

SO_GERICHTE VSBES.2021.186 vom 20. März 2024

SO Obergericht, 2024-03-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.186

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.186 du 20 mars 2024

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.186 del 20 marzo 2024

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1966, war bei der Einzelunternehmung B.____ mit Sitz in [...] als Gipserpolier angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (nachfolgend Beschwerdegegnerin) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung UVG vom 4. Juni 2020 (Suva-Nr. [Akten der Beschwerdegegnerin] 1) stürzte der Beschwerdeführer am 29. Mai 2020 während der Arbeit von einer Leiter und rollte über die Treppe ein ganzes Stockwerk herunter. Dabei zog er sich laut Sprechstundenbericht von Dr. med. C.____ vom 2. Juli 2020 (Suva-Nr. 10) ein Schulterkontusionstrauma links mit ausgeprägter Kontusion sowie eine Handgelenkskontusion links zu. Die Beschwerdegegnerin übernahm in der Folge die Heilbehandlungskosten und richtete dem Beschwerdeführer Taggelder aus (Suva-Nr. 4).

1.2 Mit Verfügung vom 13. Januar 2021 (Suva-Nr. 99) stellte die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Handbeschwerden links per 20. September 2020 ein, da die unfallbedingte Verschlimmerung des Vorzustandes gemäss kreisärztlicher Beurteilung maximal drei Monate gedauert habe und sodann der Zustand eingetreten sei, wie er sich auch ohne Unfall ergeben hätte. Die hierauf vom Beschwerdeführer erhobene Einsprache vom 9. Februar 2021 (Suva-Nr. 116) wies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 29. April 2021 (Suva-Nr. 158) ab. Die gegen den Einspracheentscheid erhobene Beschwerde des Beschwerdeführers vom 31. Mai 2021 wies das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 7. Februar 2022 ab. Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

1.3 Hinsichtlich der Schulterbeschwerden links stellte die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 28. April 2021 (Suva-Nr. 154) per 10. Mai 2021 ein. Begründet wurde dies damit, dass gemäss kreisärztlicher Beurteilung eine Kontusion bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich des Schultergelenks und ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen spätestens nach drei Monaten als abgeheilt und der Status quo sine als erreicht gelte. Nachdem anlässlich der beim Beschwerdeführer durchgeführten Arthroskopie vom 19. Januar 2021 ausschliesslich eine degenerative Vorerkrankung diagnostiziert worden sei, sei der Zustand, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte, spätestens am 10. Mai 2021 erreicht. Die hiergegen vom Beschwerdeführer erhobene Einsprache vom 31. Mai 2021 (Suva-Nr. 166) wies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 4. Oktober 2021 (Suva-Nr. 200) ab.

E. 2

a) Es sei die Beschwerdesache zwecks Wahrung der Gehörsrechte des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der kreisärztlichen Stellungnahme vom 27. Mai 2021 an die Suva zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer über den 10. Mai 2021 hinaus und weiterhin von der Beschwerdegegnerin die Heilungskosten und Taggeldleistungen zu bezahlen. c) Subeventualiter: Es sei eine unabhängige medizinische Expertise unter Beachtung der Verfahrensrechte nach BGE 137 V 210 in Auftrag zu geben.

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 4

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 15. November 2021 (A.S. 27 ff.) die Abweisung der Beschwerde und die Bestätigung ihres Einspracheentscheids vom 4. Oktober 2021. 2.3 Mit Verfügung vom 11. Februar 2022 (A.S. 34 ff.) teilt das Versicherungsgericht den Parteien mit, dass zur Beurteilung der Streitfrage, inwieweit dem Beschwerdeführer Leistungen der Unfallversicherung zustehen, ein monodisziplinäres orthopädisch-chirurgisches Gutachten eingeholt werde. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung des Beschwerdeführers Dr. med. D.____ zu beauftragen. 2.4 Die Beschwerdegegnerin lässt sich in ihrer Eingabe vom 16. Februar 2022 (A.S. 39 ff.) dahingehend vernehmen, dass gegen die ausgewählte Gutachterin keine Einwände bestünden, hinsichtlich des Fragenkatalogs jedoch eine kleine Ergänzung sowie eine Umstellung der Reihenfolge vorgeschlagen werde. Der Beschwerdeführer teilt mit Eingabe vom 4. März 2022 (A.S. 42) mit, dass er mit der vorgesehenen Gutachtensperson und dem Fragenkatalog einverstanden sei und aktuell keine Zusatzfragen beantrage. 2.5 Mit Verfügung vom

E. 9

März 2022 (A.S. 45 ff.) wird Dr. D.____ als Gutachterin bestimmt. Zugleich wird dem Antrag der Beschwerdegegnerin auf Abänderung des gerichtlichen Fragenkatalogs insofern entsprochen, als die Fragen 8 und 9 präzisiert werden. Die von der Beschwerdegegnerin begehrte Umstellung der Reihenfolge der Fragen wird hingegen abgewiesen. 2.6 Das Gerichtsgutachten von Dr. D.____ ergeht am 29. Juni 2022 (A.S. 59 ff.). 2.7 Die Beschwerdegegnerin teilt mit Eingabe vom 11. Juli 2022 (A.S. 82) mit, dass auf eine umfassende Stellungnahme zum Gutachten von Dr. D.____ verzichtet werde. Sie weist lediglich darauf hin, dass nicht nachvollziehbar sei, weshalb dem Beschwerdeführer in einer leichten administrativen Tätigkeit nur noch eine Arbeitszeit von sechs Stunden pro Tag möglich sein solle. Nach Ansicht der Beschwerdegegnerin bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die Einschränkungen des Beschwerdeführers könnten im Rahmen eines leidensbedingten Abzugs berücksichtigt werden. 2.8 Der Beschwerdeführer beantragt mit Eingabe vom 29. August 2022 (A.S. 83), dass auf die voll beweiskräftige Gerichtsexpertise abzustellen sei und die Kosten der Expertise der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen seien. 2.9 Mit Verfügung vom 31. August 2022 (A.S. 84 f.) teilt das Versicherungsgericht den Parteien mit, dass es beabsichtige, Dr. D.____ Ergänzungsfragen zum Gutachten vom 29. Juni 2022 zu stellen. 2.10 Die Beschwerdegegnerin teilt mit Eingabe vom 8. September 2022 (A.S. 88) mit, dass sie die vorgesehenen Zusatzfragen als ausreichend erachte und das Vorgehen begrüsse. Der Beschwerdeführer verzichtet auf eine Eingabe. 2.11 Mit Verfügung vom 27. September

2022 (A.S. 89 f.) ersucht das Versicherungsgericht Dr. D.____, Ergänzungsfragen zum Gutachten vom 29. Juni 2022 zu beantworten. 2.12 Die Beantwortung der Ergänzungsfragen durch Dr. D.____ erfolgt mit Eingabe vom 19. Oktober 2022 (A.S. 92 ff.). 2.13 Mit Verfügung vom

E. 11

November 2022 (A.S. 95 f.) teilt das Versicherungsgericht den Parteien mit, dass es eine weitere Abklärung der Verdachtsdiagnosen Low-Grade-Infekt und Bicepstendinopathie als notwendig erachte und beabsichtige, Dr. D.____ mit den erforderlichen Untersuchungen und anschliessend mit einer neuen Gesamtbeurteilung von Unfallkausalität, Behandlungsbedarf und Restarbeitsfähigkeit zu beauftragen. 2.14 Die Beschwerdegegnerin teilt mit Eingabe vom 18. November 2022 (A.S. 98) mit, dass sie mit dem vorgesehenen Ablauf einverstanden sei auf das Stellen von Zusatzfragen verzichte. Der Beschwerdeführer teilt mit Eingabe vom 2. Dezember 2022 (A.S. 100 f.) mit, dass er mit der vorgesehenen ergänzenden Begutachtung durch Dr. D.____ einverstanden sei und Rechtsbegehren 2. a) – richtigerweise wohl Rechtsbegehren 2. b) – seiner Beschwerde vom 5. November 2021 wie folgt modifiziere: Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer über den 11. Mai 2021 hinaus und weiterhin von der Beschwerdegegnerin die Heilungskosten und Taggelderleistungen zu bezahlen, eventuell eine Invalidenrente nach Massgabe eines IV-Grades von mindestens 10 % und eine Integritätsentschädigung nach Massgabe einer Integritätsbusse von mindestens 10 %. 2.15 Mit Verfügung vom 6. Dezember 2022 wird Dr. D.____ damit beauftragt, die im Gutachten vom 29. Juni 2022 gestellten Verdachtsdiagnosen Low-Grade-Infekt und Bicepstendinopathie abzuklären, die erforderlichen Untersuchungen in die Wege zu leiten und sodann anhand der Fragen 1 – 15 des Fragenkatalogs in Ziff. 4 der Verfügung vom 9. März 2022 eine neue Gesamtbeurteilung abzugeben. 2.16 Dr. D.____ teilt dem Versicherungsgericht mit Telefonat und Eingabe jeweils vom 21. Dezember 2022 (A.S. 106 f.) mit, dass zum definitiven Ausschluss eines Low-Grade-Infekts eine Schulterarthroskopie mit mindestens drei Biopsien und mikrobiologischer Untersuchung des Materials notwendig sei, dies für den Beschwerdeführer mit einer unzumutbaren Belastung verbunden wäre und somit diese Frage mit einem Ergänzungsgutachten nicht beantwortet werden könne. 2.17 Mit Verfügung vom 5. Januar 2023 (A.S. 108 f.) wird Dr. D.____ ersucht, zwei Ergänzungsfragen zu beantworten. 2.18 Die Beantwortung der Ergänzungsfragen durch Dr. D.____ erfolgt mit Eingabe vom 11. Januar 2023 (A.S. 110 f.). 2.19 Mit Verfügung vom 24. Februar 2023 wird den Parteien Gelegenheit geboten, sich abschliessend schriftlich zu äussern. 2.20 Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer abschliessenden Stellungnahme vom 2. März 2023 (A.S. 115 f.), dass sie in teilweiser Gutheissung des Eventualantrags in der Beschwerde vom 5. November 2021 für die Zeit vom 10. Mai bis 3. Oktober 2021 Heilkosten sowie Taggelder auszurichten habe. Im Weiteren sei die Sache an sie zurückzuweisen, um die Invalidenrente ab 4. Oktober 2021 festzulegen, die Integritätsentschädigung zu prüfen und anschliessend neu zu verfügen. Der Beschwerdeführer hält in seiner abschliessenden Stellungnahme vom 1. Mai 2023 fest, dass ein Low-Grade-Infekt und eine Bicepstendinopathie nach wie vor nicht rechtsgenügend abgeklärt seien und sich daher aufdränge, die am 24. Mai 2023 vorgesehene Operation des Beschwerdeführers durch Dr. C.____ abzuwarten und die Ergebnisse der Gerichtsgutachterin zur Beurteilung vorzulegen. Falls ohne weitere Abklärungen auf die im Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit abgestellt würde, sei zu beachten, dass der Fallabschluss durch die Beschwerdegegnerin nicht rechtens gewesen und dem

Beschwerdeführer für die Stellensuche und die Anpassung an die veränderten Verhältnisse eine Anpassungszeit von fünf Monaten zu gewähren sei. 2.21 Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation der beschwerdeführenden Partei) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids am 4. Oktober 2021 eingetreten ist (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b). 2. 2.1 Versicherungsleistungen nach dem Bundesgesetz über die obligatorische Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden, soweit dieses Gesetz nichts anderes bestimmt, bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG). Im Versicherungsfall hat die versicherte Person 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). Sowohl bei der Heilbehandlung als auch beim Taggeld handelt es sich – wie aus Art. 19 Abs. 1 UVG erhellt – um vorübergehende Leistungen, die nur solange zu gewähren sind, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands – d.h. eine rechtserhebliche Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (BGE 134 V 109 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_640/2022 vom 9. August 2023 E. 4.1.2) – erwartet werden kann (BGE 134 V 109 E. 4.1). Trifft dies nicht mehr zu, so ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen mit gleichzeitiger Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und auf eine Integritätsentschädigung abzuschliessen (BGE 134 V 109 E. 4.1). Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Hat sie durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG). 2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers nach UVG setzt voraus, dass zwischen Unfall und eingetretenem Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (zum Ganzen BGE 142 V 435 E. 1 und 129 V 177 E. 3.1 und 3.2). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel. Ein Ereignis gilt als adäquate Ursache eines Erfolges, 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 Erfolgs also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint. Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2). 3. 3.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom

Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Das heisst, dass Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen haben. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_179/2023 vom 20. Oktober 2023 E. 4.2 mit Hinweisen). 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 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 (antizipierte oder vorweggenommene Beweiswürdigung). 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.

3.2 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_73/2017 vom 6. Juli 2017 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis «nicht ohne zwingende Gründe» von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann sodann nicht abgestellt werden und es sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen. Anspruch auf ein Gerichtsgutachten besteht rechtsprechungsgemäss, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind.

4. 4.1 Der Beschwerdeführer macht in formeller Hinsicht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, weil es die Beschwerdegegnerin unterlassen habe, ihm vor Erlass des Einspracheentscheids am 4. Oktober 2021 die Stellungnahme von Dr. med. E. ____, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt Suva Solothurn, vom 9. Juni 2021 – richtigerweise vom 10. Juni 2021 (Suva-Nr. 175) – zur Kenntnis zu bringen. Hierzu ist Folgendes festzuhalten:

4.2 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]; Art. 42 Satz 1 ATSG). Dazu gehört insbesondere das Recht, sich vor Erlass eines Entscheids, der in die eigene Rechtsstellung eingreift, zur Sache zu äussern,

erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 143 V 71 E. 4.1). Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie ihren Standpunkt im Verfahren wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 143 V 71 E. 4.1 m.w.H.). Zentraler Teilgehalt des Anspruchs auf rechtliches Gehör bildet mithin das Recht auf Akteneinsicht. Eine notwendige Bedingung für dessen Wahrnehmung sowie für die Ausübung des damit in engem Zusammenhang stehenden Rechts auf Äusserung besteht darin, dass die Behörde die Parteien davon in Kenntnis setzt, wenn sie dem Dossier neue Akten beifügt, die für die Entscheidungsfindung wesentlich sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_1030/2010 vom 29. April 2011 E. 2.2 mit Hinweisen). 4.3 Beim Bericht von Dr. E.____ vom 10. Juni 2021 handelt es sich lediglich um eine kurze Stellungnahme dazu, ob die vom Beschwerdeführer im Einspracheverfahren eingereichte Magnetresonanztomographie (MRT; engl. MRI für magnetic resonance imaging) vom 27. Mai 2021 etwas an seiner Beurteilung vom 23. April 2021 ändere, was Dr. E.____ verneint. Der Bericht enthält somit keine eigenständige fachmedizinische Einschätzung, sondern bloss eine versicherungsinterne Würdigung eines vom Beschwerdeführer neu eingereichten Aktenstücks. Die Beweiswürdigung gehört nicht zur Sachverhaltsermittlung, sondern zur Rechtsanwendung. Entsprechend handelt es sich bei der Frage nach dem Beweiswert eines Aktenstücks nicht um eine tatsächliche, sondern um eine rechtliche Frage (eingehend hierzu VersG SG IV 2009/280 vom 6. April 2011 E. 1.1, bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_436/2011 vom 5. August 2011 E. 3.1). Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehörs fällt vorliegend somit von vornherein ausser Betracht. Die Rüge des Beschwerdeführers ist unbegründet. 4.4 Der Vollständigkeit halber sei schliesslich erwähnt, dass die Beschwerdegegnerin dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Schreiben vom 15. Juni 2021 (Suva-Nr. 176) mitteilte, dass die in der Einsprache vom 31. Mai 2021 beantragte Nachfrist für eine Einspracheergänzung gewährt werde und diese Nachfrist bis am 5. Juli 2021 dauere. Im gleichen Schreiben teilte die Beschwerdegegnerin dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit, dass sie ihm in der Beilage den im Einspracheverfahren bei Kreisarzt Dr. E.____ eingeholten Bericht vom 10. Juni 2021 zur Kenntnisnahme zukommen lasse. Mit Schreiben vom 5. Juli 2021 (Suva-Nr. 178) ersuchte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unter Bezugnahme auf das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 15. Juni 2021 nochmals um eine angemessene Nachfrist für eine Einspracheergänzung. Damit steht fest, dass der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 15. Juni 2021 erhalten und zur Kenntnis genommen hat. Nachdem er ein allfälliges Fehlen der im Schreiben vom

E. 15

Juni 2021 genannten Beilage weder in seinem Schreiben vom 5. Juli 2021 noch im Laufe des weiteren Verfahrens vor der Beschwerdegegnerin beanstandet hat, ist davon auszugehen, dass er die Beilage erhalten hat. Die Rüge des Beschwerdeführers erweist sich somit auch unter diesem Aspekt als unbegründet. 5. 5.1 Strittig und zu prüfen ist sodann, ob der Fallabschluss und die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per 10. Mai 2021 zu Recht erfolgt sind. Die Beschwerdegegnerin begründete dies in ihrem Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2021 (A.S. 1 ff.) damit, dass der Beschwerdeführer am 10. Mai 2021, d.h. fast ein Jahr nach dem Unfall und fast vier Monate nach der Arthroskopie vom

E. 19

Januar 2021, den Gesundheitszustand erreicht habe, wie er sich auch ohne Unfall eingestellt hätte. Der Unfall habe bloss zu einer vorübergehenden Verschlimmerung geführt, die nach maximal drei Monaten abgeheilt sei. Die noch vorhandenen Beschwerden und Funktionseinschränkungen in der linken Schulter des Beschwerdeführers seien degenerativer Natur und folglich unfallfremd. Die medizinische Aktenlage präsentierte sich der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt ihres Einspracheentscheids im Wesentlichen wie folgt:

5.2.5.2.1 Im Notfallbericht des F. ___ vom 2. Juni 2020 (Suva-Nr. 9) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Schulter- und Beckenschmerzen links; - V.a. Rotatorenmanschettenruptur. Zur Anamnese wurde im Notfallbericht festgehalten, dass der Beschwerdeführer am 29. Mai 2020 während der Arbeit von der Leiter gefallen sei. Die Leiter sei an einer Treppe gewesen, er sei ein ganzes Stockwerk runtergerollt. Unten angekommen habe er starke Schulterschmerzen links sowie leichte Beckenschmerzen links verspürt. Er habe Brufen® eingenommen und weitergearbeitet. Dabei habe er ein komisches Gefühl im linken Arm gehabt.

5.2.2 Die MRT des linken Schultergelenks nativ vom 8. Juni 2020 wurde im Bericht des G. ___ vom 8. Juni 2020 (Suva-Nr. 12) wie folgt beurteilt: - Aktiviertes AC-Gelenk, DD posttraumatischer Genese. Ansonsten kein Hinweis auf eine Fraktur. - Bursitis subacromialis/subdeltoidea. - Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenruptur. - Tendinopathie der langen Bizepssehne im vorderen Rotatorenintervall sowie Verdacht auf zumindestens gelenkseitige Partialläsion der Subskapularissehne, auch als möglicher Hinweis auf eine mögliche Pulley-Läsion. - Ansonsten unauffällige Darstellung der Sehnen der Rotatorenmanschette, soweit in nativer Akquisition beurteilbar. - Verdacht auf SLAP-Läsion mit intraossären paralabralen Zysten ebendort.

5.2.3 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. C. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 2. Juli 2020 (Suva-Nr. 10) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Schulterkontusionstrauma (adominant) links vom 29. Mai 2020 mit • ausgeprägter Kontusion; - Handgelenkskontusion links vom 29. Mai 2020. Dr. C. ___ führte in seinem Bericht aus, dass der MRI-Befund und die starke Schmerzsituation des Beschwerdeführers nicht konklusiv seien. Falls in vier Wochen immer noch eine groteske Schmerzsituation bestehe, werde ein neues MRI mit Kontrastmittel durchgeführt, um eine mögliche Teilläsion der Rotatorenmanschette besser evaluieren zu können.

5.2.4 Die Beurteilung des Arthro-MRI des Schultergelenks des Beschwerdeführers vom 25. August 2020 (Suva-Nr. 38) durch Prof. Dr. med. H. ___, Facharzt für Radiologie und Nuklearmedizin, lautete dahingehend, dass im Bereich der Rotatorenmanschette kein durchgängiger Riss vorliege. Es zeigten sich degenerative Veränderungen mit intratendinöser Rissbildung und ein Impingement am Supraspinatus. Weiter zeige sich ein Korbhenkelriss im Bereich des Bizepssehnenansatzes mit Abriss des Glenoids bis nach vorne unten, zusätzlich eine Zerrung im vorderen Intervall und ein Riss im Ligamentum glenohumerale inferius. Schliesslich sei eine geringe Subluxationsfehlstellung und ein beginnender Knorpelschaden am Glenoid festzustellen.

5.2.5 Im Sprechstundenbericht von Dr. I. ___ vom 2. September 2020 (Suva-Nr. 36) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Schulterkontusionstrauma links (adominant) vom 29.5.2020; 2. Handgelenkskontusion links (adominant) am 29.5.2020 mit/bei - Handgelenksganglien dorsal und ulnar; - Vd.a. dorsale SL-Partialläsion; 3. Rhizarthrose links; 4. Degenerative TFCC-Läsion links. Dr. I. ___ führte in seinem Bericht aus, dass eine groteske Schmerzaggravation bestehe, die mit der Bildgebung nicht korreliere. Es werde eine subacromiale Infiltration durchgeführt. Im Arthro-MRI zeige sich aktuell keine

versorgungswürdige Rotatorenmanschettenläsion. 5.2.6 In der Vorlage Versicherungsmedizin vom 9. bzw. 11. September 2020 (Suva-Nr. 40) führte Kreisarzt Dr. E.____ aus, dass die Gesundheit des Beschwerdeführers an der linken Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall beeinträchtigt gewesen sei, und zwar durch degenerative AC-Gelenksveränderungen, Akromion Typ II bis III nach Bigliani, degenerative Veränderungen der Supraspinatussehne, eine Tendinopathie der Subscapularissehne, eine Tendinopathie der Bicepssehne und eine Pulley-Läsion. Der Unfall habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen objektivierbaren strukturellen Läsionen geführt, nämlich einem Korbhenkelriss im Bereich des Bicepssehnenansatzes mit Abriss des Glenoids bis nach vorne unten sowie einer Zerrung des Ligamentum glenohumerale inferius. 5.2.7 Die MRT des linken Schultergelenks vom 11. Dezember 2020 wurde im Bericht des G.____ vom 11. Dezember 2020 (Suva-Nr. 93) wie folgt beurteilt: Verglichen mit der MR-Voruntersuchung vom 08.06.2020: - Unverändert Tendinopathie der langen Bizepssehne im vorderen Rotatorenintervall mit leichter Subluxationsstellung, als Hinweis auf eine mögliche Pulley-Läsion und Oberrandläsion der Subscapularissehne. - Tendinopathie der Supraspinatussehne mit kleiner interstitieller Partialruptur unmittelbar am Footprint. - Labrumläsion von anterior bei ca. 3 Uhr bis anterosuperior mit Beteiligung des Bizepsankers und mit Ausdehnung bis nach posterosuperior (SLAP-Läsion Typ 2). - Unveränderte AC-Gelenksarthrose mit periartikulär wenig Knochenmarksödem. - Regrediente Flüssigkeit in der Bursa subacromialis bei vormals Bursitis dort. 5.2.8 Im Sprechstundenbericht von Dr. J.____ vom 28. Dezember 2020 (Suva-Nr. 92) wurden folgende Diagnosen gestellt: Hauptdiagnosen Persistierende Schulterschmerzen links nach Schulterkontusion links (adominant) am 29.5.2020 mit/bei - Bursaseitiger Partiaalläsion Supraspinatussehne, Verdacht auf Oberrandläsion Subscapularissehne und vordere Pulleyläsion mit Subluxation der langen Bizepssehne - Status nach subacromialer Infiltration links am 26.8.2020 - Aktivierte AC-Gelenksarthrose mit - Status nach Infiltration AC-Gelenk 4.11.2020 Nebendiagnosen 1. Handgelenkkontusion links am 29.5.2020 mit/bei - Handgelenkganglion dorsal und ulnar - Verdacht auf dorsale SL-Partiaalläsion - aktuell am 4.11.2020: Tendovaginitis de Quervain 2. Rhizarthrose links 3. Degenerative TFCC-Läsion links Dr. J.____ führte in ihrem Bericht aus, dass bei persistierend schmerzbedingt eingeschränkter Funktion mit Arbeitsunfähigkeit seit fast sieben Monaten ohne Besserung durch die konservativen Massnahmen mit Infiltration und Physiotherapie die Indikation zur operativen Versorgung gegeben sei. Magnetresonanztomographisch zeige sich eine Läsion um die Hälfte der Sehnendicke in der Supraspinatussehne. Geplant sei eine Schulterarthroskopie links mit subacromialem Debridement, Bizepsstenotomie, AC-Gelenksresektion und Rekonstruktion der Rotatorenmanschette sowie das postoperative Tragen eines Abduktionskissens für sechs Wochen. Die Wiederaufnahme der Arbeit in einem körperlich schweren Beruf sei frühestens sechs Monate nach der Operation möglich. 5.2.9 Gemäss Austrittsbericht des K.____ vom 21. Januar 2021 (Suva-Nr. 114) wurde der Beschwerdeführer am 19. Januar 2021 an der Schulter operiert. Es seien eine Schulterarthroskopie rechts, eine intraartikuläre Beurteilung, ein Débridement, eine Bizepsstenotomie, eine subacromiale Bursektomie, eine AC-Gelenksresektion, eine Vervollständigung der bursaseitigen Supraspinatussehnenläsion und eine Refixierung mit 2 x Y-Knot und 1 x QuattroLink vorgenommen worden. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich problemlos gestaltet. Die Erstmobilisation der Schulter sei physiotherapiebegleitet problemlos gelungen. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand mit reizlosen und trockenen Wundverhältnissen sowie intakter peripherer

Sensomotorik nach Hause entlassen worden. 5.2.10 Im Sprechstundenbericht von Dr. C.____ vom 25. März 2021 (Suva-Nr. 140) wurden folgende Diagnosen gestellt:
Hauptdiagnosen: Schmerzexazerbation
Nebendiagnosen Persistierende Schulterschmerzen links nach Schulterkontusion links (adominant) am 29.5.2020 mit/bei - Bursaseitiger Partiaalläsion Supraspinatussehne - Status nach subacromialer Infiltration links am 26.8.2020 - Aktivierte AC-Gelenksarthrose links mit - Status nach Infiltration am 4.11.2020 - Schulterarthroskopie rechts vom 19.1.2021: intraartikuläre Beurteilung, Débridement, Bizepsstenotomie, subacromiale Bursektomie, AC-Gelenksresektion und Vervollständigung der bursaseitigen Supraspinatussehnenläsion und Refixierung mit 2 x Y-Knot und 1 x QuattroLink
Dr. C.____ führte in seinem Bericht aus, dass bei der Befunderhebung eine reizlose Schulter ohne Rötung und ohne Schwellung, eine intakte periphere Sensomotorik, eine aktiv assistierte Beweglichkeit mit einer Aussenrotation von 30° sowie eine Flexion/Abduktion schmerzarm bis 60° habe festgestellt werden können. Da keine Trauma-Anamnese und keine Infektzeichen vorliegen würden, sei am ehesten von einer ausgeprägten Entzündungssituation auszugehen. 5.2.11 Gemäss Telefonnotiz von Kreisarzt Dr. E.____ vom 29. März 2021 (Suva-Nr. 141) habe ihm Dr. C.____ mitgeteilt, dass anlässlich der Operation vom 19. Januar 2021 ausschliesslich degenerativ erklärbare Veränderungen nachgewiesen und adressiert worden seien. Hinweise für unfallbedingte Veränderungen wie die im MRI beschriebene Korbhockelläsion im Bereich des Bizepssehnenansatzes hätten sich intraoperativ nicht gefunden. 5.2.12 Gemäss der ärztlichen Beurteilung durch Kreisarzt Dr. E.____ vom 23. April 2021 (Suva-Nr. 148) hat der Unfall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu zusätzlichen objektivierbaren strukturellen Läsionen geführt. Entgegen der primären Beurteilung aufgrund der MRI-Befunde seien bei der Arthroskopie keine eindeutigen unfallbedingten strukturellen Läsionen nachgewiesen worden. Zur Beurteilung von Sehnen und Gelenken im Bereich der Schulter gelte die Arthroskopie nach wie vor als Goldstandard und sei dem MRT diagnostisch überlegen. Die intraoperativ adressierten Veränderungen seien allesamt degenerativer Natur und im Rahmen eines subakromialen Impingements bei hypertropher AC-Gelenks Arthrose zu erklären und somit nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Eine Kontusion bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen im Bereich des Schultergelenks und ohne Nachweis von unfallbedingten strukturellen Läsionen gelte nach sechs Wochen, spätestens aber nach drei Monaten als abgeheilt und der Status quo sine als erreicht. 5.2.13 Die Beurteilung des MRI des Schultergelenks oder Oberarms des Beschwerdeführers vom 27. Mai 2021 (Suva-Nr. 166) durch Dr. med. L.____, Facharzt für diagnostische Radiologie, lautete dahingehend, dass sich das Bild eines Zustandes nach Reinsertion der Bizepssehne im Bereich des Humeruskopfes ventral zeige. Es liege bei mässiggradigen Zeichen der Omarthrose kein Hinweis auf eine labrale Läsion vor. Hingegen gäbe es einen Hinweis auf eine intrasubstanzielle Rissformation ausgehend von der caudalen Insertionsregion der Supraspinatussehne (PASTA - Läsion), ferner einen Hinweis auf einen kleinen rissförmigen durchgreifenden Sehnenschaden der cranialen Zirkumferenz der Supraspinatussehne mit Kontrastierung des Bursaraums subacromial. 5.2.14 In der Vorlage Versicherungsmedizin vom 9. bzw. 10. Januar 2021 (Suva-Nr. 175) hielt Kreisarzt Dr. E.____ fest, dass die nach der erfolgten unfallfremden Operation durchgeführte MRI-Untersuchung vom 27. Mai 2021 zur Kontrolle des postoperativen Verlaufs neben den bekannten degenerativen Befunden und den postoperativen Veränderungen keine zusätzlichen Befunde gezeigt habe, welche eine Änderung seiner Beurteilung vom 23. April 2021 – siehe oben Ziff. 5.2.19 – verlangen würde. 5.2.15 Im

Sprechstundenbericht von med. pract. M.____, Assistenzarzt, und Dr. C.____ vom 9. September 2021 (Suva-Nr. 196) werden folgende Diagnosen gestellt: Hauptdiagnosen 1. Frozen Shoulder links nach - Schulterarthroskopie rechts, intraartikuläre Beurteilung, Débridement, Bizepstenotomie, subacromiale Bursektomie, AC-Gelenksresektion, Vervollständigung der bursaseitigen Supraspinatussehnenläsion und Refixierung mit 2 x Y-Knot und 1 x QuattroLink am 19.1.2021 mit/ bei - persistierenden Schulterschmerzen links nach Schulterkontusion links (adominant) am 29.5.2020 mit/bei - Status nach subacromialer Infiltration links am 26.8.2020 - Aktivierte AC-Gelenksarthrose links mit - Status nach Infiltration am 4.11.2020 2. Grosse zentrale TFCC-Läsion bei Ulnocarpalem-Impaktionssyndrom, dorsal und palmare SL-Bandläsion Geissler 2, LT-Läsion Geissler 1 – 2, dorsoradiales und ulnares Handgelenksganglion links - Status post diagnostische, therapeutische Handgelenksarthroskopie links, TFCC-, SL- und LT-Débridement, Ulnaverkürzungsosteotomie (2,5 Medartis Ulnaverkürzungsset) Unterarm links vom 22.6.2021 Nebendiagnosen 3. Partiaalläsion SL-Band links 4. Dorsoradiales und ulnares Ganglion linkes Handgelenk bei - Status nach Sturz am 29.5.2020 Med. pract. M.____ und Dr. C.____ führten in ihrem Bericht aus, dass sich weiterhin ein stark verzögerter postoperativer Verlauf mit ausgeprägter Schultersteifigkeit und starken Schmerzen zeige. Da der Beschwerdeführer aktuell keine Re-Arthroskopie und auch keine Kortison-Infiltration wünsche, würde nun die von Prof. N.____ vorgeschlagene Therapie mit Kortison-Stufen-Schema nach Habermeyer ausprobiert. 5.3 Das Versicherungsgericht hat gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in der Regel ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn es im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 200 E. 4.4.1.4). Vorliegend sah das Versicherungsgericht die Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens darin begründet, dass die ärztliche Beurteilung von Kreisarzt Dr. E.____ vom 23. April 2021 (Suva-Nr. 148), auf die sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Einspracheentscheid hauptsächlich stützte, nicht hinreichend beweismässig war, um die Unfallkausalität der beim Beschwerdeführer erhobenen Befunde auszuschliessen. Zum einen unterliess es Dr. E.____, in seiner ärztlichen Beurteilung rechtsgenügend zu begründen, welche anlässlich der Arthroskopie vom 19. Januar 2021 gewonnen Erkenntnisse dazu führten, dass der früheren Bildgebung – d.h. den MRT vom 8. Juni, 25. August und 11. Dezember 2020 – keine Bedeutung mehr zukomme. Zum anderen unterliess es Dr. E.____, sich in seiner ärztlichen Beurteilung mit dem Unfallmechanismus sowie dem Beschwerdeverlauf auseinanderzusetzen. Der Sachverhalt erwies sich damit als unzureichend abgeklärt. Die Einholung eines Gerichtsgutachtens war somit notwendig und gerechtfertigt. 6. 6.1 Das Versicherungsgericht erteilte Dr. med. D.____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zertifizierte Gutachterin SIM, den Auftrag, ein monodisziplinäres orthopädisch-chirurgisches Gutachten über den Beschwerdeführer zu erstellen. Dr. D.____ reichte am 29. Juni 2022 ihr Gutachten (A.S. 59 ff.) und am 19. Oktober 2022 (A.S. 92 ff.), 21. Dezember 2022 (A.S. 106) sowie 11. Januar 2023 (A.S. 110 f.) drei ergänzende Stellungnahmen ein. Zur Klärung der Frage, ob es sich beim Gutachten und bei den ergänzenden Stellungnahmen um verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen handelt, gilt es im Folgenden deren Beweiswert zu prüfen: 6.2 6.2.1 6.2.1.1 Im Gutachten vom 29. Juni 2022 werden von Dr. D.____ folgende Diagnosen gestellt: Chronische Schulterschmerzen links, adominant, nach Rotatorenmanschettenruptur (M 75.1, M 25.51);

- DD low grade-Infekt, Bicepstendinopathie nach Tenotomie; - Schulterdistorsion/Kontusion vom 29.5.2020; - Schulterarthroskopie, Bicepstenotomie, AC-Gelenksresektion, Supraspinatusnaht 9.1.2021. Gestützt auf die medizinischen Vorakten und die eigene Befragung und Untersuchung des Beschwerdeführers am 19. Mai 2022 werden die Diagnosen von Dr. D.____ eingehend und nachvollziehbar erläutert:

6.2.1.2 Klinisch stellt Dr. D.____ beim Beschwerdeführer einen dezenten Schultertiefstand links fest. Die Muskulatur des Deltoideus sei symmetrisch, der Bicepsmuskel distalisiert. Die Arthroskopie-Narben seien reizlos. Der Bicepsmuskel sei verhärtet und in der Palpation schmerzhaft. Im ventralen Schulterbereich liege eine sehr starke Druckdolenz vor. Dieser Schmerz könne mehrfach an der gleichen Stelle reproduziert werden. Der Schmerzpunkt liege über dem Sulcus bicipitalis und über dem Supraspinatus. Die übrige Rotatorenmanschette sei ebenfalls leicht druckdolent. Passiv sei die Schulter unter Schmerzen frei mobilisierbar mit einer Abduktion von 90°, Aussenrotation 50°, Innenrotation 60°. Aktiv sei eine Flexion bis 70° (rechts 150°), eine Aussenrotation 50° (rechts 70°) und eine Innenrotation L5 (rechts TH8) möglich. In Adduktion sei sowohl die Innen- als auch die Aussenrotationskraft gut, aber schmerzhaft. In Abduktion sei die Kraftprüfung sehr schmerzhaft. Die Kraftentfaltung sei satt. Der Jobe-Test sei nicht verwertbar. Die Lag-Zeichen seien nicht verwertbar. Der Palm-Up Test sei negativ. Der O'Brien-Test sei nicht verwertbar. Die Sensibilität sei symmetrisch. Die periphere Kraft (Ulnaris, Medianus, Radialis) sei gut.

6.2.1.3 Hinsichtlich des Unfallmechanismus hält Dr. D.____ fest, dass der Beschwerdeführer auf einer Leiter stehend mit einer Gipsplatte in der Hand auf einer etwa 13 Stufen langen Treppe in einem Korridor ausgerutscht, rückwärts die Treppe runtergefallen und mit der linken Körperseite aufgeprallt sei. Er habe mit der rechten Hand versucht, den Sturz zu mindern. Was er mit der linken Hand bzw. dem linken Arm gemacht habe, daran könne er sich nicht erinnern. Bei der beschriebenen Heftigkeit des Sturzes müsse jedoch von einer gewissen Abwehrbewegung bzw. einem Festhalten vor der eigentlichen Schulterkontusion ausgegangen werden. Gestützt hierauf legt Dr. D.____ zwei mögliche Unfallszenarien dar: Wenn der Beschwerdeführer versucht habe, sich mit der linken Hand festzuhalten, sei es zu einem forcierten passiven Zug an der Schulter in Adduktion oder Abduktion bei vorgespannter Rotatorenmanschetten- und Bicepsmuskulatur gekommen; wenn er hingegen versucht habe, den Sturz mit der linken Hand aufzufangen, sei es zu einer axialen Stauchung gekommen. Nach einlässlicher Darstellung der gängigen und bei der Beurteilung der Unfallkausalität einer Rotatorenmanschettenverletzung zitierten medizinischen Fachliteratur fasst Dr. D.____ schlüssig zusammen, dass dann, wenn sich der Beschwerdeführer beim Sturz gehalten und hierdurch eine passiv forcierte Aussenrotation bei angespannter Schultermuskulatur erlitten habe, der Unfallmechanismus überwiegend wahrscheinlich geeignet gewesen sei, eine strukturelle Verletzung der Rotatorenmanschette zu verursachen. Wenn der Beschwerdeführer den Sturz mit der linken Hand aufgefangen und hierdurch eine axiale Stauchung erlitten habe, so komme es entscheidend auf die Position des Armes beim Aufprall an, wozu sich die medizinische Fachliteratur kontrovers äussere. Bei diesem Unfallmechanismus müsste entsprechend festgehalten werden, dass er lediglich möglicherweise geeignet wäre, eine strukturelle Verletzung der Rotatorenmanschette zu verursachen.

6.2.1.4 Was den Beschwerdeverlauf betrifft, so stellt Dr. D.____ gestützt auf die Aussagen des Beschwerdeführers und die in den ersten Wochen nach dem Unfall verfassten Arztberichte fest, dass die sofortigen starken Schmerzen beim Beschwerdeführer mit einer dokumentierten Pseudoparalyse und Verbesserung der Funktion in den ersten

Wochen nach dem Sturz für eine traumatische Läsion der Rotatorenmanschette sprechen würden. Die Ausführungen in den verschiedenen Arztberichten zur Korrelierbarkeit der Beschwerden mit der Bildgebung sei zu relativieren, da mit identischen Befunden im MRI die Operationsindikation zuerst verneint und dann bejaht wurde. Der Beschwerdeverlauf spreche für die traumatische Genese der strukturellen Verletzung.

6.2.1.5 Zur Bildgebung führt Dr. D. ___ aus, dass präoperativ drei MRT erstellt worden seien, die erste am 8. Juni 2020 ohne Kontrastmittel, die zweite am 25. August 2020 mit Kontrastmittel und schliesslich die dritte am 11. Dezember 2020 erneut mit Kontrastmittel. Die erste MRT habe eine deutlich traumatisierte Schulter mit ausgeprägten Sehnenveränderungen vor allem auch im Bereich des Subscapularis und Biceps gezeigt. Wie sich aus dem Vergleich mit der dritten MRT ergebe, seien diese Veränderungen in den ersten sechs Monaten weitgehend abgeklungen. Die klaffende Labrumruptur sei dagegen ausgeprägt und gleichbleibend. Ebenso sei die Supraspinatusruptur gleichbleibend. Angesichts dieser Bildgebung sei es überwiegend wahrscheinlich, dass sich der Beschwerdeführer am 29. Mai 2020 eine massive Schulterdistorsion / Kontusion mit Beteiligung der Rotatorenmanschette zugezogen habe. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die Läsion im Bereich des Subscapularis und die Veränderung des Biceps inkl. des Labrums traumatisch verursacht worden seien.

6.2.1.6 Bezüglich der intraoperativen Befunde anlässlich der Schulterarthroskopie vom 19. Januar 2021 führt Dr. D. ___ überzeugend aus, dass die Arthroskopie bei der Diagnose einer SLAP-Läsion insofern als «Goldstandard» gelte, als sie sich auf in der MRT nicht sichtbare Läsionen beziehe, die trotzdem vorliegen können, wenn sie intraoperativ diagnostiziert werden. Eine in der MRT eindeutig sichtbare Labrumläsion mit Kontrastmittel unter der Läsion sei jedoch nicht fraglich und bedürfe somit auch keiner Bestätigung durch die Arthroskopie. Die Arthroskopie sei in Seitenlage mit wahrscheinlich axialem Zug – dies sei im Operationsbericht nicht dokumentiert – durchgeführt worden. In dieser Lagerung könne eine ansatznahe Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne gut übersehen werden, da die entsprechende Rotation des Armes zur Sichtbarmachung der Ruptur nicht vorgenommen werden könne. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass die intraoperativen Befunde zur Beurteilung der Unfallkausalität nicht beigezogen werden können.

6.2.1.7 Bei der Beantwortung des Fragenkatalogs des Versicherungsgerichts hält Dr. D. ___ zusammengefasst fest, dass es unter Berücksichtigung des Unfallmechanismus mit Festhalten, des Beschwerdeverlaufs und der Bildgebung überwiegend wahrscheinlich sei, dass die Verletzungen der linken Schulter (Subscapularis, Biceps, Labrum, Supraspinatus) durch das Ereignis vom 29. Mai 2020 verursacht worden seien. Im linken Schultergelenk habe eine leichte AC-Arthrose als einziger Vorzustand vorgelegen. Das Unfallereignis mit einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur und dadurch deutlich veränderter Biomechanik des Schultergelenks habe zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung dieses Vorzustandes geführt. Präoperativ sei die Arbeitsfähigkeit als Gipser/Polier nicht mehr gegeben gewesen. Postoperativ wäre bei gut geheilter Rotatorenmanschette und behandelter Labrumläsion durch die Bicepstenotomie eine zügige Verbesserung der Funktion zu erwarten gewesen. Die persistierende Funktionseinschränkung und Schmerzhaftigkeit würden sich klinisch nicht genau eingrenzen lassen. Trotz der lang anhaltenden Beschwerden sei noch kein stabiler Endzustand erreicht. Ein Low-Grade-Infekt und eine Bicepstendinopathie nach Tenotomie müssten ausgeschlossen werden. Bei den aktuell noch vorliegenden Beschwerden in der linken Schulter sei die Tätigkeit als Gipser / Polier weder zeitlich noch leistungsmässig zumutbar. Eine leichte administrative Tätigkeit, die vor allem mit der

rechten dominanten Hand durchgeführt werden könnte, wäre zumutbar. Wichtig wäre dabei die Möglichkeit von Positionswechseln (sitzend, gehend, stehend). Bei der persistierend starken Schmerzhaftigkeit in der linken Schulter wäre zudem von einem erhöhten Pausenbedarf auszugehen, sodass eine maximale Arbeitszeit von sechs Stunden pro Tag bei normaler Leistungsfähigkeit realistisch wäre.

6.2.2 In ihrer Stellungnahme vom 19. Oktober 2022 führt Dr. D.____ zu den Zusatzfragen des Versicherungsgerichts aus, dass die vom Beschwerdeführer beschriebenen und in der Untersuchung festgestellten Beschwerden glaubhaft und in den Berichten seit dem 4. Januar 2021 gleichbleibend dokumentiert seien. Wie im Gutachten festgehalten, könnten diese Beschwerden mit der diagnostizierten Partialruptur der Subscapularissehne und der Labrumruptur nicht erklärt werden. Als Schmerzsache müssten ein Low-Grade-Infekt und eine Bicepsproblematik bei klinisch deutlich verhärteter Muskulatur ausgeschlossen werden. Beide Diagnosen wären überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Zusammengefasst liege beim Beschwerdeführer eine postoperative Schmerzsituation vor, die strukturell zwar nicht erklärt werden könne, in der Untersuchung aber glaubhaft sei und zudem kongruent dokumentiert werde. Die Schmerzsituation müsse somit in die Beurteilung der Leistungsfähigkeit miteinbezogen werden. Was die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit betrifft, wenn nur die objektivierbaren unfallkausalen Befunde berücksichtigt werden, so hält Dr. D.____ fest, dass diese nur grob geschätzt werden könne und etwa bei 50 bis 80 % liege. Gipser sei eine körperlich sehr anspruchsvolle Tätigkeit mit einem hohen Überkopfanteil. Es sei schwierig zu beurteilen, wie stark die Partialruptur der Subscapularissehne diese Tätigkeit erschweren würde. Die Labrumruptur sollte, da eine Bicipstenotomie durchgeführt und die Ruptur somit formell behandelt worden sei, keine Einschränkung darstellen. In einer angepassten Tätigkeit, leicht administrativ, vor allem mit der dominanten rechten Hand durchgeführt, wäre eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Inwieweit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch weitere Behandlungen gesteigert werden könne, sei sehr schwierig zu beurteilen. Ein Low-Grade-Infekt und eine Bicepsproblematik müssten abgeklärt und allenfalls behandelt werden. Zusätzlich wäre auch noch die Partialruptur der Subscapularissehne zu behandeln. Aber selbst wenn alle diese Probleme erfolgreich angegangen würden, bleibe eine mehrfach operierte Schulter zurück, die erfahrungsgemäss in einer körperlich anspruchsvollen Tätigkeit meist gewisse Limiten aufweise.

6.2.3 In ihrer Stellungnahme vom 21. Dezember 2022 hält Dr. D.____ zur vom Versicherungsgericht vorgesehenen Abklärung der Verdachtsdiagnosen Low-Grade-Infekt und Bicipstendinopathie fest, dass eine solche dem Beschwerdeführer nicht zumutbar sei. Zum definitiven Ausschluss eines Low-Grade-Infekts sei eine Schulterarthroskopie mit mindestens drei Biopsien und mikrobiologischer Untersuchung des Materials notwendig. Mit einer Laboruntersuchung oder reinen Punktion des Gelenks könne ein Low-Grade-Infekt nicht sicher ausgeschlossen werden. Zur Objektivierung der beklagten Beschwerden bei fehlendem strukturellem Korrelat sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) eine Option.

6.2.4 Schliesslich ergänzt Dr. D.____ in ihrer Stellungnahme vom 11. Januar 2023, dass objektiv und nachgewiesen ein Zustand nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion mit korrekt inserierender Supraspinatussehne vorliege. Nach einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion könnten gewisse Krafteinschränkungen bei Tätigkeiten über der Brusthöhe persistieren, vor dem Körper seien kraftvolle Tätigkeiten bei korrektem postoperativen Verlauf aber gut durchzuführen. Somit würde bezogen auf die zum Zeitpunkt der Begutachtung objektivierbaren Befunde eine 100%ige Erwerbsfähigkeit in einer nicht administrativen

leidensadaptierten Tätigkeit vorliegen. Eine Leistungseinschränkung wäre nicht zu erwarten. Da die Operation am 9. Januar 2021 durchgeführt wurde, wäre diese Erwerbsfähigkeit bereits am 4. Oktober 2021 zu erwarten gewesen. 6.3 Die Ausführungen und Erläuterungen von Dr. D.____ zur Unfallkausalität sind schlüssig und nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang kann zunächst auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hingewiesen werden, wonach dem Kriterium des Unfallmechanismus keine übergeordnete Bedeutung mehr beizumessen ist (statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 4.1 m.w.H.). Der Unfallmechanismus ist nur noch als ein Indiz unter mehreren zu werten. Denn oft kann der genaue Unfallhergang – wie auch in vorliegendem Fall – gar nicht mehr rekonstruiert werden. Aufgabe der Gutachtensperson ist daher, die einzelnen für oder gegen eine traumatische Genese sprechenden Aspekte (Vorgeschichte, Unfallhergang, Primärbefund, Verlauf, bildgebende Befunde etc.) aus medizinischer Sicht zu diskutieren und einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest überwiegend wahrscheinlich ist. Vorliegend ist Dr. D.____ nach Abwägung der hierfür massgeblichen Aspekte – siehe Ziff. 6.2 oben – zum überzeugenden Schluss gelangt, dass die beim Beschwerdeführer festgestellten Beschwerden und Funktionseinschränkungen entgegen der kreisärztlichen Beurteilung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 29. Mai 2020 zurückzuführen seien. Zum Vorzustand des Beschwerdeführers stellt Dr. D.____ fest – siehe Ziff. 6.2.1.7 oben –, dass in dessen linken Schultergelenk einzig eine leichte AC-Arthrose vorgelegen habe. Der Unfall habe diesen Vorzustand richtungsgebend verschlimmert. Was den Unfallmechanismus betrifft, so geht Dr. D.____ von zwei möglichen Unfallszenarien aus – siehe Ziff. 6.2.1.3 oben –, wobei beim ersten Unfallszenario – einem forcierten passiven Zug an der Schulter in Adduktion oder Abduktion bei vorgespannter Rotatorenmanschetten- und Bicepsmuskulatur – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der Unfallgenese auszugehen sei und beim zweiten Unfallszenario – einer axialen Stauchung – immerhin die Möglichkeit der Unfallgenese bestehe. Eindeutig für die Unfallgenese sprechen gemäss Dr. D.____ der Beschwerdeverlauf und die Bildgebung. Beim Beschwerdeverlauf – siehe Ziff. 6.2.1.4 oben – sei aufgrund der vom Beschwerdeführer beschriebenen und in den Arztberichten dokumentierten Decrescendo -Symptomatik von einer traumatischen Genese auszugehen. Bei der Bildgebung – siehe Ziff. 6.2.1.5 oben – habe sich zunächst eine deutlich traumatisierte Schulter mit ausgeprägten Sehnenveränderungen vor allem auch im Bereich des Subscapularis und Biceps gezeigt. Diese Veränderungen seien wie zu erwarten in den ersten sechs Monaten nach dem Unfall weitgehend abgeklungen. Schliesslich leuchtet auch ein, dass die intraoperativen Befunde der Arthroskopie durch Dr. med. C.____ vom 19. Januar 2021, wie Dr. D.____ ausführt – siehe Ziff. 6.2.1.6 oben –, zur Beurteilung der Unfallkausalität nicht herangezogen werden können. Eine in der MRT eindeutig sichtbare Labrumläsion mit Kontrastmittel unter der Läsion sei gar nicht fraglich und bedürfe entsprechend auch keiner Bestätigung durch die Arthroskopie. Zudem sei bei einer Arthroskopie mutmasslich in Seitenlage mit axialem Zug eine ansatznahe Unterflächenpartialruptur der Subscapularissehne leicht zu übersehen, da die entsprechende Rotation des Armes zur Sichtbarmachung der Ruptur nicht vorgenommen werden könne. In der Gesamtschau sämtlicher Indizien ergibt sich somit, dass der Unfall vom 29. Mai 2020 überwiegend wahrscheinlich natürlich kausal für die Beschwerden und Funktionseinschränkungen in der linken Schulter des Beschwerdeführers ist. Diese Ansicht vertritt nunmehr offensichtlich auch die Beschwerdegegnerin, die in ihrer abschliessenden Stellungnahme vom 2. März 2023 zur Begründung ihrer Anträge

vollumfänglich auf das Gerichtsgutachten von Dr. D.____ abstellt. 6.4 Was den medizinischen Endzustand beim Beschwerdeführer betrifft, so kann auf die konsistenten Ausführungen von Dr. D.____ zu einer allfälligen Integritätsentschädigung hingewiesen werden (A.S. 76), wonach trotz der lang anhaltenden Beschwerden noch kein stabiler Endzustand erreicht sei und ein Low-Grade-Infekt sowie eine Bicepsproblematik ausgeschlossen werden müssten, um von einem bleibenden Schaden im Sinne einer persistierenden Schmerzhaftigkeit – und damit von einem Endzustand – auszugehen. Dem entspricht, dass Dr. D.____ in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 19. Oktober 2022 weitere Behandlungsoptionen aufführt (A.S. 94), durch welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit allenfalls gesteigert werden könnte. Im hier interessierenden Zeitraum vom 10. Mai bis 4. Oktober 2021 – dies ist der Zeitraum vom Fallabschluss bis zum Erlass des Einspracheentscheids – wurde der medizinische Endzustand somit nicht erreicht. Hiervon geht nunmehr auch die Beschwerdegegnerin aus. In ihrer Stellungnahme vom 2. März 2023 (A.S. 115 f.) räumt sie selbst ein, dass der Beschwerdeführer bis mindestens zum 3. Oktober 2021 Anspruch auf Heilkosten und Taggelder habe. 6.5 Das Gutachten und die ergänzenden Stellungnahmen von Dr. D.____ erfüllen in ihrer Gesamtheit sämtliche Anforderungen, die seitens der Rechtsprechung an ein medizinisches Gutachten gestellt werden (siehe hierzu Ziff. 3.4 oben). Zunächst ist Dr. D.____ als Fachärztin FMH für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie zertifizierte Gutachterin SIM offensichtlich dazu qualifiziert, ein Gerichtsgutachten zu erstellen und die Fragen des Versicherungsgerichts zu beantworten. Weiter hat Dr. D.____ im Rahmen ihrer Begutachtung die wesentlichen Vorakten zur Kenntnis genommen (A.S. 60 – 65), den Beschwerdeführer lege artis zu seinen subjektiven Beschwerden, seiner Vorgeschichte sowie zum Unfall vom 29. Mai 2020 befragt (A.S. 65 – 67) und anlässlich einer eigenen Untersuchung die objektiven Befunde erhoben (A.S. 67 – 68). Auf dieser Grundlage befasst sich Dr. D.____ eingehend und detailliert mit der Frage nach dem Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den Beschwerden des Beschwerdeführers. Dabei gelangt Dr. D.____ zum überzeugenden Schluss, dass angesichts des Beschwerdeverlaufs und der Bildgebung sowie unter Berücksichtigung des Unfallszenarios, bei dem der Beschwerdeführer versucht habe, sich mit der linken Hand festzuhalten, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der Unfallkausalität der Beschwerden des Beschwerdeführers auszugehen sei. Diese Beurteilung wird nachvollziehbar und einleuchtend begründet. Weiter ist auf die Gründlichkeit und Sorgfalt von Dr. D.____ bei der Begutachtung des Beschwerdeführers hinzuweisen, die sich insbesondere darin zeigen, dass sich Dr. D.____ hinsichtlich des Unfallmechanismus intensiv mit der einschlägigen Fachliteratur und den möglichen Unfallszenarien auseinandersetzt. Zudem scheut sich Dr. D.____ nicht, der Beurteilung von Arztkollegen aus guten Gründen zu widersprechen. Insgesamt ist somit festzustellen, dass nichts gegen die Beweiswertigkeit des Gerichtsgutachtens und der ergänzenden Stellungnahmen spricht. Die Parteien erheben denn auch keine Einwände gegen das Gerichtsgutachten und die Stellungnahmen. Es kann vollumfänglich darauf abgestellt werden. 7. 7.1 Wie erwähnt – siehe oben Ziff. 6.4 – war im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids am 4. Oktober 2021 der medizinische Endzustand beim Beschwerdeführer nicht erreicht. Der Fallabschluss und die Leistungseinstellung durch die Beschwerdegegnerin per 10. Mai 2021 waren somit unzulässig. Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2021 aufzuheben. Der Beschwerdeführer hat für die Folgen des Unfalls vom 29. Mai 2020 über den 10. Mai 2021

hinaus Anspruch auf Heilbehandlung und Taggeld. Dabei ist entsprechend der Beurteilung von Dr. D.____, wonach die Tätigkeit als Gipser/Polier bei den aktuell noch vorliegenden Beschwerden in der linken Schulter weder zeitlich noch leistungsmässig zumutbar sei (A.S. 75), von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. 7.2 Ob nach dem 4. Oktober 2021 ein stabiler Endzustand beim Beschwerdeführer eingetreten ist, liegt ausserhalb des für die Beurteilung in zeitlicher Hinsicht massgebenden Sachverhalts – siehe Ziff. 1.2 oben – und ist entsprechend offenzulassen. Gleichwohl sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass laut Gutachten von Dr. D.____ bloss insofern von einem stabilen Zustand ausgegangen werden könne, als der Schmerzzustand des Beschwerdeführers seit dem 4. Oktober 2021 im Wesentlichen gleichbleibend sei (A.S. 73). Dr. D.____ führt in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 19. Oktober 2022 aus (A.S. 92 ff.), dass die vom Beschwerdeführer beschriebenen und in der Untersuchung vom 19. Mai 2022 festgestellten Beschwerden zwar bildgebend nicht objektiviert werden könnten, jedoch glaubhaft seien und in den Berichten seit dem 4. Januar 2021 auch gleichbleibend dokumentiert würden. Als Ursachen der Beschwerden müssten ein Low-Grade-Infekt sowie bei deutlich verhärteter Muskulatur eine Bicepstendinopathie ausgeschlossen werden. Beide Diagnosen wären mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal. Die Beschwerdegegnerin wird folglich zu prüfen haben, ob die von Dr. D.____ geäusserten Verdachtsdiagnosen des Low-Grade-Infekts und der Bicepstendinopathie seit der Begutachtung allenfalls bestätigt oder ausgeschlossen werden konnten. Hierzu wird sie aktuelle medizinische Unterlagen einholen müssen, die über den weiteren Verlauf und den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers Auskunft geben. Dabei wird sie insbesondere abzuklären haben, ob der vom Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 1. Mai 2023 (A.S. 123) erwähnte Operationstermin vom 24. Mai 2023 stattgefunden hat und, falls ja, welche Erkenntnisse sich hieraus ergeben. Kann der Sachverhalt anhand der einzuholenden aktuellen medizinischen Unterlagen nicht rechtsgenügend erstellt werden, wird die Beschwerdegegnerin zu prüfen haben, welche weiteren ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen notwendig und zumutbar sind, um die Verdachtsdiagnosen abzuklären. Der Beschwerdeführer untersteht insoweit einer Mitwirkungspflicht (Art. 43 Abs. 2 ATSG). In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 21. Dezember 2022 (A.S. 106) hält Dr. D.____ fest, dass die zum definitiven Ausschluss eines Low-Grade-Infekts durchzuführende Schulterarthroskopie mit mindestens drei Biopsieentnahmen und anschliessender mikrobiologischer Untersuchung des Materials für den Beschwerdeführer mit einer unzumutbaren Belastung verbunden wäre. Näher begründet wird dies von Dr. D.____ allerdings nicht. Die Beschwerdegegnerin wird somit gegebenenfalls zu prüfen haben, ob dem Beschwerdeführer eine diagnostische Schulterarthroskopie mit Biopsieentnahmen zugemutet werden kann. Dabei wird sie die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu berücksichtigen haben, wonach die Mitwirkung zumutbar ist, wenn der verfolgte Zweck in einem vernünftigen Verhältnis zur Beeinträchtigung des Pflichtigen steht (Urteil des Bundesgerichts 8C_283/2020 vom 4. August 2020 E. 4.2.1). Je schwerer der medizinische Eingriff und damit der Eingriff in die persönliche Integrität ist, umso weniger kann von der versicherten Person verlangt werden, sich diesem gegen ihren Willen zu unterziehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_201/2020 vom 28. August 2020 E. 3). Diagnostische Massnahmen sind in der Regel zumutbar, ausser sie wären mit einem aussergewöhnlich hohen und somit nicht zu rechtfertigenden Risiko verbunden (Urteil des Bundesgerichts 8C_528/2009 vom 3. November 2009 E. 7.2). Bei der Schulterarthroskopie handelt es sich um ein risikoarmes Routineverfahren (statt vieler

<https://www.hirslanden.ch/de/corporate/behandlungen/gelenkspiegelung-schulter.html>, zuletzt besucht am 27. Februar 2024). Falls keine besonderen Umstände vorliegen, ist eine diagnostische Schulterarthroskopie somit zumutbar. Besondere Umstände sind vorliegend mit Blick auf die aktuelle Aktenlage keine ersichtlich. So ist insbesondere nicht davon auszugehen, dass eine allfällige diagnostische Schulterarthroskopie mit solchen Schmerzen für den Beschwerdeführer verbunden wäre, dass sie als unzumutbar erschiene, zumal der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 1. Mai 2023 bekanntgegeben hat (A.S. 123 f.), dass eine neuerliche Operation der Schulter vorgesehen sei. Falls die Beweislosigkeit hinsichtlich der Verdachtsdiagnosen trotz Vornahme sämtlicher notwendiger und zumutbarer Abklärungen fortbestehen sollte, wäre eine Beweislastverteilung vorzunehmen. Nachdem die Beschwerdegegnerin bereits Versicherungsleistungen an den Beschwerdeführer erbracht hat, liegt die Beweislast für die anspruchsaufhebende Tatfrage, ob 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), bei ihr (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_734/2021 vom 8. Juli 2022 E. 2.2.2 mit Hinweis). Entsprechend trüge sie auch die Folgen der Beweislosigkeit hinsichtlich der Frage, ob der Beschwerdeführer an einem Low-Grade-Infekt oder einer Bicepstendinopathie leidet oder nicht. Was den Umfang der Arbeitsunfähigkeit nach dem 4. Oktober 2021 betrifft, so hält Dr. D.____ in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 19. Oktober 2022 fest (A.S. 93), dass die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Gipser/Polier gestützt auf die im Zeitpunkt der Begutachtung objektivierbaren Befunde nur grob geschätzt werden könne und bei 50 – 80 % liege. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 21. Dezember 2022 (A.S. 106) führt Dr. D.____ zudem aus, dass zur Objektivierung der beklagten Beschwerden bei fehlendem strukturellem Korrelat eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) eine Option wäre. Die Beschwerdegegnerin wird somit allenfalls zu prüfen haben, ob beim Beschwerdeführer eine EFL durchzuführen ist. Falls sich aufgrund der einzuholenden aktuellen medizinischen Unterlagen und allfälliger weiterer Abklärungen keine neuen medizinischen Erkenntnisse ergeben, dürfte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nur mit einer EFL rechtsgenügend bestimmt werden können.

8. 8.1 Die obsiegende beschwerdeführende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG). Dem Beschwerdeführer steht demnach eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Mit Kostennote vom 1. Mai 2023 (A.S.126 ff.) macht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers namens seines Klienten eine Parteientschädigung in Höhe von CHF 4'371.75 geltend. Hierzu ist Folgendes festzuhalten:

8.1.1 In der Kostennote enthaltene Positionen, die praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, sind im Stundenansatz einer Rechtsanwältin oder eines Rechtsanwalts bereits inbegriffen und werden entsprechend nicht separat entschädigt. Hierzu gehören etwa die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen und das Einreichen der Kostennote. Ebenfalls nicht entschädigt werden nicht zwingend notwendige Kontakte zu Dritten. Vorliegend hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gemäss seiner Kostennote vom 1. Mai 2023 insgesamt 19 Briefe an seinen Klienten verschickt, wofür er jeweils einen Zeitaufwand von 0.17 Stunden, insgesamt somit 3.23 Stunden, geltend macht. Da diese Briefe allesamt in zeitlicher Nähe zu Korrespondenz zwischen Versicherungsgericht und Rechtsvertreter stehen und die

Seitenanzahl dieser Korrespondenz jeweils mit der an den Beschwerdeführer zugestellten Kopienanzahl übereinstimmt, ist offensichtlich, dass es sich hierbei um blosser Orientierungsbriefe an den Beschwerdeführer handelt. Der entsprechende Zeitaufwand ist somit zu streichen. Weiter hat der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 17. März und 18. April 2023 jeweils ein Fristerstreckungsgesuch beim Versicherungsgericht eingereicht. Der hierfür geltend gemachte Zeitaufwand von jeweils 0.33 Stunden, insgesamt somit 0.66 Stunden, ist ebenfalls zu streichen. In der Kostennote ist zudem eine E-Mail an die Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers aufgeführt. Der hierfür geltend gemachte Zeitaufwand von 0.17 Stunden ist ebenfalls zu streichen. Schliesslich werden für den nachprozessualen Aufwand im Falle des Obsiegens praxisgemäss 0.5 Stunden entschädigt. Der in der Kostennote geltend gemachte Aufwand von 1 Stunde ist somit um 0.5 Stunden zu kürzen. Somit ist im Ergebnis ein Zeitaufwand von 11.01 Stunden ($15.57 - 3.23 - 0.66 - 0.17 - 0.5$) zu entschädigen. Bei einem Stundenansatz von CHF 250.00 ergibt sich hieraus ein Honorar von CHF 2'752.50.

8.1.2 Bei den Auslagen fällt auf, dass der Rechtsvertreter pro Kopie CHF 1.00 verrechnet. Gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) beträgt die Vergütung für Fotokopien CHF 0.50 pro Stück. Die Auslagen sind vorliegend somit um CHF 48.00 zu kürzen. Weiter macht der Rechtsvertreter für das Porto eines am 10. Januar 2022 verschickten Briefes an den Klienten CHF 1.10 geltend. Ein solcher Brief ist in der Liste der Tätigkeiten des Rechtsvertreters nicht aufgeführt. Das entsprechende Porto ist folglich zu streichen. Die Auslagen belaufen sich demnach auf CHF 117.60.

8.1.3 Der nachprozessuale Aufwand von 0.5 Stunden wird im Jahr 2024 geleistet. Seit 1. Januar 2024 beträgt der Mehrwertsteuersatz für Anwaltsdienstleistungen 8,1 %. Die Mehrwertsteuer beläuft sich vorliegend somit auf CHF 212.45 ($[\text{CHF } 2'627.50 \times 0,077] + [\text{CHF } 125.00 \times 0,081]$).

8.1.4 Insgesamt ergibt sich somit eine von der Beschwerdegegnerin an den Beschwerdeführer zu leistende Parteientschädigung von CHF 3'082.55 (Honorar CHF 2'752.50 + Auslagen CHF 117.60 + MwSt. CHF 212.45).

8.2 Das Verfahren ist grundsätzlich kostenlos (Art. 61 lit. f bis ATSG). Es besteht vorliegend kein Anlass, von diesem Grundsatz abzuweichen.

8.3 8.3.1 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen, sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4). Art. 45 Abs. 1 ATSG ist insoweit auch im Rechtspflegeverfahren anwendbar (BGE 143 V 269 E. 6.2.1). Ein solcher Fall liegt insbesondere dann vor, 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, 139 V 496 E. 4.4).

8.3.2 Vorliegend stützte sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Einspracheentscheid – wie unter Ziff. 5.3 oben bereits ausgeführt – im Wesentlichen auf die ärztliche Beurteilung von Kreisarzt Dr. E.____ vom 23. April 2021. Diese erwies sich als nicht hinreichend beweiswertig, um die Unfallkausalität der beim Beschwerdeführer erhobenen Befunden auszuschliessen. Zum einen unterliess es Dr. E.____, in seiner ärztlichen Beurteilung rechtsgenügend zu begründen, welche anlässlich der Arthroskopie vom 19. Januar 2021 gewonnen Erkenntnisse dazu führten, dass der früheren Bildgebung – d.h. den MRT vom 8. Juni, 25. August und 11. Dezember 2020 – keine Bedeutung mehr zukomme. Zum anderen unterliess er es, sich in seiner ärztlichen Beurteilung mit dem

Unfallmechanismus sowie dem Beschwerdeverlauf auseinanderzusetzen. Die Beschwerdegegnerin hätte folglich bereits im Verwaltungsverfahren ein unabhängiges Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 7'848.40 sind somit der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Gegen die Höhe dieser Kosten sind seitens der Beschwerdegegnerin keine Einwände erhoben worden. 9. Nachdem der Beschwerdeführer obsiegt, erübrigt sich die Durchführung einer Hauptverhandlung. Der entsprechende Antrag des Beschwerdeführers ist obsolet.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.