinfiltration durchgeführt (Vi-act. I/8). Gemäss Verlaufskontrolle vom 14. September 2022 habe der Beschwerdeführer erneut gut auf die Infiltration angesprochen, weshalb die Behandlung zum damaligen Zeitpunkt abgeschlossen wurde (Vi-act. I/9).

3.11 In einer weiteren Sprechstunde vom 17. März 2023 bei Dr.med. I. _____ äusserte der Beschwerdeführer, die Situation sei für ihn nicht ganz befriedigend (Vi-act. I/9). Dr.med. I. _____ erörtere mit ihm eine arthroskopische Rückzugsoption "bei zum einen klar symptomatischer AC-Arthropathie nach bekanntem Trauma und fraglicher SLAP-Läsion am Bizepsanker"; alternativ wäre eine neuerliche AC-Gelenksinfiltration möglich.

3.12 In der Folge suchte der Beschwerdeführer am 22. August 2023 für eine Zweitmeinung Dr.med. N. _____ (Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) auf. Dieser stellte die Diagnose "aktivierte AC-Gelenksarthrose (Distal clavicle osteolysis) Schulter rechts". Er dokumentierte unter Anamnese, der Beschwerdeführer sei früher kampfmässig Motocross gefahren; 2022 habe er einen Sturz auf die rechte Schulter gehabt mit seither anhaltenden AC-Gelenksbeschwerden. MR-tomografisch zeige sich bis auf die Osteolyse der distalen Clavicula und leicht tendinopathisch veränderter langer Bizepssehne ein weitestgehend unauffälliger Befund des rechten Schultergelenks. Beurteilend hielt Dr.med. N. _____ fest, der Beschwerdeführer leide an einer klassischen Distal clavicle osteolysis, welche sicherlich durch das Motocrossfahren bedingt sei; durch den Sturz hätten sich die Beschwerden akzentuiert; für ihn stünden die AC-Gelenksbeschwerden im Vordergrund. Er führte eine dritte AC-Gelenksinfiltration durch (Vi-act. I/11).

3.13 Am 4. Dezember 2023 stellte sich der Beschwerdeführer wiederum bei Dr.med. I. _____ vor, wobei festgestellt wurde, dass die erneute AC-Gelenksinfiltration keine Besserung herbeigeführt habe. Klinisch zeigte sich eine freie Beweglichkeit bei intakter Rotatorenmanschette bei jedoch weiterhin druckempfindlichem AC-Gelenk und positiver Palm-Up-Testung über der langen Bizepssehne. Zwecks Bilanzierung wurde ein weiteres Arthro-MRI veranlasst (Vi-act. I/9).

3.14 Nach dem Arthro-MRI der rechten Schulter vom 11. Dezember 2023 bei Indikation "ACG, LBS?" gelangte Dr.med. O. _____ (Fachärztin FMH Radiologie) zur Beurteilung (Vi-act. I/10):

Aktuell Dehizens im AC- Gelenk mit Exsudation, DD Tossy I sowie V.a. stattgehabte nicht dislozierte Fraktur des Humeruskopfes ventral mit residuellem Knochenmarködem, Klinik?

Bursitis subacromialis/- deltoidea

Bekannte SLAP-Läsion IX [sic] mit progredienten kaudal betonten paralabralen Zysten

In der Sprechstunde vom 11. Dezember 2023 interpretierte Dr.med. I. _____ den MRI-Befund als deutlich verändertes AC-Gelenk mit wahrscheinlich rupturierter Diskusflüssigkeit und aktivierter Synovia. Des Weiteren Kontrastmitteleintritt im Bereich des Bizepsankers zumindest differenzialdiagnostisch vereinbar mit doch relevanter SLAP-Läsion. Die Rotatorenmanschette an sich scheine intakt, es zeigten sich hier keine weiteren Auffälligkeiten. Weiter notierte er, auch in der nochmaligen kurzen Testung sei der Palm-up-Test positiv, während sich die Jobe-Position über der Supraspinatussehne schmerzfrei gezeigt habe.

3.15 Am 25. Januar 2024 erstattete die Arbeitgeberin der Vorinstanz eine Rückfallmeldung betreffend den Sturz vom 21. Juni 2022 (vgl. Vi-act. I/13; II/24). Ebenfalls am 25. Januar 2024 ersuchte das Spital P. _____ unter Verweis auf den Unfall vom 24. Oktober 2021 um Kostengutsprache für einen Eingriff vom 8. Februar 2024 an der Schulter (Vi-act. II/25). Die Vorinstanz bestätigte den Eingang der Schadenmeldung und des Gesuchs und forderte verschiedene zur Leistungsprüfung notwendige Unterlagen ein (Vi-act. II/26 ff.). Am 8. März 2024 reichte das Spital P. _____ ein neues Kostengutsprache gesuch (für den Eingriff vom 8.2.2024) ein, neu unter Angabe der Schadennummer des Unfalls vom 21. Juni 2022 / Rückfall (Vi-act. I/14; II/46).

3.16 Am 8. Februar 2024 führte Dr.med. I. _____ eine Schultergelenksarthroskopie durch bei Diagnose "Traumatisch-induzierte symptomatische AC-Arthropathie, Korbhenkel-SLAP-Läsion, dorsale Pulley-Läsion mit artikulärseitiger Partialläsion Supraspinatussehne Ellman Grad I-II Schulter rechts" (Vi-act. I/15; vgl. Ingress Bst. C). Dem Operationsbericht lässt sich entnehmen:

Eingehen in das Gelenk durch ein dorsales Standardportal und intraartikulärer glenohumeraler diagnostischer Rundgang. Unauffällige Subscapularissehne. Ausgeprägte Korbhenkel-SLAP-Läsion über sicher 2-3 cm Breite. [...] Dorsale Pulley-Läsion mit Verletzung der ventralen Supraspinatussehne Ellman Grad I-II. [...] Die sonstige Supra- und Infrapinatussehne scheint intakt. Der Recessus axillaris ist frei. Kein weiterer labraler relevanter Schaden. Mit Blick auf die doch schlussendlich bestätigte Läsion im Bizepsanker-Komplex entscheiden wir uns für eine Bizepsseh-

zentenodese. [...] Es gelingt eine sehr schöne Tenodese. Resektion des intraartikulären Bizepssehnenstumpfes. Nachfolgend Anfrischen der ventralen Suprapinatussehne und Entscheid auch hier eine PASTA-artige Rekonstruktion durchzuführen. [...] Wechsel nach subacromial. Hier zeigt sich eine blande Bursa, sodass wir uns entscheiden, eine bursaerhaltene Supraspinatussehnen-Naht durchzuführen. [...] Dann ebenfalls unter weitgehendem Erhalt der Bursa kurzstreckige Weichteil Acromioplastik ventral. Aufsuchen des AC-Gelenks, Eröffnen desselben. Das AC-Gelenk wirkt zum Teil noch blutig-tingiert und der Discus verletzt. Resektion des Discus, sparsame knöcherne Resektion der lateralen Clavicula. [...].

Ab Operation war der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig, ab 15. April 2024 zu 50% (Vi-act. II/60); ab 20. Mai 2024 war er wieder voll arbeitsfähig, wobei vorerst im Büro, ab 3. Juni 2024 am angestammten Arbeitsplatz in der Montage-Werkstatt (Vi-act. II/64, 72).

4. Zur strittigen Kausalität zwischen den Ereignissen vom 24. Oktober 2021 und vom 21. Juni 2022 und der am 8. Februar 2024 erfolgten Operation der Schulterbeschwerden rechts bestehen mehrere ärztlichen Beurteilungen.

4.1 Mit Kurzbeurteilung vom 17. Juni 2024 beantwortete die Versicherungsmedizinerin Dr.med. F._____ die ihr von der Vorinstanz unterbreitete Frage, ob die geltend gemachten Beschwerden an der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 24. Oktober 2021 zurückzuführen seien (Vi-act. I/23).

Die Frage verneinte Dr.med. F._____; die Beschwerden seien nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 24. Oktober 2021 zurückzuführen. Es bestehe ein krankheits- und abnutzungsbedingter Vorzustand mit AC-Gelenksarthropathie und degenerativer SLAP IV. Das Ereignis vom 24. Oktober 2021 habe an der betroffenen Extremität bei der Erstuntersuchung unmittelbar am Unfalltag keine äusseren Verletzungsfolgen bewirkt. Die Beweglichkeit der Extremitäten seien sowohl im primary als auch im secondary Check vollkommen unauffällig und normal gewesen. Auch habe zu keinem Zeitpunkt im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Oktober 2021 eine Arbeitsunfähigkeit als Metallbauschlosser bestanden. Diese Umstände sprächen nicht für eine frische Binnenverletzung am Schultergelenk. Die knapp 3 Monate nach Ereignis durchgeführte MRT Arthro vom 17. Januar 2022 zeige den Vorzustand mit AC-Arthropathie und SLAP sowie Texturstörung des Supraspinatus ohne Unterbruch der Kontinuität, was sich auch klinisch in der Erstuntersuchung am 27. Januar 2022 gezeigt habe. Entsprechend habe Dr.med. I._____ in seiner Diagnose Verdacht auf symptomatische AC-Arthropathie geäußert. Die SLAP-Veränderungen seien bei der Facharztuntersuchung asymptomatisch gewesen, da keine horizontale Instabilität habe dokumentiert werden können. Die Interpretation

von Dr.med. I._____ einer möglichen Rockwood-Verletzung Grad I-II sei bei fehlender Klinik zum Erstzeitpunkt aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, zumal hierfür eine deutliche Bewegungseinschränkung hätte vorliegen müssen. Die Behandlung sei dann infolge einer deutlichen Besserung nach Infiltration des AC-Gelenks sistiert und erst im Rahmen des neuen Ereignisses vom 21. Juni 2022 wieder aufgenommen worden. In Bezug auf dieses zweite Ereignis habe auch die erneute Beurteilung vom 17. August 2022 an der Schulter keine wesentlichen Änderungen bei weiterhin bestehender AC-Gelenksarthropathie und degenerativer SLAP ergeben. Mit Zweitbeurteilung vom 22. August 2023 liege nach wie vor eine AC-Gelenksarthropathie vor. Zusammenfassend habe das Ereignis vom 24. Oktober 2021 gemäss Dr.med. F._____ keine richtunggebende Verschlimmerung bewirkt; der Vorzustand einer AC-Gelenksarthropathie sei vorübergehend aktiviert und nach Infiltration als gebessert dokumentiert (Viact. I/23).

4.2 Mit der Einsprache vom 10. September 2024 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme von Dr.med. I._____ vom 9. September 2024 ein (Viact. I/27; I/28). Dieser äusserte, allein gestützt auf Veränderungen im MRI (vom 11.12.2023) von einem degenerativen Prozess als Beschwerdeursache auszugehen, sei schwer nachvollziehbar. Die intraoperative Bildgebung habe eine ausgeprägte klassische Korbhenkelläsion Typ III nach Snyder gezeigt. Dr.med. F._____ spreche lediglich von einer SLAP-IV-Läsion, ohne die entsprechende Klassifikation zu benennen, obwohl es verschiedene Klassifikationen des Bizepsankers gebe. Insofern sei eine gewisse diagnostische Unschärfe vorhanden. Auf der intraoperativen Bildgebung sei erkennbar, dass der korbhenkelartig abgerissene Bizepsanker leicht nach caudal/glenohumeral disloziere. Eine derartige strukturelle Komplexverletzung sei erfahrungsgemäss die Folge einer relevanten Gewalteinwirkung und entspreche nicht dem degenerativen Normalzustand eines 46-jährigen Patienten, sondern spreche vielmehr für eine stattgefundene akute Einwirkung entweder bei Abduktion des Armes, oder alternativ könne es auch zu einer kranial gerichteten Translationsbewegung des Oberarmkopfes bei anliegendem Arm gekommen sein, wobei eine Art Scherbelastung auf den Bizepsanker ausgeübt worden sei. Insofern sei sowohl die Klassifikation der Bizepsverletzung als auch die Einordnung bezüglich Kausalität von Dr.med. F._____ schwer nachvollziehbar.

Darüber hinaus würden sich im MRI die beschriebenen Signalalterationen im Bereich des Tuberculum majus im Insertionsbereich der Supraspinatussehne zeigen, welche bereits durch die Radiologin als posttraumatischer Zustand diskutiert

werde. Auch dies spreche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für ein relevantes, stattgefundenes Trauma.

In seinem ersten Sprechstundenbericht vom 25. Januar 2022 werde angegeben, dass keine horizontale Instabilität vorgelegen habe. Hiermit sei die glenohumerale Instabilitätskomponente überprüft und beschrieben worden. Die Versicherungsmedizinerin halte nun fest "bezüglich der SLAP-Veränderung war dies bei der Untersuchung asymptomatisch da keine horizontale Instabilität dokumentiert werden konnte". Weshalb diese horizontale Instabilität zur Argumentation bezüglich der Bizepsverletzung angeführt werde, sei nicht nachvollziehbar. Eine eigentliche Testung des Bizepsankers (Palm-Up-Testung etc.) sei im Januar 2022 nicht dokumentiert. Damals habe das symptomatische AC-Gelenk dominiert, was aber nicht bedeute, dass der Patient nicht gleichzeitig eine Verletzung des Bizepsankers erfahren habe. Komorbiditäten von AC-Gelenkverletzungen und Bizepsanker-Verletzungen seien statistisch bekannt.

Grundsätzlich sei es fragwürdig, bei einem motivierten, eher etwas indolenten Patienten eine rasche Wiederaufnahme der Belastung als Argument für eine abgeschlossene Heilung anzuführen. Damals habe man die Schmerzen mittels einer intraartikulären AC-Gelenksinfiltration lokal und temporär lindern können. Dies spreche dafür, dass nur ein Teil der Beschwerden aus dem AC-Gelenk gestammt hätten. Bezüglich der Kausalität helfe dies nicht. Auch sei die nachfolgende Beschwerdereduktion nicht gleichbedeutend mit der Tatsache, dass die Bizepssehne, respektive die Rotatorenmanschette, nicht auffällig gewesen seien.

Zusammenfassend geht Dr.med. I. _____ weiterhin tendenziell mit Blick auf die PASTA-artigen Veränderungen der Rotatorenmanschette, der eindrücklichen Korbhenkelläsion Typ III nach Snyder und dem akut symptomatisch gewordenen AC-Gelenk von einer eindeutig posttraumatischen, unfallkausalen Problematik aus.

4.3 Im Rahmen des Einspracheverfahrens holte die Vorinstanz eine ärztliche Beurteilung des Versicherungsmediziners Dr.med. G. _____ ein (Vi-act. II/88). Hierfür verlangte dieser das Einholen der intraoperativen Bildaufnahmen (Vi-act. II/89; II/95) sowie weiterer medizinischer Akten (Vi-act. II/98, II/108-111). In seiner medizinischen Beurteilung vom 10. Oktober 2025 (Vi-act. II/114) fasste Dr.med. G. _____ die medizinischen Akten betreffend die zwei Schadenfälle zusammen und stellte die Diagnosen:

Diagnosen (unfallkausal)

- Kontusion Unterarm/Schulter rechts vom 24.10.2021
- Kontusion Gesichtsschädel mit Riss-Quetsch-Wunde Unterlied rechts vom 24.10.2021

- Traumatische Eröffnung Bursa präpatellaris Knie rechts vom 21.06.2022
- Kontusion Gesichtsschädel mit Riss-Quetsch-Wunde Lippe vom 21.06.2022
- Kontusion Thorax vom 21.06.2022
- Läsion des ulnaren Kollateralbandes Daumengrundgelenk links vom 21.06.2022

Diagnosen (unfallfremd)

Schulter rechts:

- AC-Arthrose
- SLAP-Läsion Typ III nach Snyder
- Artikulareseitige Partialläsion der Supraspinatussehne mit Einbezug des dorsalen Pulleys

Der Beschwerdeführer habe am 24. Oktober 2021 einen Sturz beim Bike-Downhill erlitten. Den Aufzeichnungen von Dr.med. D. _____ zufolge seien bei zwei zeitlich versetzten Untersuchungen (Bodycheck, Secondary Survey) alle Extremitäten frei beweglich gewesen. Bezogen auf die rechte Schulter seien keine Beschwerden thematisiert oder pathologischen Befunde genannt, was aus orthopädisch-traumatologischer Perspektive gegen eine strukturelle Verletzung der Schulter spreche, hätten sich solche doch nach klinisch-praktischer Erfahrung unmittelbar in Form von Schmerzen oder einer Funktionsbeeinträchtigung äussern sollen, dies unabhängig von Verletzungen in anderen Körperregionen. Auch am Folgetag (25.10.2021) habe der Hausarzt keine Symptomatik an der rechten Schulter dokumentiert. Erst fünf Tage nach dem Ereignis, am 29. Oktober 2021, sei von ärztlicher Seite die Angabe des Versicherten eines leichten Ziehens an der rechten Schulter vermerkt worden. Zudem sei er ohne Unterbrechung seiner Arbeitstätigkeit als Metallbauschlossler nachgekommen, was als Argument gegen eine akute traumatische Schulterschädigung durch das Ereignis anzuführen sei.

Im Dezember 2021 / Januar 2022 dokumentierte der Hausarzt anamnestisch anhaltende Beschwerden auf Höhe des rechten AC-Gelenkes, klinisch werde eine leichte Druckdolenz über dem AC-Gelenk bei ansonsten unauffälligem Befund beschrieben. Die MRT-Aufnahmen der Schulter vom 17. Januar 2022 hätten eine fortgeschrittene AC-Arthrose sowie Signalstörungen am superioren Labrum gezeigt. Diese habe der Radiologe als Ausdruck einer "SLAP-Läsion Typ IV" gewertet, wobei bei genauer Durchsicht eine Beteiligung des Bizepsankers nicht klar zu erkennen sei, weshalb wohl eher eine Typ-III-Läsion vorgelegen habe. Veränderungen von Sehnen der Rotatorenmanschette sowie akut-traumatische, strukturelle Verletzungen auf Höhe des AC-Gelenks seien nicht festgestellt worden. Klinisch äussere sich eine höhergradige SLAP-Läsion meist durch Schmerzen, Kraftminderung und Instabilitätsgefühl in der Schulter, insbesondere bei Überkopfbewegungen oder Rotationsbelastungen. Neben der Möglichkeit einer traumatischen Entstehung seien degenerative und chronische Belastungsmechanismen als Auslöser möglich und bekannt. Wiederholte Mikrotraumata würden dabei über die Zeit

zu einer fortschreitenden Schädigung und Lockerung der Labrumverankerung führen, was letztlich einen Einriss begünstigen könne. Die Ätiologie der Läsion könne von den MRT-Aufnahmen der rechten Schulter (rund drei Monaten nach Ereignis) und auch von intraoperativen Befunden drei Jahre nach Ereignis nicht zuverlässig abgeleitet werden. Insofern seien bei der Beurteilung der Kausalitätsfrage insbesondere klinische und anamnestische Aspekte zu berücksichtigen.

Drei Monate nach dem Unfall habe Dr.med. I. _____ den Versicherten untersucht. Dieser habe über ein 'Schnappen eher auf Höhe des AC-Gelenkes' sowie 'leichtere bis mittelmässige belastungsabhängige Schmerzen' geklagt. Klinisch habe der Arzt ein prominentes, druckdolentes AC-Gelenk festgestellt; sonstige Auffälligkeiten seien nicht beschrieben worden, eine Provokationstestung des Labrums sei nicht vorgenommen bzw. für erforderlich erachtet worden, die MR-graphisch dokumentierte SLAP-Läsion sei als klein erachtet worden. Der Arzt habe die Verdachtsdiagnose einer symptomatischen AC-Arthropathie bei Rockwood I-II Verletzung erfasst und eine eventuell kleinere Diskusverletzung postuliert. Dabei sei anzumerken, dass die MRT-Aufnahmen vom 17. Januar 2022 keine Hinweise für unfallkausale Verletzungen des Diskus oder der acromioclaviculären/coracoclaviculären Bandstrukturen ergeben hätten. Die klinischen Auffälligkeiten seien aus orthopädisch-traumatologischer Perspektive sehr gut bzw. plausibel durch eine vorübergehende Aktivierung des degenerativen Erkrankungsschadens am AC-Gelenk zu erklären. Auch verdeutliche die Tatsache des positiven Reagierens auf die Infiltration mit einigen Monaten Beschwerdefreiheit, dass der Beschwerdefokus auf dem degenerativ geschädigten AC-Gelenk, und nicht auf der SLAP-Läsion gelegen habe. Diese auf die SLAP-Läsion bezogene Beschwerdefreiheit, sei neben dem Fehlen von Auffälligkeiten am rechten Schultergelenk direkt nach dem Ereignis und der uneingeschränkten Tätigkeit der körperlich belastenden Tätigkeit als Metallbauschlosser ein weiteres Argument gegen eine traumatische Genese.

Am 21. Juni 2022 habe der Beschwerdeführer erneut einen Velosturz erlitten und sich Verletzungen an Knie, linker Hand und Gesicht zugezogen. Während der Hospitalisation (21.-25.6.2022) seien keine Beschwerden oder pathologische Befunde betreffend die rechte Schulter genannt bzw. erhoben worden; abgesehen von Knie und Daumen sei eine freie und schmerzlose Beweglichkeit der Gelenke festgehalten worden. Rund zwei Monate nach diesem Ereignis habe der Beschwerdeführer erneut den Facharzt aufgesucht, der eine Retraumatisierung des AC-Gelenkes postuliert habe. Die erneute AC-Gelenkinfiltration habe erneut für einige Monate Beschwerdefreiheit bewirkt; die Behandlung sei abgeschlossen worden. Eine Traumatisierung der rechten Schulter durch das Ereignis vom 21. Juni 2022 scheint insofern nicht überwiegend wahrscheinlich.

Für die am 17. Januar 2022 MR-graphisch nachgewiesenen Veränderungen des AC-Gelenks und Labrums misst Dr.med. G._____ dem Bericht von Dr.med. N._____ vom 22. August 2023 besondere Bedeutung zu. Dieser verweise auf die frühere Betätigung des Beschwerdeführers als Motocrossfahrer und beschreibe den MRT-Befund als weitestgehend unauffällig bis auf die Osteolyse der distalen Klavikula im Sinne einer AC-Gelenksarthrose und die leicht tendinopathisch veränderte lange Bizepssehne; klinisch habe er eine freie Schultergelenksbeweglichkeit rechts bei unauffälligem O'Brien Test für SLAP-Läsion festgestellt bei prominentem und druckdolentem AC-Gelenk. Er habe die Beschwerden als Ausdruck einer aktivierten AC-Gelenksarthrose gewertet und diese als sicherlich durch das Motocrossfahren bedingt beurteilt. Die Annahme eines solchen Zusammenhangs sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht durchaus nachvollziehbar. Beim Motocrossfahren würden - unabhängig von konkreten Sturzereignissen - hohe Vibrationsbelastungen sowie grosse, wiederholte, abrupte Zug-/Stosskräfte auf die Schultern einwirken. Eine solche chronische "Mikrotraumatisierung" sei nach wissenschaftlichem Kenntnisstand geeignet, die Entstehung degenerativer Veränderungen des AC-Gelenks sowie auch degenerativer, bisweilen höhergradiger SLAP-Läsion zu fördern bzw. hervorzurufen. Einen vergleichbaren Mechanismus nenne auch Dr.med. I._____ in seiner Stellungnahme vom 9. September 2024.

Auch der anlässlich der MRT-Untersuchung vom 11. Dezember 2023 gezeigte verbreiterte, irregulär konfigurierte, acromioclaviculäre Gelenkspalt sowie das Ergussbild seien Zeichen eines chronischen Reizzustandes. In Auseinandersetzung mit dem Arthro-MRT-Befund vom 11. Dezember 2023 gelangte Dr.med. G._____ zum Schluss, strukturelle Läsionen, welche mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit den Ereignissen vom 24. Oktober 2021 und vom 21. Juni 2022 zuzuordnen wären, seien auf den MRT-Aufnahmen vom 11. Dezember 2023 nicht zu erkennen. Die Vermutung eines relevanten stattgehabten Traumas sei auf der Grundlage dieser Aufnahmen nicht nachvollziehbar. Was Dr.med. I._____ mit 'rupturierter Diskusflüssigkeit' meine, bleibe unklar. Eine Destruktion des Diskus sei eine typische Begleiterscheinung einer wie vorliegend fortgeschrittenen AC-Arthrose und sei nicht als Argument für traumatische Einflüsse zu betrachten.

Anlässlich der weit über zwei Jahre nach dem ersten Sturz bzw. eineinhalb Jahre nach dem zweiten Sturz durchgeführten Operation seien auch auf Basis der intraoperativen Beobachtungen keine belastbaren Rückschlüsse auf eine traumatische Ätiologie der genannten Veränderung mehr möglich. Sämtliche Auffälligkeiten seien aus orthopädisch-traumatologischer Sicht vollumfänglich auch durch rein degenerative Prozesse gut zu erklären (AC-Arthrose, Labrumschaden durch chronische Mikrotraumatisierung, verschleissbedingte Auffaserung der Supraspinatus-

sehne, begünstigt durch repetitive Stoss- und Scherbelastungen im Rahmen sportlicher Beanspruchung).

Zusammenfassend hob Dr.med. G. _____ hervor: "Eine Schmerzsymptomatik bzw. Funktionsbeeinträchtigung der rechten Schulter wurde unmittelbar nach den beiden Ereignissen jeweils nicht dokumentiert. Die Destruktion des AC-Gelenks wurde selbst seitens eines Behandlers auf das frühere Motocrossfahren zurückgeführt, es lagen dort keine MR-graphisch objektivierbaren, traumatischen Verletzungen vor, auch klinisch wurde eine AC-Instabilität, wie sie eine höhergradige Traumatisierung als Folge erwarten lassen würde, nicht dokumentiert. Die SLAP-Läsion wurde seitens der Behandler als 'klein' bzw. 'asymptomatisch' erachtet, es wurde erstmals am 04.12.2023 überhaupt eine passende Symptomatik notiert (KG-Eintrag vom 04.12.2023: 'positiv[e] Palm-Up-Testung über der langen Bizepssehne'), dies nachdem in den Jahren zuvor abgesehen von Schmerzen auf Höhe des AC-Gelenks stets unauffällige Untersuchungsbefunde an der rechten Schulter erhoben worden waren. Bei einer traumatischen 'Zerreissung' der Supraspinatussehne bzw. des Pulleys wäre darüber hinaus zumindest eine schmerzhaft Abduktion oder eine Instabilität der langen Bicepssehne aufgefallen, die Rotatorenmanschette wurde jedoch selbst noch kurz vor der Operation vom 08.02.2024 als intakt beschrieben (11.12.2023: 'Jobe-Position über der Supraspinatussehne schmerzfrei'), und die lange Bicepssehne verlief in den beiden MRT-Aufnahmen vom 17.01.2022 bzw. 11.12.2023 stets regelrecht durch den Sulcus." Schliesslich setzte sich Dr.med. G. _____ mit der Argumentation von Dr.med. I. _____ auseinander, die s.E. nicht zu überzeugen vermöge. Es sei zwar möglich, dass die intraoperativ festgestellte "strukturelle Komplexverletzung" die Folge einer relevanten Gewalteinwirkung gewesen sei. Im Hinblick auf die genannten, klinischen Aspekte, sei dies aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Die Veränderungen entsprächen zwar nicht dem "degenerativen Normalzustand eines 46-jährigen Patienten", wohl aber dem Zustand, wie er verschleissbedingt als Folge einer chronischen Mikrotraumatisierung nach wettkampfmässigem Motocrossfahren und Downhill-Biken vorliegen könne.

Insgesamt sei davon auszugehen, dass die festgestellten Veränderungen primär durch degenerative Prozesse bzw. eine chronische Mikrotraumatisierung infolge sportlicher Belastungen entstanden seien. Eine akute, traumatische Ursache sei weniger wahrscheinlich.

4.4 Gestützt auf diese Beurteilungen erwog die Vorinstanz, die versicherungsinernen Beurteilungen würden im Gegensatz zur Argumentation von Dr.med. I. _____ voll und ganz überzeugen. Es sei im Hinblick auf die klinischen Aspekte nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die intraoperativ festge-

stellte "strukturelle Komplexverletzung" die Folge einer relevanten Gewalteinwirkung gewesen sei. Die Veränderungen in der Schulter des Beschwerdeführers würden zwar nicht dem "degenerativen Normalzustand eines 46-jährigen Patienten" entsprechen, wohl aber dem Zustand wie er verschleissbedingt als Folge einer chronischen Mikrotraumatisierung nach wettkampfmässigem Motocrossfahren und Downhill-Biken bestehen könne, was die Versicherungsmediziner schlüssig darlegen würden. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass die festgestellten Veränderungen primär durch degenerative Prozesse bzw. eine chronische Mikrotraumatisierung infolge sportlicher Belastungen entstanden seien. Eine überwiegend wahrscheinlich unfallbedingte Ursache sei nicht gegeben (VG-act. 4 E. 7a).

5.

5.1 In der Beschwerde bringt der Beschwerdeführer vor, er habe nach dem ersten Sturz ein zurückhaltendes Prozedere verfolgt in der Hoffnung auf einen positiven Spontanverlauf. Eine Beschwerderegradienz sei ausgeblieben. Am 21. Juni 2022 sei es dann zu einer Retraumatisierung der rechten Schulter gekommen, wobei man erst bei der Operation vom 8. Februar 2024 gemerkt habe, dass es viel schlimmer sei als man im MRI gesehen habe (VG-act. 1 Ziff. 28). Dass der Beschwerdeführer nach dem zweiten Unfall erst nach rund zwei Monaten bei Dr.med. M. _____ vorstellig wurde, liege daran, dass er beim zweiten Sturz viele andere schlimme Verletzungen erlitten habe und die Schulter dabei leider etwas "untergegangen" sei. Dies liege auch daran, dass bei einem Trauma, welches zu einer Rotatorenmanschettenläsion führe, initial zwar ein sehr heftiger Schmerz bestehe; dieser aber für den Betroffenen nach drei Tagen tolerabel werde. Deshalb würden Patienten oftmals initial auch keinen Arzt konsultieren (VG-act. 1 Ziff. 42)

Traumatische Rupturen der Rotatorenmanschette seien häufig. Traumas, die eine Rotatorenmanschettenruptur auslösen können, seien nicht unbedingt hochenergetisch, sondern könnten in vielen Fällen infolge eines niederenergetischen Traumas auftreten (VG-act. 1 Ziff. 29). Weiter hält der Beschwerdeführer unter Verweis auf Literatur fest, dass das Alter zum Zeitpunkt des Ereignisses von weniger als 60 Jahren eine schützende (protektive) Wirkung für die Entstehung einer degenerativen Rotatorenmanschetten-Ruptur aufweise und ein direktes Schultertrauma durchaus ein überwiegend wahrscheinlicher, und sogar einer der häufigsten, Mechanismen einer akuten/traumatischen Rotatorenmanschetten-Ruptur sein könne (VG-act. 1 Ziff. 31).

Entgegen der Ansicht der Vorinstanz bestehe zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit bei den versicherten Unfällen vom

24. Oktober 2021 und vom 21. Juni 2022 erlittenen Gesundheitsschädigungen sehr wohl ein rechtsgenügender Kausalzusammenhang (VG-act. 1 Ziff. 32). Die versicherungsinternen Beurteilungen seien nicht überzeugend. Entgegen der Ansicht von Dr.med. G._____ liessen sich aus den intraoperativen Beobachtungen von Dr.med. I._____ sehr wohl Rückschlüsse auf eine traumatische Ätiologie der Veränderungen ziehen. Dieser habe denn auch unmissverständlich festgehalten, dass eine solche strukturelle Komplexverletzung erfahrungsgemäss die Folge einer relevanten Gewalteinwirkung sei. Auch Dr.med. M._____ habe von einer Retraumatisierung des AC-Gelenks gesprochen. Es könne daher sicher nicht geschlussfolgert werden, dass sämtliche Auffälligkeiten aus orthopädisch-traumatologischer Sicht vollumfänglich auch durch rein degenerative Prozesse gut zu erklären seien. Entgegen der Ansicht von Dr.med. G._____ führe die Belastung der Schulter während des Motocrossfahrens selten zu Überlastung, wahrscheinlicher seien die Verletzungen durch einen Unfall geschehen. Das Problem beim Motocrossfahren seien vielmehr die Unterarme und Handgelenke (VG-act. 1 Ziff. 35, 36), was auch die vom Beschwerdeführer ins Recht gelegte Arbeit "Überlastungsreaktionen der oberen Extremitäten im Motocross" (vgl. VG-act. 1 Beilage 4) bestätige. Die Vorinstanz mache es sich viel zu einfach, das Ganze gestützt auf die nicht überzeugende Beurteilung ihres versicherungsinternen Arztes auf eine angeblich chronische Mikrotraumatisierung nach wettkampfmässigem Motocrossfahren und Downhill-Biken "abzuschieben" (VG-act. 1 Ziff. 39).

Insgesamt seien die versicherungsinternen Beurteilungen von Dr.med. F._____ und Dr.med. G._____, welche den Beschwerdeführer beide kein einziges Mal gesehen hätten, nicht überzeugend, sondern völlig zugunsten ihrer Arbeitgeberin ausgefallen. Dr.med. G._____ räume denn auch ein, es sei durchaus möglich, dass die intraoperativ festgestellte "strukturelle Komplexverletzung" die Folge einer relevanten Gewalteinwirkung gewesen sein könnte. Er behaupte dann aber unfundiert, dies sei nicht überwiegend wahrscheinlich. Es sei dabei fraglich, ob Dr.med. G._____ überhaupt die genaue Bedeutung dieses juristischen Begriffes kenne, oder ob er diesen Begriff nur verwende, um zugunsten seiner Arbeitgeberin die Kausalität zu verneinen. Erfahrungsgemäss würden versicherungsinterne Ärzte im Zweifelfall zugunsten ihrer Arbeitgeberin urteilen (VG-act. 1 Ziff. 44). In Anbetracht des Umstandes, dass das Beweismass der "überwiegenden Wahrscheinlichkeit" ab einer Wahrscheinlichkeit von 51% erreicht sei, könnten im vorliegenden Fall ein paar wenige Prozentpunkte den Unterschied machen. Bei all den genannten Unsicherheiten bzw. Unstimmigkeiten sei infolgedessen zumindest eine versicherungsexterne Begutachtung angezeigt (VG-act. 1 Ziff. 45, 46). Abschliessend sei darauf hinzuweisen, dass in einem Artikel in der NZZ vom 15. Mai 2024 ("Von der Suva im Stich gelassen - zwei

Betroffene erzählen vom Streit mit dem Versicherungsriesen") zu Recht die "fachgebietsübergreifende Beurteilungskompetenz" der Suva bzw. deren Versicherungsmediziner bemängelt worden sei. Sodann werde zu Recht kritisiert, dass die Qualität der versicherungsmedizinischen Prüfung seit der Auflösung des Kompetenzzentrums in Luzern im Jahre 2022 deutlich abgenommen habe. Ein weiteres Problem sei, dass viele ausländische Versicherungsärzte zum Einsatz kämen. Ihr Kausalitätsverständnis weiche vom Schweizerischen ab (VG-act. 1 Ziff. 47).

5.2 Gemäss Vernehmlassung vom 19. Dezember 2025 seien die Vorbringen des Beschwerdeführers unbegründet. Es obliege dem Leistungsansprecher, den Kausalzusammenhang zwischen dem als Rückfall geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Dies sei ihm nicht gelungen, da er bzw. die von ihm beigezogenen Ärzte es unterlassen hätten, darzulegen, auf welchen der zwei genannten Unfallereignisse sich der Rückfall beziehe bzw. auf welches Unfallereignis die Beschwerden zurückzuführen seien (VG-act. 7 Ziff. 4.1).

Nach dem Sturz vom 24. Oktober 2021 seien anlässlich der gleichentags durchgeführten Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr.med. D. _____ alle Extremitäten frei beweglich gewesen. Bezogen auf die rechte Schulter seien keine Beschwerden thematisiert worden. Auch am Folgetag habe keine Symptomatik an der rechten Schulter bestanden. Erst fünf Tage nach dem Unfall habe der Beschwerdeführer ein Ziehen an der rechten Schulter verspürt (VG-act. 7 Ziff. 4.2). In der Rückfallmeldung vom März 2024 habe der Beschwerdeführer die Beschwerden auf den Unfall vom 21. Juni 2022 zurückgeführt - nicht auf jene vom 24. Oktober 2021 (VG-act. 7 Ziff. 4.5). Somit sei unter Berücksichtigung der medizinischen Akten kein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang zwischen den Beschwerden und dem Unfall vom 24. Oktober 2021 gegeben. Die versicherungsinterne Beurteilung überzeuge auf ganzer Linie. Zusätzlich verweist die Vorinstanz auf die Beurteilung von Dr.med. F. _____, wonach der erste Sturz keine richtungsgebende Verschlimmerung bewirkt, sondern lediglich den Vorzustand der AC-Gelenksarthrose vorübergehend aktiviert habe. Die Einwände von Dr.med. I. _____ bezüglich der Beurteilung von Dr.med. F. _____ seien nicht überzeugend (VG-act. 7 Ziff. 4.7).

Auch der Sturz vom 21. Juni 2022 habe zunächst keine Beschwerden an der rechten Schulter oder entsprechende pathologische Befunde ergeben. Auch diesbezüglich vermöge die Argumentation von Dr.med. I. _____ nicht zu überzeugen. Dass die intraoperativ am 9. September 2024 [recte 8.2.2024] festgestellte "strukturelle Komplexverletzung" die Folge einer relevanten Gewalteinwirkung gewesen ist, sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht zwar möglich, aber im Hinblick

auf die genannten, klinischen Aspekte, nicht überwiegend wahrscheinlich (VG-act. 7 Ziff. 5).

Insgesamt sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, den Kausalzusammenhang zwischen den im Rückfall auftretenden Beschwerden und dem Unfallereignis nachzuweisen. Ein überwiegend wahrscheinlicher Kausalzusammenhang sei auch ohne ein Gerichtsgutachten oder sonstige weitere Abklärungen zu verneinen (VG-act. 7 Ziff. 7).

5.3 In der Replik wiederholt der Beschwerdeführer, die Rückfallkausalität sei klarerweise gegeben. Dabei würden - wie so oft - beide Unfälle eine Rolle spielen. Aus dem intraoperativen Bericht von Dr.med. I._____ liessen sich sehr wohl Rückschlüsse auf eine traumatische Ätiologie der Veränderungen ziehen. Dr.med. I._____ habe unmissverständlich festgehalten, dass eine solche strukturelle Komplexverletzung erfahrungsgemäss die Folge einer relevanten Gewalteinwirkung sei. Es könne daher nicht sicher geschlussfolgert werden, dass sämtliche Auffälligkeiten aus orthopädisch-traumatologischer Sicht vollumfänglich auch durch rein degenerative Prozesse gut zu erklären seien (VG-act. 10 Ziff. 5, 7). Entgegen der Ansicht von Dr.med. G._____ führe die Belastung der Schulter während des Fahrens selten zu Überlastung; wahrscheinlicher seien akute Verletzungen durch ein Unfallgeschehen (VG-act. 10 Ziff. 11). Sowohl Dr.med. G._____ als auch Dr.med. N._____ würden von falschen Tatsachen ausgehen, da bei wettkampfmässigem Motocrossfahren nicht die Schultern, sondern die Unterarme "das Problem" seien. Bezeichnenderweise gehe die Vorinstanz mit keinem einzigen Wort auf die vom Beschwerdeführer ins Recht gelegte Arbeit "Überlastungsreaktionen der oberen Extremitäten im Motocross" von Vogt/Vogel ein (VG-act. 10 Ziff. 12).

Bei allfälligen Zweifeln an diesem Ergebnis wären ergänzende Abklärungen unerlässlich. Zumindest würde es sich aufdrängen, eine umfassende Stellungnahme von einem unabhängigen Experten zur rechten Schulter einzuholen (VG-act. 10 Ziff. 14 - 16).

6. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 43 und 61 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000). Danach haben die beurteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten.

6.1.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen, weshalb die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter wesensgemäss auf zuverlässige Angaben ärztlicher Fachkräfte angewiesen ist (Urteil BGer 8C_179/2023 vom 20.10.2023 E. 4.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 122 V 157 f. E. 1c mit Hinweisen; Weber, 'Hürden' und 'Hilfen' bei der richterlichen Würdigung von medizinischen Gutachten, JaSo 2020, S. 199).

6.1.2 Auch den Berichten versicherungsinterner Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (Urteil BGer 8C_372/2024 vom 1.5.2025 E. 3.2). Ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 (BGE 145 V 97 E. 8.5; BGE 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

6.1.3 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (BGE 135 V 465 E. 4.5), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile BGer 8C_760/2023 vom 24.6.2024 E. 7.4; 8C_609/2017 vom 27.3.2018 E. 4.3.3; 8C_180/2017 vom 21.6.2017 E. 4.4.2). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes

abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

6.1.4 Eine ärztliche Beurteilung aufgrund der Akten ist nicht an sich unzuverlässig. Für die Beweistauglichkeit entscheidend ist, dass genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorliegen (Urteil BGer 8C_582/2021 vom 11.1.2022 E. 8.2 m.w.H.). Dem reinen Aktengutachten kann voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Aktengutachten sind insbesondere dann von Belang, wenn die relevanten Befunde mehrfach und ohne wesentlichen Widerspruch bereits erhoben worden sind, aber die Zuordnung zu einer Diagnose oder der Kausalzusammenhang und das Ausmass der Behinderung verschieden bewertet werden. In diesen Fällen kann in einem Aktengutachten das Für und Wider der verschiedenen Meinungen erwogen und die überwiegende Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Beurteilung deutlich gemacht werden (BGE 125 V 352 E. 3b/ee; Urteile BGer 8C_608/2020 vom 15.12.2020 E. 5.2; 8C_523/2018 vom 5.11.2018 E. 5.2; 8C_540/2007 vom 27.3.2008 E. 3.2 mit Hinweisen).

6.2 Über die Tatfrage, ob zwischen dem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, hat das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden. Die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BSK-Hofer, Art. 4 ATSG, Rz. 58 mit Hinweisen auf BGE 142 V 435 E. 1; BGE 129 V 177 E. 3.1; vgl. BGE 119 V 335 E. 1). Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 144 V 427 E. 3.2; BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2).

6.3 Gemäss dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG normierten Untersuchungsgrundsatz hat der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Diese Untersuchungspflicht gilt grundsätzlich auch im Gerichtsverfahren (Art. 61 lit. c ATSG; Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Art. 43 Rz. 28). Was notwendig ist, ergibt sich zum einen daraus, in welchem Umfang Abklärungen vorzunehmen sind, und zum anderen daraus, in welcher Tiefe dies der Fall ist. Zunächst sind die für die zu entscheidende Frage massgebenden Bereiche abzu- stecken und in der Folge ist der Sachverhalt abzuklären. Die Verwaltung als ver-

fügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Es ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 144 V 427 E. 3.2; BGE 138 V 218 E. 6; BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2; Urteil BGer 8C_765/2020 vom 4.3.2021 E. 3.2.2). Auf ein beantragtes Beweismittel kann ohne Verletzung des Gehörsanspruches des Versicherten verzichtet werden, wenn die Verwaltung oder der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 144 V 361 E. 6.5).

7.

7.1 Die Vorinstanz stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihrer Versicherungsmediziner Dr.med. F._____ und Dr.med. G._____. Diese beruhen auf einer umfassenden Aktenlage, inklusive bildgebender Befunde und intraoperativen Bildern. Während sich die medizinische Beurteilung von Dr.med. F._____ nur auf den Sturz vom 24. Oktober 2021 bezieht, berücksichtigt die Beurteilung von Dr.med. G._____ den gesamten medizinischen Verlauf und wägt die möglichen Ursachen für die Schulterleiden des Beschwerdeführers sorgfältig gegeneinander ab; er begründet schlüssig und nachvollziehbar, weshalb der Kausalzusammenhang zu verneinen ist.

7.1.1 Besonders hervorzuheben ist, wie sowohl Dr.med. F._____ (Vi-act. I/80) als auch Dr.med. G._____ (Vi-act. I/114) in Übereinstimmung mit den Akten festgestellt haben, dass unmittelbar nach den beiden Stürzen in der rechten Schulter des Beschwerdeführers keine Schmerzen und keine Funktionseinschränkungen

gen dokumentiert sind. Nach dem ersten Unfall hat zudem keine Arbeitsunfähigkeit für die körperlich belastende Arbeit als Metallbauschlosser bestanden, und auch die aus dem zweiten Sturz resultierende Arbeitsunfähigkeit bezog sich nicht auf etwaige Schulterbeschwerden, sondern ausschliesslich auf das Knie und den linken Daumen (Vi-act. II/18; 19). Eine hinreichende Begründung dafür, dass keine initialen Schmerzen oder Funktionseinschränkungen an der rechten Schulter bestanden haben, bringt der Beschwerdeführer im Verlauf des Schriftenwechsels nicht vor. Weder die Feststellung von Dr.med. I._____, der Patient sei "eher etwas indolent" (vgl. Vi-act. II/120), noch die Behauptung des Beschwerdeführers, die Schulterschmerzen seien beim zweiten Sturz in Anbetracht der anderen Verletzungen etwas "untergegangen" (vgl. VG-act. 1 Ziff. 42; VG-act. 10 Ziff. 8), vermögen zu überzeugen. Wie der Beschwerdeführer selbst vorbringt, empfinden Personen, welche ein Trauma mit anschliessender Rotatorenmanschettenläsion erleiden, initial oftmals einen sehr heftigen Schmerz. Der Beschwerdeführer hat aber weder unmittelbar nach dem ersten noch nach dem zweiten Sturz aktenkundig irgendeinen Schmerz in der rechten Schulter beschrieben (vgl. VG-act. 1 Ziff. 42). Trotz mehrfachen und umfassenden Untersuchungen hatte der Beschwerdeführer ereignisnah nie über Schulterbeschwerden geklagt, was die Versicherungsmediziner schlüssig als wesentliches Kriterium für resp. gegen ein Trauma bezeichnen. Bleibt zu ergänzen, dass die Vorinstanz zu Recht betont, der Beschwerdeführer vermöge denn auch keines der beiden Ereignisse als effektiv ursächlich zu bezeichnen. Tatsächlich ergibt sich aus keinem Arztbericht eine klare Zuordnung der Beschwerden zu einem Unfallereignis oder eine Begründung, wonach bzw. inwiefern einer der Unfälle für die Verletzung ursächlich wäre. Auch Dr.med. I._____ zeigt dies nicht auf, sondern äussert generell seine Überzeugung, es liege eine unfallverursachte Schädigung vor. Indem er etwa ausführt, die korbhenkelartige Verletzung spreche seines Erachtens für eine stattgefundene akute Einwirkung entweder bei Abduktion des Armes oder alternativ könne es auch zu einer cranial gerichteten Translationsbewegung des Oberarmkopfes beim am Körper anliegenden Arm gekommen sein, wobei eine Art Scherbelastung auf den Bizepsanker ausgeübt worden sei, bestätigt er geradezu, dass er kein konkretes Ereignis zu benennen vermag. Dabei ist zu wiederholen, dass die Vorinstanz nur leistungspflichtig ist, wenn die Beschwerden überwiegend wahrscheinlich durch ein anerkanntes Unfallereignis verursacht wurden. Eine Zuordnung zu einem Ereignis ist vorliegend nicht möglich.

7.1.2 In Übereinstimmung mit den Akten hält Dr.med. G._____ sodann fest, dass die SLAP-Läsion anlässlich der ersten fachärztlichen Untersuchung als asymptomatisch und klein beurteilt wurde. Mit dem Erfolg der AC-Gelenksinfiltrationen hat sich dies mehrmals bestätigt, so dass auch die fachärztliche Behandlung

jeweils beendet wurde. Erst am 4. Dezember 2023 wird erstmals überhaupt, d.h. rund 1 ½ Jahre nach dem zweiten Ereignis, eine positive Palm-Up-Testung (lange Bizepssehne) dokumentiert, worauf Dr.med. G._____ zu Recht hinweist. Überzeugend äusserte Dr.med. G._____ diesbezüglich, dass die Ätiologie der Läsion bei solchem Zeitabstand zu den Ereignissen nicht zuverlässig abgeleitet werden kann und daher bei der Beurteilung der Kausalitätsfrage insbesondere klinische und anamnestische Aspekte zu berücksichtigen sind. Dass diese gegen eine traumatische Genese sprechen, wurde bereits aufgezeigt.

7.1.3 Sodann ist die versicherungsärztliche Beurteilung, wonach sämtliche Auffälligkeiten aus orthopädisch-traumatologischer Sicht auch durch rein degenerative Prozesse erklärbar seien, nachvollziehbar und deckt sich mit der Beurteilung von Dr.med. N._____, der in seiner Diagnose anlässlich des Sprechstunde bei der SportClinic GmbH vom 22. August 2023 im Arthro-MRI einen "weitestgehend unauffällig[en] Befund [...] bis auf die Osteolyse der distalen Klavikula im Sinne einer AC-Gelenksarthrose und [die] leicht tendinopathisch veränderte lange Bizepssehne" feststellte. Auch Dr.med. Oberhänsli stellte am 17. Januar 2022 bereits ein "degenerativ verändertes AC-Gelenk" fest (Vi-act. I/21). Bezüglich Ursache äusserte Dr.med. N._____ dabei gar explizit, der Befund sei 'sicherlich durch das Motocrossfahren bedingt' (Vi-act. I/11), was gegen die beiden Unfälle als Ursache spricht. Im Übrigen gilt es zu erwähnen, dass die Vorinstanz das Fehlen der Kausalität nicht durch den Nachweis unfallfremder Gründe beweisen muss (Urteil BGer 8C_480/2021 vom 6.12.2021 E. 4.2.1).

7.1.4 Insgesamt erscheinen der Verlauf und die Symptomatik der Beschwerden konsistent mit den Ausführungen der versicherungsinternen Mediziner, wonach es sich bei den Beschwerden des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich um degenerativ bedingte Leiden handelt. Dr.med. G._____ räumt wohl ein, dass die Veränderungen zwar nicht dem "degenerativen Normalzustand eines 46-jährigen Patienten" entsprächen. Darin ist jedoch entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers kein Widerspruch in der Beurteilung zu erkennen, begründet doch Dr.med. G._____ gleichzeitig, es handle sich um einen Zustand, wie er verschleissbedingt als Folge einer chronischen Mikrotraumatisierung nach wett-kampfmässigem Motocrossfahren und Downhill-Biken vorliegen kann, was sich - wie aufgezeigt - mit der Beurteilung von Dr.med. N._____ deckt.

7.2 Was der Beschwerdeführer gegen die Beurteilungen der versicherungsinternen Mediziner vorbringt, verfährt nicht.

7.2.1 Hierzu ist vorab auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach an den Wahrscheinlichkeitsbeweis der Kausalität bei Rückfällen und Spät-

folgen umso strengere Anforderungen zu stellen sind, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (vgl. oben E. 2.2). Wie bereits festgestellt, äusserte der Beschwerdeführer sowohl beim ersten Sturz vom 24. Oktober 2021 wie auch beim zweiten Sturz vom 22. Juni 2022 unmittelbar keine Beschwerden im Bereich der rechten Schulter. Die Frage einer Leistungspflicht stellte sich erst nach der Rückfallmeldung im Januar 2024 (Vi-act. II/24). Die Beweislast der Kausalität richtet sich nach der Rechtsprechung zu Spätfolgen und Rückfällen. Entsprechend obliegt es dem Beschwerdeführer, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (vgl. oben E. 2.2.2).

7.2.2 Soweit der Beschwerdeführer die Eignung der beiden versicherungsinternen Ärzte bzw. deren medizinischen Beurteilung rügt und insbesondere kritisiert, die Ärzte hätten ihn kein einziges Mal persönlich gesehen, kann er nicht gehört werden. Wie sowohl Dr.med. G. _____ (Vi-act. II/114 S. 9) als auch die Vorinstanz (VG-act. 4 E. 7a) ausführen, kommt insbesondere bei Fällen, in denen die bildgebende Diagnostik und die entsprechenden Operationen mit zeitlich grossem Abstand zum Unfallereignis veranlasst wurden, dem aktenkundigen Beschwerdeverlauf und den klinischen Befunden in der Beurteilung des Kausalzusammenhangs entscheidende Bedeutung zu. Demnach ist der Vorinstanz auch zuzustimmen, wenn sie geltend macht, es überzeuge nicht, die Bedeutung des aktenkundigen Beschwerdeverlaufs und sämtlicher erhobener klinischer Befunde als unerheblich darzustellen, wie Dr.med. I. _____ dies in den letzten Absätzen seiner Stellungnahme tut (vgl. Vi-act. 4 E. 7a). Zudem steht vorliegend die Beurteilung der Kausalität im Vordergrund; der Verlauf, die Untersuchungen und Befunde sind gut dokumentiert und wurden seitens der Versicherungsmediziner umfassend berücksichtigt. Inwiefern ein persönlicher Untersuch - der realistisch erst nach erfolgtem Eingriff möglich gewesen wäre (die Rückfallmeldung und das Kostengutsprache-Gesuch für die bereits geplante Operation erfolgten zeitgleich) - für die Beurteilung der Kausalitätsfrage einen Mehrwert gebracht hätte, zeigt auch der Beschwerdeführer nicht auf.

7.2.3 Weiter dringt der Beschwerdeführer auch nicht durch, wenn er zumindest sinngemäss geltend macht, Dr.med. F. _____ sei Fachärztin für Innere Medizin, weshalb nicht auf ihre Beurteilung abgestellt werden könne oder dieser zumindest weniger Beweiswert zuzumessen sei. In diesem Zusammenhang ist auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach die Versicherungsärzte der Suva nach ihrer Funktion und beruflichen Stellung Fachärzte im Bereich der Unfallmedizin sind. Da

sie ausschliesslich Unfallpatienten, Körperschädigungen im Sinne des Art. 6 Abs. 2 UVG und Berufskrankheiten diagnostisch beurteilen und therapeutisch begleiten, verfügen sie über besonders ausgeprägte traumatologische Kenntnisse und Erfahrungen. Dies gilt unabhängig von ihrem ursprünglich erworbenen Facharztstitel (Urteil BGer 8C_102/2025 vom 3.7.2025 E. 6.2.1; VGE I 2025 39 vom 15.10.2025 E. 6.4).

7.2.4 Auch der Vorwurf, dass die Beurteilung einzig zugunsten der Suva als Arbeitgeberin der beiden versicherungsinternen Mediziner ausgefallen sei, überzeugt nicht. Die versicherungsmedizinische Beurteilung erscheint ausgeglichen und schlüssig; sie anerkennt auch, wie der Beschwerdeführer denn auch selbst anmerkt (vgl. VG-act. 1 Ziff. 44), die Möglichkeit sei durchaus gegeben, dass die intraoperativ festgestellte "strukturelle Komplexverletzung" die Folge einer relevanten Gewalteinwirkung sei; dies sei jedoch - aus den vorerwähnten Gründen - nicht überwiegend wahrscheinlich (Vi-act. II/114 S. 9). Für die Behauptung, Dr.med. G. _____ kenne bzw. verstehe die Bedeutung des juristischen Begriffes "überwiegend wahrscheinlich" nicht (vgl. VG-act. 1 Ziff. 44), bestehen keine Anhaltspunkte. Im Gegenteil zeigt sich sein Verständnis, indem er eine Traumafolge als möglich erachtet, gleichzeitig aber schlüssig und nachvollziehbar begründet, dass wesentliche Kriterien dagegensprechen. Sodann ist der Verweis auf den Artikel der NZZ vom 15. Mai 2024, wonach die Qualität der vorinstanzlichen versicherungsmedizinischen Beurteilungen deutlich abgenommen habe (vgl. VG-act. 1 Ziff. 47), als Rundumvorwurf zu qualifizieren ohne jeglichen Bezug zu den vorliegenden Beurteilungen. Er vermag für den vorliegenden Einzelfall nichts, namentlich keinen überwiegend wahrscheinlichen Kausalzusammenhang nachzuweisen und keine nur schon geringen Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen zu erwecken.

7.2.5 Dass versicherungsinterne Ärzte sich "erfahrungsgemäss" im Zweifel zu Gunsten ihrer Arbeitgeberin entscheiden, vermag der Beschwerdeführer nicht ansatzweise nachzuweisen. Eine entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung ist nicht ersichtlich - im Gegensatz zu jener betreffend die behandelnden Ärzte (vgl. hierzu E. 6.1.3 des vorliegenden Entscheides).

7.2.6 Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers vermögen die Ausführungen von Dr.med. I. _____ die versicherungsinternen medizinischen Beurteilungen von Dr.med. F. _____ und Dr.med. G. _____ nicht in Zweifel zu ziehen. Hierzu ist vorab auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach der Richter in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre

auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen und im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden kann (vgl. oben E. 6.1.3).

Wie von Dr.med. G._____ überzeugend dargelegt, weisen die Feststellungen von Dr.med. I._____ eine gewisse diagnostische Unschärfe auf. So stellte Dr.med. I._____ die Diagnose einer "Korbhenkelläsion Typ III nach Snyder", wobei er anschliessend jedoch einen "abgerissene[n] Bizepsanker" (vgl. Vi-act. II/85; II/120) feststellte. Wie von Dr.med. G._____ beschrieben (vgl. Vi-act. II/114 S. 9), setzt die SLAP-Läsion Typ III nach Snyder gerade einen intakten Bizepsanker voraus. Sodann erscheint seine Interpretation einer möglichen Rockwood-Verletzung Grad I-II bei fehlender Klinik zum Erstzeitpunkt als nicht nachvollziehbar, da hierfür eine deutliche Schmerzsymptomatik und Bewegungseinschränkung hätte vorliegen müssen, was eben gerade nicht aktenkundig ist. Wie sodann zuvor ausgeführt, lassen die intraoperativen Erkenntnisse, auf welche sich Dr.med. I._____ abstützt, bereits aufgrund der langen Dauer zwischen den Stürzen und der Operation von 27 bzw. 19 Monaten keine Rückschlüsse auf die Kausalität der Unfallereignisse zu (vgl. Vi-act. II/114 S. 8). Gleiches gilt, soweit Dr.med. I._____ auf die Befundung des Arthro-MRT vom 11. Dezember 2023 durch Dr.med. O._____ verweist, welche erst rund 1 ½ Jahre nach dem zweiten Ereignis erfolgt ist. Soweit Dr.med. I._____ geltend macht, die Beurteilung von Dr.med. F._____, wonach die fehlende Dokumentation einer horizontalen Instabilität vom 25. Januar 2022 eine asymptomatische SLAP-Veränderung belege, sei nicht nachvollziehbar, da eine eigentliche Testung gar nicht dokumentiert worden sei, da das symptomatische AC-Gelenk die Klinik dominiert habe, was nicht ausschliesse, dass der Beschwerdeführer gleichzeitig auch eine Bizepsankerverletzung erfahren habe, so zeigt Dr.med. I._____ hierdurch höchstens eine - letztlich unbestrittene - Möglichkeit auf, was keine traumatische Genese nachzuweisen vermag. Eine nachvollziehbare und schlüssige Begründung, dass eines der Unfallereignisse effektiv (bzw. überwiegend wahrscheinlich) eine Bizepsankerverletzung verursacht hat, fügt Dr.med. I._____ nicht an. Mit Dr.med. G._____ ist hierzu festzustellen, dass offenkundig weder aufgrund anamnestischer Angaben noch der gezeigten Klinik eine Notwendigkeit für eine entsprechende Testung bestand. Und wenn Dr.med. I._____ abschliessend festhält, "weiterhin tendenziell mit Blick auf die PASTA-artigen Veränderungen der Rotatorenmanschette, der eindrücklichen Korbhenkelläsion Typ III nach Snyder und dem akut symptomatisch gewordenen AC-Gelenk von einer eindeutig posttraumatischen unfallkausalen Problematik" auszugehen, so vermag auch diese sich selbst relativierende Aussage an der ausführlichen Begründung von Dr.med. G._____ keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

7.2.7 Schliesslich lässt sich auch dem vom Beschwerdeführer mit der Beschwerde eingereichten Artikel zur "Überlastungsreaktionen der oberen Extremitäten im Motocross" nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die eingereichte Arbeit untersucht einzig "Überlastungsreaktionen der Unterarme bei Motocrossfahrern, welche wiederholt in Form schmerzhaft verkrampfender Unterarmmuskulatur auftreten". Zu den Einflüssen des Motocrossfahrens auf die Schultern der Betroffenen äussert sich die Arbeit nur ansatzweise. Immerhin hält sie dabei fest, dass der muskuläre Status des Schultergürtels und der oberen Extremitäten für eine erfolgreiche Ausübung des Sports wesentlich seien (vgl. VG-act. 5 Beilage 4 S. 2), was die Beurteilung von Dr.med. G. _____ und Dr.med. N. _____ keineswegs zu schmälern vermag. Vor allem lässt sich aus der Publikation nicht ableiten, dass das Motocrossfahren nicht ursächlich sein kann für die Schulterbeschwerden - wie dies der Beschwerdeführer zumindest sinngemäss geltend macht.

7.3 Zusammenfassend hat sich die Vorinstanz bei der Prüfung des Anspruchs des Beschwerdeführers zu Recht auf die Beurteilung von Dr.med. F. _____ und Dr.med. G. _____ gestützt und dieser vollen Beweiswert zugemessen. Die Ausführungen von Dr.med. I. _____ vermögen nach dem Gesagten keine auch nur geringen Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen hervorzurufen.

Somit erübrigen sich auch die vom Beschwerdeführer beantragten ergänzenden Abklärungen. Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter medizinischer Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen würden an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung: vgl. Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, S. 47, Rz. 63; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 274; VGE 6/94 vom 18.5.1994 E. 2 lit. c).

8. Im Resultat erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Die Vorinstanz wies einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers aus Rückfall zu Recht mangels Kausalzusammenhangs zwischen den Stürzen beim Downhill-Biken vom 24. Oktober 2021 und mit dem Elektrovelo vom 21. Juni 2022 und den Schulterbeschwerden, welche zur Operation vom 8. Februar 2024 führten, ab.

9. Es sind keine Kosten zu erheben; Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht keiner (Art. 61 lit. f^{bis} und lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).
4. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Gesundheit, BAG, 3003 Bern (A).

Schwyz, 2. April 2026

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Präsident:

Der a.o. Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 20. April 2026