

SO_GERICHTE VSBES.2021.158 vom 15. Dezember 2023

SO Obergericht, 2023-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.158_d20231215

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.158 du 15 décembre 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.158 del 15 dicembre 2023

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte B.____, geb. 1984, war seit 1. Juli 2019 bei der Firma C.____ AG in der Kommissionierung beschäftigt und aufgrund dieser Anstellung bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (fortan: Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 29. November 2020 stürzte er, als er beim Schlitteln den Hang hinaufging, und verletzte sich an der rechten Schulter (s. Schadenmeldung UVG vom 8. März 2021, Akten der Beschwerdegegnerin / Suva-Nr. 1). Die Beschwerdegegnerin erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen in Form von Taggeldern und Heilbehandlung (Suva-Nr. 6). 1.2 Mit Verfügung vom 19. Mai 2021 schloss die Beschwerdegegnerin den Fall ohne weitere Leistungen per 6. April 2021 ab, da die bestehenden Schulterbeschwerden nicht mehr unfallbedingt seien (Suva-Nr. 29). Dagegen erhob die A.____ (fortan: Beschwerdeführerin) als obligatorische Krankenversicherung des Versicherten Einsprache (Suva-Nr. 30), welche die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 20. August 2021 abwies (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die ■ wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt ■ nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder eine ins Gewicht fallende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann. Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114 + E. 4.3 S. 115).

E. 2.2

2.2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen

Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als 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 entfiere (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber der Versicherer bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht, um einen Leistungsanspruch zu begründen (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). Weiter ist für den Nachweis einer unfallkausalen gesundheitlichen Schädigung der Grundsatz «post hoc, ergo propter hoc», wonach eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch einen Unfall verursacht gilt, wenn sie nach diesem aufgetreten ist, nicht massgebend (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.). Der Beweis der Gesundheitsschädigung und des natürlichen Kausalzusammenhangs (resp. seines Wegfallens) wird in erster Linie mittels Angaben der medizinischen Fachpersonen geführt, d.h. mit den Berichten der behandelnden Ärzte und allenfalls einem Gutachten (Irene Hofer in: Ghislaine Frésard-Fellay / Susanne Leuzinger / Kurt Pärli [Hrsg.], Basler Kommentar zum UVG, Basel 2019, Art. 6 N 66).

2.2.2 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht länger die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, dieser 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 dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht (BGE 117 V 359 E. 4a S. 360, 117 V 369 E. 3a S. 376; 115 V 133 E. 8b S. 142). Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast ■ anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist ■ nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2). Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss indes nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Kaspar Gehring in: Ueli Kieser / Kaspar Gehring / Susanne Bollinger [Hrsg.], Kommentar zu den Bundesgesetzen über die Krankenversicherung, die

Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, Zürich 2018, Art. 4 ATSG N 40; Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 5.2).

E. 2.3

2.3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (sog. antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.1).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die 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 einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis).

2.3.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 sowie in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. 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 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So darf von einem Gerichtsgutachten nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469, BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist

oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3). Andererseits kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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. 353 f.). 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 der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

E. 3.1

3.1.1 Der Versicherte gab am 11. März 2021 anlässlich eines Telefonats mit der Beschwerdegegnerin an (Suva-Nr. 3), er sei beim Schlitteln den Hang hochgelaufen und dabei nach vorne gestürzt, aber mehr nach rechts. Er habe den Sturz mit beiden Händen abgefangen. Ob er direkt auf die rechte Schulter gefallen sei, wisse er nicht mehr. Er sei zunächst zur Arbeit gegangen; als es jedoch schlimmer geworden sei und immer mehr blockiert habe, habe er seine Hausärztin Dr. med. G. ___ aufgesucht, welche ihn vollständig arbeitsunfähig geschrieben habe (s. Suva-Nr. 2). Vom 1. Februar bis 2. März 2021 habe er gearbeitet, sei aber seit dem 3. März 2021 wieder zu 100 % arbeitsunfähig (s. Suva-Nr. 9 f.), nachdem es erneut zu vermehrten Blockaden gekommen sei. Dr. med. G. ___ erklärte im Arzzeugnis UVG vom 19. März 2021 (Suva-Nr. 14), der Versicherte habe sich am 22. Dezember 2020 bei ihr in Behandlung begeben, welche am 29. Januar 2021 abgeschlossen worden sei. Die Beweglichkeit beider Schultergelenke sei seit dem 23. Dezember 2020 erheblich schmerzhaft eingeschränkt, mit einem Druckschmerz über der Supraspinatussehne bei Impingement-Syndrom. Von einem Trauma habe der Versicherte nicht gesprochen.

3.1.2 Die MRI-Untersuchung der rechten Schulter vom 30. Dezember 2020 (Suva-Nr. 4 S. 2) ergab Ansatzdendinopathien der Supraspinatus- und Subscapularissehne mit interstitiellen Mikroeinrissen der anterioren Supraspinatussehne und gelenkseitigem Einriss der Subscapularissehne kranial, einen posterioren Labrumriss bei ca. 9 bis 11 Uhr sowie einen Reizzustand im AC-Gelenk ohne wesentliche Arthrose.

3.1.3 Der Bericht des Spitals H. ___ vom 24. März 2021 (Suva-Nr. 11) hielt fest, die Schulterbeschwerden rechts seien dominant. Es lägen eine Tendinose der Supraspinatus- und Subscapularissehne sowie eine posteriore Labrumläsion vor. Seit dem Sturz am 29. November 2020 sei es zu einer Schmerzexazerbation gekommen. Im Rahmen der Abstützbewegung beim Sturz sei ventralseitig ein stechendes Schmerzereignis aufgetreten. Nach geringer Regredienz habe die Belastung bei der Arbeit als Lagerist zu einer erneuten Beschwerdeprogression geführt. Es sei von einer relevanten Begleitbursitis auszugehen. Nach initial guter Wirksamkeit einer subakromialen Mischinfiltration zeigte sich eine erneute Beschwerdeprogredienz (A.S. 71).

3.1.4 Die bei Prof. Dr. med. E.____ eingeholten Arztberichte (s. E. I. 2.3 hiervor) sind entweder erst nach dem angefochtenen Einspracheentscheid ergangen oder betreffen eine Verletzung der linken Schulter aus dem Jahr 2012. Soweit sich die Gerichtsgutachten mit diesen Unterlagen befassen, wird auf die entsprechenden Erwägungen verwiesen (s. E. II. 3.3 und 3.4 hiernach).

E. 3.2.1.1

Der Suva-Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seiner Stellungnahme vom 1. April 2021 dafür (Suva-Nr. 12), die an der Schulter festgestellten Befunde seien als degenerativ im Rahmen der früheren Tätigkeit als Gipser zu sehen. Das geltend gemachte Ereignis habe eine vorübergehende Verschlimmerung bewirkt. Der Vorzustand sei nach drei Monaten erreicht worden. Danach bestehe unfallkausal eine volle Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Tätigkeit.

E. 3.2.1.2

In seinem Bericht vom 12. Mai 2021 (Suva-Nr. 27) ergänzte Dr. med. I.____, eine akute Verletzung der Rotatorenmanschette oder des posterioren Labrums sei nicht als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, nachdem der Versicherte erst drei Wochen nach dem Ereignis ärztliche Hilfe in Anspruch genommen habe. Bei eigener Durchsicht der MRI-Bilder vom 30. Dezember 2020 zeigten sich in der kranialen Subscapularissehne und in der ventralen Supraspinatussehne kleinste interstitielle Läsionen, welche jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich auf ein akutes Trauma zurückgingen, sondern Ergebnis einer zeitlich länger dauernden Abnützung seien, besonders da Ödembildungen fehlten. Es sei davon auszugehen, dass die Läsionen bereits vor dem Ereignis vorgelegen hätten und durch dieses nur zu Tage getreten seien. Ausserdem sei der Sturz nach vorne gemäss einschlägiger Fachliteratur nicht geeignet, Zerreissungen im Bereich der Subscapularis- und Supraspinatussehne hervorzurufen. Da nur eine relativ kleine durchgehende Ablösung des Labrum glenoidale vom Glenoid vorliege, sei eine traumatische Läsion eher unwahrscheinlich. Gemäss Literatur würden traumatische Labrumsschäden praktisch nur bei Schulterluxationen auftreten, was hier nicht unterstellt werden könne. Somit sei dieser kleine posteriore Labrumdefekt überwiegend wahrscheinlich ebenfalls auf Degeneration zurückzuführen. Im früheren Beruf als Gipser seien schwere Überkopfarbeiten charakteristisch, welche das posteriore Labrum glenoidale stark belasteten. Eine traumatische Bursitis subacromialis sei ca. vier Monate nach dem Ereignis nicht mehr als unfallkausal zu betrachten. Zusammengefasst seien die geltend gemachten Schädigungen an Supraspinatus- und Subscapularissehne sowie am Labrum glenoidale posterior nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kausal zum Ereignis vom 29. November 2020. Es sei somit von einer Schulterdistorsion und einem Erreichen des Vorzustandes acht bis zehn Wochen nach dem Ereignis auszugehen. Unfallkausal bestehe nach diesem Zeitraum eine volle Arbeitsfähigkeit als Mitarbeiter in der Kommissionierung.

E. 3.2.1.3

Am 29. Juni 2021 erklärte Dr. med. I.____, er bleibe bei seiner Beurteilung und habe nichts hinzuzufügen (Suva-Nr. 31).

3.2.2 Der Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. J.____, Facharzt für Sportmedizin und Manuelle Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 14. September 2021 dafür (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 12), die grosse dorsale Labrumläsion sowie die gelenkseitige gegenüberliegende Subsacpularisläsion an der rechten Schulter seien nicht als

krankhaft resp. degenerativ anzusehen. Bei der MRT-Untersuchung vier Wochen nach dem Sturz habe sich ein frischer Schaden am Labrum dorsal und an der Subscapularissehne ventral ergeben. Degenerative Schulterbefunde fehlten nahezu vollständig. Der MRT-Befund prädestiniere keineswegs zu seltenen spontanen Subscapularissehnenrissen und überwiegend wahrscheinlich nicht zu einem posterioren grossen Labrumriss ohne bekannte Vorbefunde. Eine Vorschädigung des dorsalen Labrums zu nahezu einem Viertel wäre sehr aussergewöhnlich. Eine derartige dorsale Labrumläsion weise bei gelenkseitigen Gegenrissen in der Subscapularissehne und mangels vorbestehender Instabilität überwiegend wahrscheinlich auf ein zeitnahes Ereignis hin. Ein Hämatom sei vier Wochen nach dem Ereignis in der MRT-Untersuchung nicht mehr zu erwarten, da es mit hoher Wahrscheinlichkeit resorbiert worden sei. Das gleiche gelte für ein vom Kreisarzt erwähntes Ödem; eine Labrumläsion ziehe aufgrund des Gewebes ohne Blutgefässe sehr selten eine Ödembildung nach sich. Die drei Wochen zwischen Unfall und Arztbesuch seien nicht ungewöhnlich, da Risse der Subscapularissehne nicht derart rasch als störend empfunden würden wie bei der Supraspinatussehne. Am Ereignistag habe keine einfache Kontusion der Schulter mit Bagatellanprallmechanismus vorgelegen, denn der Versicherte habe den Sturz mit den Armen abzufangen versucht und bei der Armfixierung eine Rotationsbewegung mit Anspannung der Innenrotatoren durchgeführt. Im Übrigen sei die stereotype Argumentation, dass eine Kontusion keine Rotatorenmanschettenläsion bewirke, zu einfach, wobei sich der Kreisarzt auf eine veraltete Literaturstelle berufe.

E. 3.3

3.3.1 Der Experte Dr. med. D.____ stellt im ersten Gerichtsgutachten vom 8. Juni 2022 (A.S. 83 ff.) folgende Diagnosen (A.S. 91):

Der Beschwerdeführer gebe an, am 29. November 2020 habe er den Schlitten bergauf gezogen, sei ausgerutscht und habe sich mit beiden Händen nach vorne abgestützt. Rechts hätte er einen einschliessenden brennenden Schmerz wie eine Spritze verspürt; links seien die Schmerzen nicht so schlimm gewesen. In der Folge seien dann zunehmend Schmerzen und Blockaden aufgetreten. Bis Mitte Dezember habe er gearbeitet, dann habe ihn die Hausärztin bei erheblich eingeschränkter Beweglichkeit zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Unter Physiotherapie habe er sich besser gefühlt, aber nach zwei Wochen Arbeit sei es wieder zur Blockade mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit gekommen. Nach einer Infiltration hätten sich Schmerzen und Beweglichkeit verbessert, doch als er wieder gearbeitet habe, sei erneut eine Verschlechterung eingetreten (A.S. 89 f.).

Der Ereignismechanismus mit Abstütztrauma bilde überwiegend wahrscheinlich eine geeignete Ursache für eine posteriore Labrumläsion (A.S. 91). Da aber kein frisches Kontrastmittel einflüsse und bereits die Vernarbung auf eine mögliche ältere Läsion hinweise, handle es sich überwiegend wahrscheinlich um eine acute on chronic-Verletzung mit persistierenden Schmerzen beim Absenken des Armes, welche eine richtungsgebende Verschlimmerung darstelle. Der Kapselansatz Typ III begünstige eine Instabilität. In diesem Sinne sei nicht ausgeschlossen, dass der dorsale Labrumriss durch rezidivierende Mikrotraumata erfolgt sei, was auch der Häufigkeit in der Literatur entspreche. Die verminderte Innenrotation führe zu einer pathologischen Beweglichkeit im Schultergelenk, was eine subacromiale Reizung bewirken könne. Diese Labrumruptur sei aber nicht alleinige Ursache der vom Versicherten geschilderten und demonstrierten Beschwerden. Die Untersuchungen für dorsale Instabilität seien nicht eindeutig positiv. Schmerzen würden bei geringster Berührung auftreten. Für die hintere Instabilität spreche, dass vor

allem das Absenken aus Überkopffposition mit langem Hebelarm schmerzhaft sei; Kardinalsymptom sei der Schmerz und nicht die Instabilität. Mit kurzem Hebel gelinge das Absenken besser. Auffallend sei der kräftige M. Trapezius, was auf eine gewisse Inkonsistenz zwischen geklagter und tatsächlicher Gebrauchsfähigkeit hindeute, wozu auch der etwas grössere Oberarmumfang passe. Als Fazit hätten die beschriebenen Tendinosen von Supra- und Infraspinatus nichts mit den Beschwerden zu tun. Die dorsale Labrumläsion sei möglicherweise alt, aber überwiegend wahrscheinlich durch das Trauma verstärkt worden, wobei der Beweglichkeitsverlauf nicht dieser Läsion angelastet werden könne. Zusätzlich gebe es nicht-orthopädische Gründe, die das Krankheitsbild beeinflussen könnten. Gemäss der vom Kreisarzt zitierten Publikation entstehe die dorsale Labrumläsion bei einer axialen Krafteinwirkung auf den Arm bei einem um 90° gebeugten Schultergelenk. Das Abstützen nach vorn mit beiden Händen entspreche dem natürlichen, reflexartigen Abwehrverhalten (A.S. 92). Der Abstand von drei Wochen zwischen dem Ereignis und dem Arztbesuch stelle keinen Beweis gegen eine akute Verletzung der Rotatorenmanschette oder des posterioren Labrums dar, da diese Läsion häufig verspätet diagnostiziert werde (A.S. 92 f.). Die minimalen und altersgemässen Veränderungen der Supraspinatus- und Subscapularissehne seien überwiegend wahrscheinlich nicht auf das Ereignis vom 29. November 2020 zurückzuführen. Dagegen habe das Ereignis überwiegend wahrscheinlich die Labrumläsion hervorgerufen oder einen Vorbefund traumatisiert. Bei einem ausgeprägten medialen Kapselansatz Typ III als Ausdruck einer gewissen Laxität könne es sein, dass Überkopfarbeiten und Arbeiten in Vorhalteposition konsekutiv zu Mikroinstabilitäten und dadurch zu vermehrter posteriorer Belastung des Labrums führten, was den möglichen Vorschaden erklären könnte. Durch das Ereignis vom 29. November 2020 sei es aber zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung gekommen mit persistierenden Beschwerden, klinisch sichtbar bei einschiessenden Schmerzen beim Absenken des Armes aus Überkopfbewegung. Es gehe nicht an, die Bursitis subacromialis nach vier Monaten nicht mehr als unfallkausal zu betrachten, sei diese doch Folge der veränderten Kinematik des Schultergelenkes. Das Fehlen eines Ödems heisse nicht, dass es sich nicht um eine frische Verletzung handle (A.S. 93). Die Cysten postero-superior fänden sich bei 95 % der asymptomatischen Bevölkerung ab 35 Jahren. Ob die vernarbte Labrumläsion im MRI vom 30. Dezember 2020 frisch oder älter sei, lasse sich nicht differenzieren. Ein Abstütztrauma wie hier entspreche einer Flexion in der Schulter, einer Adduktion und einer Innenrotation, was sowohl gemäss der alten wie der neuen Literatur eine dorsale Labrumläsion hervorrufen könne (A.S. 94).

3.3.2 Am 4. Dezember 2022 ergänzte Dr. med. D.____ (A.S. 195 f.), es gebe harte Faktoren, bildgebend nachweis- und objektivierbar, und weiche Faktoren, zu denen Anamnese und klinische Untersuchung gehörten. Labrum und Kapsel seien Stabilisationsfaktoren. Sowohl bei der antero-inferioren als auch der hinteren Schulterluxation resp. Subluxation komme es nebst einer Labrumläsion zu einer plastischen Deformation der Kapsel. Bei der akuten posterioren Subluxation rutsche der Humeruskopf knapp über den dorsalen Pfannenrand und spontan wieder zurück in die normale Position, dies im Sinne eines «minor oder moderate» medical Traumas. Eine reversed Hill-Sachs Läsion könne, müsse aber nicht vorhanden sein. Er führe die Verschlimmerung auf eine Kapselveränderung im Sinne einer radiologisch nicht nachweisbaren Überdehnung zurück. Durch den Kapselansatz Typ III sei es überwiegend wahrscheinlich schon früher zu rezidivierenden Subluxationen gekommen, wovon der Versicherte aber nichts bemerkt habe. Das Trauma vom 23. Dezember [recte: 29. November] 2020 habe dann das labile Gleichgewicht definitiv gestört. Die Schilderung,

dass das Absenken mit langem Hebelarm die Beschwerden auslöse, sei typisch, für den Laien aber nicht einzuordnen und deshalb authentisch. Die richtungsgebende Verschlimmerung äussere sich in der Persistenz der Beschwerden und der korrespondierenden Klink.

E. 3.4

3.4.1 Der neue Experte Dr. med. F.____ gelangt im zweiten Gerichtsgutachten vom 4. Oktober 2023 (A.S. 222 ff.) aufgrund der Akten zu folgenden fallrelevanten Diagnosen (A.S. 235):

3.4.2 Der Experte führt allgemein zur Schulterinstabilität aus, das Schultergelenk sei so ausgelegt, dass ein hohes Mass an Beweglichkeit und Funktion gewährleistet sei. Dies geschehe durch eine relativ kleine, flache Pfanne, welche mit einer Gelenkklippe (Labrum) vergrössert werde, durch die Schultergelenkkapsel sowie durch eine kräftige Muskulatur. Eine Luxation erfolge anatomisch am häufigsten dort, wo wenig muskulärer Widerstand und / oder keine knöcherner Struktur vorhanden seien, welche die Luxation einschränkten oder verhinderten, also nach vorne, vorne / unten, unten hinten oder hinten / unten. Vorne oben verhindere das Korakoid, ein knöcherner Fortsatz und Muskelansatz, hinten oben je nach anatomischer Variante meist das Acromion (Schulterdach) zusammen mit den Muskelsehneneinheiten der Rotatorenmanschette eine Schulterluxation. Die mit über 90 % weitaus häufigsten Schulterinstabilitäten erfolgten durch Hebelwirkung am Arm nach vorne und vorne / unten. Hintere Schulterinstabilitäten seien deutlich seltener und könnten durch direkte Krafteinwirkung auf die Schulter von vorne oder durch axiale Krafteinwirkung auf den ca. 90° nach vorne angehobenem Arm in Adduktion und Innenrotation verursacht werden. Durch die Luxation nach vorne oder vorne / unten entstehe an der Pfanne häufig ein Abriss des Labrums mit oder ohne Knochenbeteiligung, d.h. eine sog. Bankartläsion; befinde sich der Labrumschaden hinten, spreche man von einer reversed Bankartläsion. Um die Lokalisation dieser Schäden genau zu definieren, lege man eine virtuelle Uhr auf die bohnenförmige Pfanne. Zudem werde der Oberarmkopf durch die Verhackung an der Gelenkpfanne je nach Art der Luxation hinten / oben (bei Luxationen nach vorne, sog. Hill-Sachs Läsion) oder vorne bei hinteren Luxationen (sog. reversed Hill-Sachs Läsion) eingedrückt. Diese Läsion sei praktisch immer ein radiologischer Beweis für eine stattgehabte Luxation. Echte traumatische hintere Schulterluxationen würden in der Regel eher durch Hochenergetraumata verursacht und seien radiologisch gut nachzuweisen (reversed Bankart und Hill-Sachs-Läsion). Schwieriger sei es bei axialen, nicht hochenergetischen Krafteinwirkungen auf den Arm, meist bei einem nach vorne 90° angehobenen Arm. Bei diesen Formen würden eher Subluxationen auftreten, Schäden am hinteren Labrum seien vorhanden oder auch nicht. Bei solchen Fällen müsse die Unfallkausalität wie beim Versicherten individuell aufgrund der Anamnese und der aufgetretenen Schäden am hinteren Labrum beurteilt werden. Diese Form der Instabilität trete auch ohne Trauma bei meist jüngeren Individuen oder Wurfsporlern auf (A.S. 236 f.).

3.4.3 Weiter hält der Experte fest, wegen der unpräzisen Angaben des Versicherten sei der Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität hier wenig aufschlussreich. Die Angaben der ersten Stunde seien lückenhaft. Die erst Mitte Dezember 2020 aufgesuchte Hausärztin habe primär kein Trauma festgehalten, dies sei erst in den UVG-Zeugnissen vom März 2021 geschehen. Die eigentliche Schadenmeldung für das Ereignis vom 29. November 2020 sei erst am 8. März 2021 erfolgt, also ca. drei bis vier Monate später. Nach dem Unfall seien die Schmerzen gemäss dem Versicherten nach initial stechendem

Schmerz erträglich gewesen und erst während der Arbeit wieder vermehrt aufgetreten (A.S. 237).

3.4.4 Zu den radiologischen Befunden erklärt der Experte, Dr. med. D.____ postuliere im ersten Gutachten einen vorbestehenden, degenerativ bedingten Labrumschaden von 9 ■ 11 Uhr, mit einer richtungsgebenden Verschlimmerung durch eine Subluxation der Schulter nach hinten am 29. November 2020. Dies sei wie folgt nicht korrekt resp. schlüssig (A.S. 238 f.):

Die Diagnose einer Tendinose der Subscapularis- und Supraspinatussehne müsse mangels direkter Einsicht in die MR-Bilder der rechten Schulter von Dr. med. D.____ übernommen werden, der sie als irrelevant (und unfallfremd) beurteile. Die Begleitbursitis subacromialis deute er als Folge der Scapuladyskinesie und eines posterosuperioren Impingements. Gehe man davon aus, dass dies korrekt sei, sei der Tendinose obiger Sehnen kein pathologischer Wert beizumessen. Somit bestehe auch bei der Diagnose einer Bursitis subacromialis keine Unfallkausalität (A.S. 240).

3.4.5 Der Experte gelangt sodann zum Schluss, durch das Unfallereignis vom 29. November 2020 sei eine Schulterdistorsion mit einer möglicherweise leichten Traumatisierung des vorgeschädigten posterosuperioren Labrums (acute on chronic) aufgetreten. Insoweit könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Ursache der Beschwerden angenommen werden. Es sei davon auszugehen, dass der Status quo ante dieser Schulterdistorsion nach ca. zwei Monaten wieder erreicht worden sei. Im längeren Verlauf sei die Unfallkausalität der Beschwerden an der rechten Schulter nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben. Die Beschwerden korrelierten ungenügend mit den diversen Untersuchungsbefunden der behandelnden Ärzte bzw. den Angaben im Gutachten von Dr. med. D.____ und seien von wechselndem Charakter; eine Aggravationstendenz werde implizit oder explizit von allen beschrieben. Zudem korrelierten die Beschwerden wenig mit den pathologischen Befunden der MR-Untersuchungen. Es bestünden somit im Langzeitverlauf rechts unklare Schulterschmerzen nicht traumatischer Ursache. Eine richtungsgebende Verschlimmerung liege aus diesen Gründen nicht vor. Vielmehr sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer vorbestehenden, degenerativ entstandenen Läsion des posterosuperioren Labrums im Rahmen der Tätigkeit als Gipser auszugehen, welche zu dieser Zeit wahrscheinlich asymptomatisch gewesen sei (A.S. 240). Die degenerativen Veränderungen der Supraspinatus- und Subscapularissehne seien nach Aktenlage ebenfalls nicht durch das Unfallereignis vom 29. November 2020 bedingt, und damit auch nicht die Begleitbursitis subacromialis (A.S. 241). Im Zeitpunkt des Einspracheentscheidens vom 20. August 2021 habe keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden (A.S. 243).

E. 3.4.5

hiervor). Dabei konsultierte er auch die Fachliteratur (A.S. 245) und legte die anatomischen Verhältnisse im Schultergelenk unter Zuhilfenahme von Abbildungen anschaulich dar (A.S. 247 f.), was die Beweiskraft des Gutachtens zusätzlich stärkt. Die Schlussfolgerungen, zu denen Dr. med. F.____ auf dieser Grundlage gelangt, sind daher nachvollziehbar und überzeugend, zumal er auch das erste Gerichtsgutachten von Dr. med. D.____ eingehend würdigte und erläuterte, warum er mit der dortigen Beurteilung nicht einverstanden war. Die Parteien erheben denn auch keinerlei Einwände gegen das neue Gerichtsgutachten (E. I. 2.5 hiervor), so dass unter diesem Blickwinkel ebenfalls kein Anlass besteht, davon

abzuweichen.

3.5.3 Gestützt auf das Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____ ist folglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Unfall vom 29. November 2020 nur vorübergehend, d.h. während zwei Monaten, eine Verschlimmerung eines unfallfremden Vorschadens bewirkte und daher zwischen dem Unfallereignis und den persistierenden Beschwerden im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 6. April 2021 kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr bestand. Dies deckt sich denn auch grundsätzlich mit der Auffassung des Kreisarztes (E. II. 3.2.1 hiervor). Eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin gegenüber dem Versicherten entfällt daher. Weitere Sachverhaltsabklärungen erübrigen sich im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung, da von ihnen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten wären (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.6 Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

4. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

E. 3.5

3.5.1 Als die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid daran festhielt, dass mit dem Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs per 6. April 2021 kein weiterer Leistungsanspruch mehr bestehe (E. I. 1.2 hiervor), stützte sie sich auf die drei Stellungnahmen ihres Kreisarztes Dr. med. I.____ (E. II. 3.2.1 hiervor). Diese kreisärztliche Beurteilung war einerseits in sich schlüssig. Andererseits lagen damals keine abweichenden Arztberichte vor, welche zu Zweifeln Anlass gegeben hätten, war doch keiner der behandelnden Ärzte vertieft auf die Frage der Kausalität eingegangen (s. E. II. 3.1.1 ■ 3.1.3 hiervor). Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin indes den Bericht ihres Vertrauensarztes Dr. med. J.____ ein (E. II. 3.2.2 hiervor), welcher die Ausführungen des Kreisarztes in verschiedenen Punkten kritisierte und den natürlichen Kausalzusammenhang bejahte. Damit bestand ein Widerspruch zwischen den beiden versicherungsinternen Ärzten, der vom Gericht mangels medizinischer Fachkenntnisse nicht selber aufgelöst werden konnte. Das zu diesem Zweck bei Dr. med. D.____ eingeholte Gerichtsgutachten erwies sich indes als nicht überzeugend. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend geltend macht, ging Dr. med. D.____ von einem Vorzustand aus, der durch das Unfallereignis vom 29. November 2020 richtungsgebend verschlimmert wurde. Diesfalls müssten aber als Ursache für die anhaltenden Beschwerden neben dem Vorzustand zusätzliche strukturelle Veränderungen vorliegen, welche durch die Bildgebung objektiv ausgewiesen sind (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_473/2022 vom 20. Januar 2023 E. 5.1). Daran fehlt es hier, wie Dr. med. D.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 4. Dezember 2022 selber einräumte (E. II. 3.3.2 hiervor). Ein weiteres Gerichtsgutachten war damit unumgänglich.

3.5.2 Das zweite Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____ geniesst vollen Beweiswert, erfüllt es doch die Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.3.2 hiervor): Es stammt von einem unabhängigen Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, welcher aufgrund seiner Ausbildung qualifiziert ist, die sich hier stellenden Fragen zu beantworten. Eine persönliche Befragung und Untersuchung konnte

der Experte zwar nicht durchführen, weil der Versicherte nicht zum Begutachtungstermin erschien und zudem durch sein Verhalten im Vorfeld, d.h. die Nichteinreichung der Bildgebung und der Entbindung vom Arztgeheimnis, deutlich gemacht hatte, dass er nicht gewillt war, an der erneuten Begutachtung mitzuwirken (s. dazu E. I. 2.4 + 2.5 hiervor). Um eine zweite gutachterliche Beurteilung zu erhalten, blieb daher nur die Möglichkeit, ein Aktengutachten einzuholen. Für dieses konnte sich Dr. med. F.____ nicht nur auf die Akten der Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin mit den Berichten der behandelnden Ärzte stützen (A.S. 226 ff.), sondern insbesondere auch auf das vorhergehende Gerichtsgutachten, welches die Angaben des Versicherten und die von Dr. med. D.____ erhobenen objektiven Befunde enthielt (A.S. 229 f. / 230 ff.). Damit bestand eine ausreichende Sachverhaltsgrundlage, um dem Experten eine reine Aktenbeurteilung der natürlichen Kausalität zu erlauben.

Dem Kriterium des Unfallmechanismus wird bei der Beurteilung der Unfallkausalität von Schulterverletzungen mittlerweile keine übergeordnete Bedeutung mehr beigemessen. Denn oftmals kann der genaue Unfallhergang nicht mehr rekonstruiert werden. Der Unfallmechanismus ist mit anderen Worten nicht länger als gewichtiges, sondern nur noch als ein Indiz unter mehreren zu werten. Die einzelnen für oder gegen eine traumatische Genese sprechenden Aspekte (bildgebende Befunde, Vorgeschichte, Unfallhergang, Primärbefund und Verlauf) sind aus medizinischer Sicht zu diskutieren und ein Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 4.1 und 8C_593/2021 vom 6. Januar 2022 E. 5.2.3). Das Gerichtsgutachten von Dr. med. F.____ entspricht dieser Vorgabe. Die neue Bundesgerichtspraxis zum Stellenwert des Unfallmechanismus war ihm bekannt (A.S. 237 Ziff. 7.2.1). Dementsprechend befasste er sich nicht nur mit dem Ablauf des Unfalls vom 29. November 2020, sondern ging auch auf die anderen relevanten Umstände ein, d.h. den Abstand zwischen dem Vorfall und dem ersten Arztbesuch, die Entwicklung seit dem Unfall und die radiologischen Befunde (s. E. II. 3.4.3 ■

E. 4

Oktober 2023 (A.S. 222 ff.). Während sich die Beschwerdegegnerin in der Eingabe vom 31. Oktober 2023 mit dem Gutachten einverstanden erklärt und den Antrag auf Abweisung der Beschwerde unter a/o Kostenfolge erneuert (A.S. 253 f.), äussern sich die Beschwerdeführerin und der Versicherte nicht (s. A.S. 255). II. 1. Da die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. Streitig und zu prüfen ist, ob der Versicherte auch nach dem 6. April 2021 Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin für das Unfallereignis vom 29. November 2020 hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides am 20. August 2021 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366). 2. 2.1 Soweit das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) nichts anderes bestimmt, werden Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Die versicherte Person hat u.a. Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Art. 10 Abs. 1 UVG) sowie auf ein Taggeld, sofern sie infolge des Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Dabei handelt es sich um vorübergehende Leistungen, die – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen

Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes (d.h. eine Wiederherstellung oder eine ins Gewicht fallende Steigerung der Arbeitsfähigkeit, s. BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115) erwartet werden kann. Sobald dies nicht mehr der Fall ist (und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind), erfolgt der Fallabschluss mit Einstellung der vorübergehenden Leistungen bei gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente sowie auf eine Integritätsentschädigung (BGE 134 V 109 E. 4.1 S. 114 + E. 4.3 S. 115).

E. 5

5.1 In Beschwerdesachen der Unfallversicherung sind (abgesehen vom hier nicht interessierenden Fall einer mutwilligen oder leichtsinnigen Prozessführung) keine Verfahrenskosten zu erheben, weil dies im UVG nicht vorgesehen ist (s. Art. 61 lit. fbisATSG).

E. 5.2

5.2.1 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75, 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Als die Beschwerdegegnerin den angefochtenen Einspracheentscheid erliess, bestand vor dem Hintergrund der damaligen Aktenlage kein Anlass, an der Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. I.____ auch nur geringe Zweifel zu hegen. Dies war vielmehr erst im Beschwerdeverfahren der Fall, als die Beschwerdeführerin einen abweichenden, nach dem Einspracheentscheid eingeholten Bericht ihres Vertrauensarztes beibrachte (s. E. II. 3.5.1 hiervor). Man kann der Beschwerdegegnerin daher nicht vorwerfen, sie hätte bereits im Einspracheverfahren ein unabhängiges Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, weshalb ihr die Kosten der beiden Gerichtsgutachten von CHF 5'116.00 resp. 7'950.00 nicht überbunden werden dürfen.

5.2.2 Die Kosten von Abklärungsmassnahmen können der versicherten Person auferlegt werden, wenn sie trotz Aufforderung und Androhung der Folgen die Abklärung in unentschuldbarer Weise verhindert oder erschwert hat (Art. 45 Abs. 3 ATSG). Der Versicherte blieb dem Begutachtungstermin bei Dr. med. F.____ vom 23. Juni 2023 unentschuldig fern, obwohl er in der Verfügung vom 31. März 2023, welche ihm am 3. April 2023 zugestellt worden war, ausdrücklich auf seine Mitwirkungspflicht und die mögliche Kostenaufgabe bei einem unentschuldigtem Nichterscheinen hingewiesen worden war (A.S. 214 Ziff. 6). Im Anschluss äusserte er sich nicht zu seinem Versäumnis, nachdem ihm am 10. Oktober 2023 Gelegenheit dazu gegeben worden war (A.S. 249). Der Versicherte missachtete folglich seine Pflichten in einer vorwerfbarer Weise, zumal er weder gesundheitliche Hinderungsgründe geltend machte noch vorbrachte, er habe das Aufgebot nicht erhalten. Da er an der ersten Begutachtung teilgenommen hatte, durfte

