



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Sarah Schneider und lic. iur. Judith Fischer
Gerichtsschreiberin: MLaw Miriam Habegger-Schneider

U R T E I L vom 18. Juli 2025 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____

Beschwerdeführer
vertreten durch RA lic. iur. Rainer Deecke, Industriestrasse 13c,
Postfach, 6302 Zug

gegen

Basler Versicherung AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel
Beschwerdegegnerin
vertreten durch RA lic. iur. Oskar Müller, Steinhauserstrasse 51,
Postfach, 6302 Zug

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2021 165

A. Der 1950 geborene A._____ arbeitete als selbständiger Rechtsanwalt und war in dieser Funktion bei der Basler Versicherung AG, Basel (nachfolgend: Basler) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 24. Oktober 2020 beim Wandern ausrutschte und den Sturz mit dem rechten Arm mittels Stock aufzufangen versuchte. In der Folge litt er an Schmerzen in der rechten Schulter, weshalb er am 3. November 2020 den Hausarzt aufsuchte (UV-act. 2/2 und 2/3). Eine Magnetresonanztomographie (MRI) vom 29. Dezember 2020 zeigte einen vollständigen Abriss der Supraspinatussehnen rechts (UV-act. 3/5). In der Folge wurde die rechte Schulter am 25. Januar 2021 von Dr. med. B._____, Facharzt FMH für Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, operativ versorgt (UV-act. 3/2, 3/15). Nachdem die Basler laufend die medizinischen Berichte eingeholt und mehrfach ihre beratenden Ärzte konsultiert hatte, stellte sie die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 4. Februar 2021 per 20. Dezember 2020 ein und lehnte die Übernahme der Kosten für die Operation vom 25. Januar 2021 ab. Begründend führte sie an, der Status quo sine vel ante sei acht Wochen nach dem Ereignis vom 24. Oktober 2020 erreicht gewesen, danach fehle ein kausaler Zusammenhang zwischen den Schulterbeschwerden und dem Unfall (UV-act. 5/7). Die dagegen erhobene Einsprache wies die Basler mit Entscheid vom 4. November 2021 (UV-act 5/12) gestützt auf das Aktengutachten von Dr. med. C._____, Spezialarzt für Chirurgie und Unfallchirurgie vom 25. Oktober 2021 (UV-act. 4/2) ab.

B. Am 2. Dezember 2021 liess A._____ Verwaltungsgerichtsbeschwerde erheben und beantragen, der Einspracheentscheid vom 4. November 2021 sei aufzuheben und es seien ihm die Unfallversicherungsleistungen gemäss UVG, insbesondere Heilbehandlungskosten und allenfalls Taggeldleistungen, über den 20. Oktober 2020 (recte: 20. Dezember 2020) hinaus zu gewähren. Zudem sei er durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen; unter Entschädigungsfolge zu Lasten der Basler (act. 1).

C. Die Basler schloss mit Vernehmlassung vom 18. Januar 2022 auf Abweisung der Beschwerde und Bestätigung des Einspracheentscheids vom 4. November 2021 (act. 6). Dies unter anderem gestützt auf eine ergänzende Beurteilung ihres Aktengutachters vom 22. Dezember 2021 (BG-act. 2.1).

D. Mit Replik vom 25. April 2022 liess der Beschwerdeführer das fachorthopädische Aktengutachten der D._____ (nachfolgend: D._____) vom 19. Januar 2022 (BF-act. 6) einreichen und die gestellten Rechtsbegehren mit dem Antrag ergänzen, die Basler sei zu verpflichten, ihm die Kosten für das im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Gutachten in der Höhe von Fr. 1'250.– zu ersetzen (act. 10).

Die Beschwerdegegnerin duplizierte am 7. Juli 2022 und hielt am Begehren um Abweisung der Beschwerde fest, nachdem sie erneut ihren Aktengutachter konsultiert hatte (act. 15, BG-act. 3).

E. Auch im Rahmen eines weiteren Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren Anträgen und Begründungen fest (act. 18 und 22).

F. Nach vorgängiger Gewährung des rechtlichen Gehörs (act. 26) beauftragte das Gericht Dr. med. E. _____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 27. März 2024 mit der Erstattung eines orthopädischen Gutachtens (act. 30). Das entsprechende Gutachten datiert vom 23. Mai 2024 (act. 32).

G. Die Parteien nahmen in der Folge zum Ergebnis der Gerichtsexpertise Stellung, letztmals am 16. September 2024 (act. 34, 36, 38 und 39).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1]). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG). Der Beschwerdeführer hat Wohnsitz in F. _____ (ZG). Damit ist das Verwaltungsgericht des Kantons Zug in Anwendung von § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) örtlich und sachlich zuständig. Die Beschwerdegegnerin erliess den angefochtenen Einspracheentscheid am 4. November 2021; dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wurde er am 5. November 2021 zugestellt. Die Beschwerdeschrift wurde am 2. Dezember 2021 der Post übergeben. Damit wurde die Beschwerde rechtzeitig innert der 30-tägigen Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG eingereicht. Die Beschwerdeschrift entspricht sodann den formellen Anforderungen und der Beschwerdeführer ist als direkt Betroffener beschwerdelegitimiert. Folglich ist die Beschwerde vom Ge-

richt zu prüfen. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2.

2.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (hier: 4. November 2021) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). In zeitlicher Hinsicht sind, vorbehältlich abweichender Übergangsbestimmungen, diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. etwa BGE 147 V 278 E. 2.1; 144 II 326 E. 2.1.1; 131 V 9 E. 1; 129 V 354 E. 1, je mit Hinweisen).

2.2 Im ATSG sind am 1. Januar 2021 die am 21. Juni 2019 verabschiedeten, geänderten Bestimmungen in Kraft getreten sowie am 1. Januar 2022 die Änderungen vom 19. Juni 2020 und am 1. Januar 2024 die Änderungen vom 17. Juni 2022. Materiellrechtliche Bestimmungen des ATSG sind, gleich wie die Bestimmungen des UVG, bei Unfallsachverhalten (bei denen es sich gerade nicht um Dauersachverhalte handelt, wie sie in BGE 148 V 162 E. 3.2.1 sowie 147 V 278 E. 2.1 zu beurteilen waren) in der Fassung anwendbar, die im Unfallzeitpunkt Geltung hatte (BGE 134 V 109 E. 2.2; 130 V 1 E. 3.2). Sofort anwendbar sind die geänderten allgemeinen Verfahrensbestimmungen (BGE 130 V 1 E. 3.2). Soweit materiellrechtliche Bestimmungen des ATSG zur Anwendung gelangen, ist demnach die am 24. Oktober 2020 geltende Gesetzesfassung beizuziehen; soweit es um reine Verfahrensbestimmungen geht, kommen die seit 1. Januar 2024 geltenden Bestimmungen zur Anwendung. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den in Art. 82 und 82a ATSG enthaltenen Übergangsbestimmungen (vgl. zum Ganzen etwa VGer ZG S 2021 34 vom 16. Januar 2023 E. 2.2).

3.

3.1 Nach Art. 10 Abs. 1 und Art. 16 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person (u.a.) Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen und bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit auf ein Taggeld.

3.1.1 Erste Voraussetzung für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers ist das Vorliegen eines Unfalls resp. einer unfallähnlichen Körperschädigung. Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

3.1.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt weiter voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Die natürliche Kausalität ist zu bejahen, wenn ohne den Unfall der Schaden nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann, auch wenn der Unfall nicht die alleinige oder unmittelbare Ursache der gesundheitlichen Störungen ist. Es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht wegedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (etwa: BGE 142 V 435 E. 1; BGer 8C_ 305/2022 vom 13. April 2023 E. 3.1). Die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung, beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht, im Rahmen der Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt nicht (etwa: BGE 142 V 435 E. 1 mit Hinweisen). Nach konstanter Rechtsprechung ist es Sache der Ärztinnen und Ärzte, Feststellungen zur natürlichen Kausalität zu machen. Demgegenüber ist die Adäquanz eine Rechtsfrage, die nur von den Rechtsanwendern beantwortet werden kann (vgl. statt vieler BGer 8C_ 15/2021 vom 12. Mai 2021 E. 7.3 mit Hinweisen).

3.2 Bei einem durch einen Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand, entfällt die vom Unfallversicherer einmal anerkannte Leistungspflicht erst, wenn dieser nachweist, dass der Gesundheitszustand erreicht ist, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf des krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine; siehe BGE 146 V 51 E. 5.1 mit Hinweisen). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so bezeichnet die Rechtsprechung dies als richtunggebende Verschlimmerung (vgl. etwa BGer 8C_ 7/2022 vom 22. April 2022 E. 5.1; 8C_ 589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.1.2).

3.3. Den gesetzlich umschriebenen Anspruch auf Heilbehandlung sowie Taggelder hat die versicherte Person so lange, als von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung eine namhafte Verbesserung ihres Gesundheitszustandes erwartet werden kann. Trifft dies nicht mehr zu und sind allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen, ist der Fall unter Einstellung der vorübergehenden Leistungen und Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung abzusch-

liessen (vgl. Art. 19 Abs. 1 und Art. 24 Abs. 2 UVG; BGE 116 V 41 E. 2c; BGer 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.1; vgl. auch BGer 8C_639/2014 vom 2. Dezember 2014 E. 3).

3.4 Die Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche muss auf verlässlichen medizinischen Entscheidungsgrundlagen beruhen (statt vieler: BGer 8C_253/2021 vom 2. Juli 2021 E. 3). Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist ein Sachverhalt nicht bereits dann bewiesen, wenn er bloss möglich ist. Vielmehr muss das Gericht aufgrund der Würdigung aller relevanten Sachumstände zur Überzeugung gelangen, dass er der wahrscheinlichste aller in Betracht fallender Geschehensabläufe ist und zudem begründeterweise angenommen werden darf, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (BGE 126 V 353 E. 5b; BGer 8C_765/2020 vom 4. März 2021 E. 3.2.2). In der Würdigung der einzelnen Beweismittel ist das Gericht frei.

3.5

3.5.1 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (BGer 8C_448/2022 vom 23. November 2022 E. 4.3.3; 8C_322/2020 vom 9. Juli 2020 E. 3).

3.5.2 Praxisgemäss kann auch auf versicherungsinterne ärztliche Feststellungen abgestellt werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens erledigt werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5; 142 V 58 E. 5.2; 139 V 225 E. 5.2; vgl. auch BGer 8C_253/2021 vom 2. Juli 2021 E. 3).

3.5.3 Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Unfallversicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c).

3.5.4 Laut konstanter höchstrichterlicher Rechtsprechung weicht ein Gericht zudem "nicht ohne zwingende Gründe" von den medizinischen Einschätzungen eines gerichtlich einberufenen Experten ab (BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2; 135 V 465 E. 4.4). Auch der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermuthungsweise hohes Gewicht zu (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa; BGer 8C_487/2020 vom 3. November 2020 E. 4). Quintessenz ist mithin, dass Gerichtsgutachten in der Rangfolge von Arztberichten zuoberst stehen und grundsätzlich vollen Beweiswert haben.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid (UV-act. 5/12), der Status quo sine sei spätestens am 20. Dezember 2020 eingetreten gewesen. Seither leide der Beschwerdeführer an krankheitsbedingten Leiden. Sie stütze sich dabei auf die Berichte ihrer beratenden Ärzte Dr. med. G._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Dr. med. H._____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie auf das von ihr eingeholte Aktengutachten von Dr. C._____ vom 25. Oktober 2021 (UV-act. 5/12 S. 3).

Doktor G._____ habe im Bericht vom 12. Januar 2021 die Auffassung vertreten, die Läsion in der rechten Schulter sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf den Sturz vom 24. Oktober 2020 zurückzuführen. Eine traumatische Ruptur der Supraspina-

tussehne führe zu einer unmittelbaren massiven Funktionseinschränkung der Schulter, die einer ereigniszeitnahen ärztlichen Behandlung bedürfe. Die Erstbehandlung sei erst eineinhalb Wochen nach dem Ereignis erfolgt. Der Hausarzt habe damals eine volle aktive Abduktion festgestellt, was bei einer akuten traumatischen Supraspinatussehnenruptur nicht der Fall wäre. Zudem zeige die Magnetresonanztomografie (MRI) vom 29. Dezember 2020 eine massive Retraktion der Sehne und eine Atrophie/fettige Degeneration des Musculus supraspinatus Grad Goutallier II. Bis zum Auftreten einer solchen Atrophie dauere es deutlich mehr als drei Monate, entsprechend sei die Ruptur mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehend. Gemäss Dr. G._____ habe das Ereignis zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt, der Status quo sine sei jedoch acht Wochen danach erreicht gewesen (UV-act. 3/7). Doktor H._____ habe dieser Einschätzung mit Bericht vom 21. Januar 2021 zugestimmt (UV-act. 3/14). Auch Dr. C._____ habe in seinem Aktengutachten vom 25. Oktober 2021 den Schluss, die Befunde an der rechten Schulter seien nicht (mehr) unfallkausal, bestätigt. Doktor C._____ sei zum Schluss gelangt, dass zwar von einer unfallkausalen Zerrung oder Kontusion im Schulterbereich ausgegangen werden könne, in deren Folge es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden, krankheitsbedingten Rotatorenmanschettenruptur gekommen sei. Den Status quo sine bei einer Zerrung/Kontusion habe er jedoch sechs Wochen nach dem Ereignis als erreicht erachtet (UV-act. 4/2).

4.2 Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, auf das verwaltungsinterne Aktengutachten von Dr. C._____ dürfe nicht abgestellt werden. So erwähne er die zuvor nie gestellte Diagnosen eines schweren vorbestehenden subacromialen Impingements bei fortgeschrittener AC-Gelenksarthrose sowie fortgeschrittener retrahierter, transmuraler, degenerativer Ruptur der Supraspinatussehne (UV-act. 4/2 S. 4) und stütze sich dabei genauso wie der Orthopäde Dr. B._____, der den Beschwerdeführer behandelt und operiert habe, auf die einzige, bei den Akten liegende, MRI-Bildgebung vom 29. Dezember 2020 (act. 1 Ziff. 17). Doktor B._____ seinerseits sei aufgrund der MRI-Bildgebung und des zugehörigen MRI-Berichts von Dr. med. I._____, Facharzt für Radiologie (UV-act. 3/5) jedoch nicht davon ausgegangen, dass beim Beschwerdeführer eine ausschliesslich degenerative Schulterpathologie vorgelegen habe (act. 1 Ziff. 18). Er stelle die Diagnose einer Ruptur der Supraspinatussehne nach Sturz am 24. Oktober 2020 (UV-act. 3/1, 3/2, 3/15) und habe festgehalten, es zeige sich eine vollständige Ruptur der Supraspinatussehne mit bereits beginnender Retraktion aber ohne Atrophie sowie eine gute Sehnendicke (UV-act. 3/2). Der Orthopäde sei somit höchstens von einer allenfalls beginnenden Atrophie ausgegangen, was der Ansicht von Dr. C._____, dass eine "offensichtlich lange vorbestehende Fetteinlagerung (Goutallier Stadium II)" vorliege, widerspre-

che (act. 1 Ziff. 19; UV-act. 3/2, 4/2). Auch würden weder der Bericht von Dr. I. _____ noch jener von Dr. B. _____ darauf hindeuten, dass aufgrund der MRI-Bildgebung beim Beschwerdeführer bereits ein schweres vorbestehendes Subacromiales Impingement bei fortgeschrittener AC-Gelenksarthrose bestehe, wie es Dr. C. _____ erwähne (act. 1 Ziff. 20; UV-act. 3/2, 4/2). Weiter brachte der Beschwerdeführer vor, entgegen der Ansicht von Dr. C. _____ sei das Unfallereignis klar definiert und geeignet gewesen, die bestehende Verletzung zu verursachen (act. 1 Ziff. 23). Doktor C. _____ habe es unterlassen ausreichend konkret zu begründen, weshalb er von einer Erreichung des Status quo sine bereits nach sechs Wochen seit dem Unfallereignis ausgehe. Der Nachweis eines Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs könne weder mit den Berichten von Dr. G. _____ und Dr. H. _____ noch mit dem Aktengutachten von Dr. C. _____ erbracht werden (act. 1 Ziff. 25). Letztlich verwies der Beschwerdeführer auf aktuelle medizinische Literatur, die zeige, dass ein direktes Schultertrauma durchaus zu einer Rotatorenmanschettenruptur führen könne, wobei die von Dr. B. _____ gemäss Operationsbericht vom 25. Januar 2021 festgestellte subacromiale mässiggradige Bursitis – zu der sich Dr. C. _____ nicht geäußert habe – einen Hinweis für die Unfallkausalität der Verletzung sei, welche über den 20. Dezember 2020 hinaus zu bejahen sei (act. 1 Ziff. 26 f.). Insgesamt beständen mindestens geringe Zweifel an der Einschätzung der Aktenbeurteilung von Dr. C. _____, weshalb nicht abschliessend darauf abgestellt werden dürfe (act. 1 Ziff. 28). Weiter führte sie aus, aufgrund der widersprechenden Aktenlage hätte die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen treffen müssen und es sei die Einholung eines Gerichtsgutachtens notwendig (act. 1 Ziff. 30 ff.).

4.3 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens legte die Beschwerdegegnerin die Angelegenheit erneut Dr. C. _____ vor, der sich mit ergänzender Aktenbeurteilung vom 22. Dezember 2021 äusserte, wobei er bei seiner bisherigen Einschätzung blieb (BG-act. 2.1). Die Beschwerdegegnerin wies mit der Vernehmlassung insbesondere darauf hin, dass die behandelnden Ärzte zu keinem Zeitpunkt die Unfallkausalität mit Blick auf die Versicherungsleistungen diskutiert hätten. Es lägen keine medizinischen Berichte vor, die das Aktengutachten beurteilen, geschweige denn infrage stellten würden, somit könnten auch keine Zweifel begründet werden (act. 6 Ziff. 17). Soweit ein Widerspruch zwischen den Einschätzungen von Dr. B. _____ und Dr. C. _____ darin gesehen werde, dass Letzterer eine offensichtlich lange vorbestehende Fetteinlagerung (Goutallier Stadium II) erwähne, sei darauf hinzuweisen, dass Dr. B. _____ diese für die Beurteilung relevante Fetteinlagerung überhaupt nicht erwähnt habe, obwohl sie im radiologischen Befund bestätigt sei (act. 6 Ziff. 19). Der Versicherte argumentiere hingegen mit der unzulässigen Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" und verschweige zudem, dass er an einer Er-

krankung (Diabetes mellitus Typ II) leide, welche die degenerativen Veränderungen auch an der Schulter – nebst seinem Alter – begünstige (act. 6 Ziff. 23 f.). Gemäss des Ergänzungsgutachtens von Dr. C._____ seien die bildgebend zeitnah erhobenen Befunde im MRI an einer Deutlichkeit einer vorbestehenden degenerativen Ruptur der Supraspinatussehne bei AC-Gelenksarthrose nicht zu überbieten (BG-act. 2.1 S. 2; act. 6 Ziff. 24). Auch zum Operationsbericht von Dr. B._____ habe Dr. C._____ nachvollziehbar und schlüssig begründet, dass die Operationsschritte ausschliesslich die invasive Intervention an vorbestehenden, degenerativen Schulterbefunden betroffen habe (act. 6 Ziff. 27). Letztlich erachte sie die vom Beschwerdeführer ins Feld geführten aktuellen medizinischen Publikationen als nicht fallbezogen und daher ungeeignet, um Zweifel an der Zulässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens zu wecken (act. 6 Ziff. 25 ff.). Insgesamt sei das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten beweiswertig und beweiskräftig, der Untersuchungsgrundsatz nicht verletzt und ein Gerichtsgutachten nicht notwendig (act. 6 Ziff. 31 ff.).

4.4 Mit Replik hielt der Beschwerdeführer an seiner Auffassung fest. Er bemängelte zudem, dass sich insbesondere aus der ergänzenden Aktenbeurteilung von Dr. C._____ dessen Befangenheit ergebe, was ein weiterer Grund sei, weshalb sein Aktengutachten nicht geeignet sei, um den rechtserheblichen medizinischen Sachverhalt abschliessend festzustellen (act. 10 Ziff. 5 ff.). Ebenfalls gegen die Zuverlässigkeit des Aktengutachtens spreche im konkreten Fall die Verwendung des Schultertrauma Checks (act. 10 Ziff. 13). Des Weiteren kämen die Orthopäden der D._____ im Gutachten vom 19. Januar 2022 – welches neu zu den Akten gereicht wurde – zum Schluss, eine unfallbedingte Teilkausalität im Rahmen einer richtunggebenden Verschlimmerung der bildmorphologisch geringen Vorschädigung der Rotatorenmanschette sei zu bejahen und das Erreichen des Status quo sine per 20. Dezember 2020 zu verneinen (act. 10 Ziff. 19).

Nach Einholen einer Stellungnahme von Dr. C._____ zum fachorthopädischen Aktengutachten der D._____ (BG-act. 2.1) blieb die Beschwerdegegnerin mit Duplik bei ihrem Standpunkt, dass sie über den 30. Dezember 2020 (recte: 20. Dezember 2020) hinaus keine Leistungen erbringen müsse. Sie hielt zudem fest, das eingereichte Parteigutachten genüge aus verschiedenen Gründen den Beweisanforderungen nicht (act. 15 Ziff. 60) und vermöge auch nicht die geringsten Zweifel an den eingeholten Gutachten und Stellungnahmen von Dr. C._____ zu wecken (act. 15 Ziff. 57).

4.5 Das eingeholte Gerichtsgutachten erachtete der Beschwerdeführer sodann als nachvollziehbar und schlüssig (act. 36, 39), wohingegen die Beschwerdegegnerin, unter

Beizug von Dr. C._____, vielfältige Kritik am Gerichtsgutachten übte. Insbesondere sei es nicht überzeugend und widersprüchlich und somit als Entscheidungsgrundlage untauglich (act. 34, BF-act. 4).

5. Es steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom 24. Oktober 2020 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellte. Die Beschwerdegegnerin richtete in diesem Kontext auch vorerst die gesetzlichen Leistungen aus.

5.1 Die früheste Unfallschilderung, die sich in den Akten findet, ist jene in der vom Beschwerdeführer eigens ausgefüllten Unfallmeldung vom 5. November 2020 (UV-act. 2/1). Er hielt folgendes fest: "Beim Wandern über stark abschüssigen Weg auf Laub ausgerutscht. Hatte einen Stock in rechter Hand und versuchte Sturz aufzufangen, was aber nur halbwegs gelang. Gab einen unmittelbaren starken Druck auf rechten Oberarm/Schulter mit sofortigem grossem Schmerz. Vermutlich Anriss oder Riss Sehne oder Muskel, zumindest sicher Zerrung. Nachdem Schmerzen (speziell nachts intensiv) nur unwesentlich zurückgingen, am 3. November 2020 zum Arzt gegangen." Von diesem Sachverhalt: ausrutschen und mit dem Stock in der rechten Hand versuchen den Sturz aufzufangen, gingen in der Folge auch die Versicherungsärzte Dr. G.____ und Dr. H.____ aus (UV-act. 3/7, 3/14), ebenso die Gutachter der D.____ (BF-act. 6 S. 12 und 14) und die Gerichtsgutachterin (act. 32 S. 5). Er wurde zudem der Verfügung vom 15. Januar 2020 (UV-act. 5/1) und dem angefochtenen Einspracheentscheid zu Grunde gelegt (BF-act. 2). Auf diesen Unfallhergang ist auch vorliegend abzustellen. Insbesondere ist in der Schilderung des Hausarztes des Beschwerdeführers im UVG Arztzeugnis vom 12. Januar 2021: "Beim Wandern im Wald nach hinten ausgerutscht und mit rechtem Arm Sturz aufgefangen, dabei Schulter rechts gezerrt" (UV-act. 3/6), kein Widerspruch dazu zu erkennen, auch wenn bei dieser verknäpften Darstellung der Wanderstock keine Erwähnung fand. Zudem ist nicht relevant, ob der Beschwerdeführer letztendlich auf dem Boden landete oder nicht, da das hier massgebende, sinnfällige Ereignis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Ausrutschen und dem Versuch sich mit dem Stock in der rechten Hand aufzufangen bestand. Die diesbezügliche Kritik von Aktengutachter Dr. C.____ geht ins Leere, soweit er damit nicht gar seinen Kompetenzbereich überschritt (vgl. hinten E. 7).

5.2 Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen über den 20. Dezember 2020 hinausgehenden Anspruch des Versicherten auf die gesetzlichen Versicherungsleistungen verneinte, mit der Begründung, dass die über diesen Zeitpunkt hinaus geklagten rechtsseitigen Schulterbeschwerden nicht mehr in einem natürlich kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 24. Oktober 2020 stehen würden, da der Status

quo sine erreicht war. Es ist insbesondere zu klären, ob der Unfall geeignet war, die festgestellte Ruptur der Supraspinatussehne zu verursachen oder ob diese bereits vorbestehend und ausschliesslich degenerativ bedingt war.

6. Die medizinische Aktenlage stellt sich im Wesentlichen wie folgt dar:

6.1 Aufgrund anhaltender Schmerzen in der Schulter (insbesondere nachts) konsultierte der Beschwerdeführer am 3. November 2020 seinen Hausarzt Dr. med. K._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, der ihn Anfangs Dezember 2020 an den Orthopäden Dr. B._____, überwies. Dieser untersuchte den Beschwerdeführer am 16. Dezember 2020 und erhob folgenden Befund: Seitengleiches Schulterrelief, keine Atrophiezeichen. Keine lokalen Druckdolenzen. Aktive globale Flexion sowie Elevation nahezu uneingeschränkt frei. Innenrotation knapp lumbal. Passive glenohumerale Abduktion frei. Impingementzeichen positiv. Kraftminderung sowie Schmerzangabe bei forcierter Abduktion sowie Innenrotation gegen Widerstand. Positiver Lift off-Test. Bizepszeichen angedeutet positiv. Peripher DMS intakt. Zudem hielt er gestützt auf eine bildgebende Zusatzuntersuchung (Schulter rechts a.p. und nach Neer vom 16. Dezember 2020) fest: zentriertes Schultergelenk, noch keine fortgeschrittenen arthrosotypischen Veränderungen glenohumeral, deutliche AC-Gelenksarthrose. Er diagnostizierte einen Verdacht auf Rotatorenmanschettenläsion nach Sturz am 24. Oktober 2020 und empfahl zur Objektivierung seines Befundes ein Arthro-MRI (UV-act. 3/1).

Am 29. Dezember 2020 untersuchte Dr. I._____ die rechte Schulter des Beschwerdeführers mittels Arthro-MRI und erkannte einen vollständigen Abriss der Supraspinatussehne. Im Befund hielt er weiter intakte Verhältnisse bezüglich des vorderen und hinteren Labrums sowie der Sehnen des Musculus subscapularis und Musculus infraspinatus fest. Die Supraspinatussehne sei am Ansatz am Tuberculum majus abgerissen. Sie sei um 37 mm retrahiert und der Musculus supraspinatus zeige eine leichte Fettinvolution Goutallier II. Der Verlauf der Bizepssehne intraartikulär und im Sulcus intertubercularis sei normal, eine SLAP-Läsion werde verneint. Weiter zeige sich eine AC-Gelenksarthrose, welche den subacromialen Raum nur leicht einenge. Omarthrotische Veränderungen seien nicht nachgewiesen (UV-act. 3/5).

Gestützt auf das Arthro-MRI vom 29. Dezember 2020 hielt Dr. B._____ im Bericht vom 6. Januar 2021 fest, die durchgeführte Untersuchung bestätige seinen klinischen Verdacht. Sie zeige eine vollständige Ruptur der Supraspinatussehne mit bereits beginnender Retraktion (Retraktion bis knapp über dem Humeruskopf) aber ohne Atrophie (allenfalls

beginnende Atrophie bei noch negativem Tangenzzeichen). Er äusserte zudem den Verdacht auf eine kraniale Partialläsion der Subscapularissehe und empfahl dem Beschwerdeführer eine operative Versorgung der Schulter (UV-act. 3/2).

Am 25. Januar 2021 operierte Dr. B. _____ die rechte Schulter des Beschwerdeführers. Er nahm unter anderem eine Refixation der Supraspinatussehne und Infrapinatussehne vor. Eine im Rahmen der Operation durchgeführte diagnostische Arthroskopie zeigte eine deutliche Synovialitis im Intervallbereich sowie im Verlauf der langen Bizepssehne, ein intakter Bizeps Anker. Eine vollständig rupturierte Supraspinatussehne mit Retraktion bis auf Humeruskopfmitte. Der Riss erstreckte sich in den ventralen Infrapinatus. Eine intakte Subscapularissehne, eine subacromial mässiggradige Bursitis, das Acromion sei konvex, den Subacromialraum einengend. Das AC-Gelenk sei destruiert, hier zeige sich eine deutliche Verkalkung der intraartikulären Strukturen (UV-act. 3/15). Als Diagnose hielt er betreffend die rechte Schulter eine Ruptur der Supraspinatus/Infrapinatussehne sowie AC-Arthrose nach Sturz am 24. Oktober 2020 fest (UV-act. 3/15).

6.2 Es folgten verschiedene Aktenbeurteilungen. Neben den Stellungnahmen versicherungsinterner und beratender Ärzte vom Januar 2021 (UV-act. 3/7 und 3/14) holte die Beschwerdegegnerin das erwähnte Aktengutachten von Dr. C. _____ vom 25. Oktober 2021 ein (UV-act. 4/2; vgl. vorne E. 4.1).

Doktor C. _____ stellte aufgrund der ihm vorgelegten Berichte, die Diagnose eines schweren vorbestehenden subacromialen Impingements bei fortgeschrittener AC-Gelenksarthrose und fortgeschrittener retrahierter, transmuraler, degenerativer Ruptur der Supraspinatussehne. Gemäss Dr. C. _____ ergaben sich die relevanten Befunde aus der Bildgebung im MRI vom 29. Dezember 2020. Darin komme ein klassischer degenerativer Vorzustand zur Darstellung. Dies in Form einer schweren AC-Gelenksarthrose mit tiefreichenden osteophytären Anbauten und ihrem intensiven Kontakt zur Supraspinatussehne, welche dadurch eingedellt, über Jahre gescheuert und aufgrund der offensichtlich lange vorbestehenden Fetteinlagerungen (Goutallier Stadium II) in Form und Funktion zu einem lang vorbestehenden degenerativen Schaden und der hier vorliegenden bildgebenden Befunde geführt habe. Zudem würden sich weder am Humeruskopf noch im vorderen, hinteren oder unteren Bereich der Gelenkpfanne Anzeichen kürzlich abgelauener Gewalteinwirkung (Limbus- und/oder Hill Sachs Läsion) zeigen, welche zu einer signifikanten Ursache einer Ruptur von Sehnen und/oder Kapselbandstrukturen gleichzeitig gefordert werden müssten. Schliesslich zeige die abgerundete Form und Lage des degenerativ exponierten, weit retrahierten (um 37 mm) Supraspinatussehnenstumpfes die weit überwie-

gende Wahrscheinlichkeit einer ausschliesslich degenerativen Schulterpathologie (UV-act. 4/2 S. 3 f.).

Die Frage, ob die Befunde in der rechten Schulter mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise in Zusammenhang zum Ereignis vom 24. Oktober 2020 stünden, verneinte Dr. C. _____ unter Verweis auf den von ihm diskutierten Ereignisablauf sowie die von ihm festgestellten morphologisch fassbaren, bildgebenden Befunde (UV-act. 4/2 S. 4 f.).

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 22. Dezember 2021 bekräftigte er seine Einschätzungen und verwies zudem auf den Schultertrauma-Check (BG-act. 2.1).

6.3. Im fachorthopädischen Aktengutachten der D. _____ vom 19. Januar 2022 wurde ein Status nach Schulterdistraktionsverletzung im Rahmen eines vereitelten Sturzeignisses (Wanderstock) vom 24. Oktober 2020 mit/bei: Supraspinatussehnen-teilruptur im Sinne einer "acute on chronic" Läsion; Arthroskopisch nachgewiesene Infrapinatussehnen-teilruptur; vorbestehende Verschleisserscheinungen des Schultergelenks rechts (ACG-Arthrose) sowie ein Diabetes mellitus Typ II und eine Cholesterin senkende Medikation mit Crestastatin 5 mg diagnostiziert (BF-act. 6).

Die Gutachter gingen von einer krankhaft vorbestehenden, degenerativ bedingten Vorschädigung der Schulterregion, bedingt durch die fettige Degeneration und durch die vorbestehende AC-Gelenksarthrose aus, wobei sie die Degenerationszeichen als eher mild/gering betrachteten (BF-act. 6 S. 15). Es sei zumindest als wahrscheinlich anzunehmen, dass durch das beschriebene Unfallereignis vom 24. Oktober 2020 eine sogenannte "acute on chronic" Läsion der Supraspinatussehne ausgelöst worden sei (BF-act. 6 S. 16). Insgesamt schlossen sie auf eine Teilunfallkausalität im Rahmen einer richtungsgebenden Verschlimmerung (BF-act. 6 S. 15). Bezüglich Dr. C. _____ hielten sie insbesondere fest, seiner Einschätzung, es handle sich ausschliesslich um krankhafte Vorzustände, welche die Beschwerdesituation exazerbierten, lasse sich nicht folgen. Auch wenn der genaue Ablauf des Unfallereignisses nicht vollständig zu rekonstruieren sei, halte man die einwirkenden Kräfte für durchaus geeignet, im Sinne einer "acute on chronic" Läsion, die genannte Beschwerdeproblematik der Schulter mit Belastungs- und Bewegungseinschränkungen auszulösen. Insofern bestehe eine Unfallteilkausalität (BF-act. 6 S. 19).

7.

7.1 Soweit der Beschwerdeführer rügt, Dr. C. _____ nehme in seinem Gutachten unzulässige juristische Ausführungen vor (act. 10 Ziff. 5 ff.), ist sein Einwand zutreffend. So liess sich Dr. C. _____ bereits im Aktengutachten zur Anmerkung hinreissen, der beschriebene Ereignisablauf lasse offen, ob der Versicherte überhaupt gestürzt sei oder nicht. Damit stelle sich für ihn vorerst einmal die Frage, ob eine Unfallversicherer ein so beschriebenes Ereignis als Unfall im klassischen Sinn oder ebenso gut nachvollziehbar als UKS (unfallähnliche Körperschädigung) abwickeln könnte (UVG-act. 4/2 S. 1). Dies betrifft eine juristische Frage, die nicht vom medizinischen Gutachter zu beantworten ist. Doktor C. _____ überschreitet seine Kompetenz aber definitiv, als er in der Aktenbeurteilung vom 22. Dezember 2021 ausführte: "Im vorliegenden Fall handelt es sich unzweifelhaft um eine UKS (trotz wiederholt widersprüchlichen Angaben) an klar vorbestehenden degenerativen Schulterbefunden rechts. Damit wäre ein Unfallversicherer nicht leistungspflichtig, weil relevante degenerative Vorbefunde (Abnützung) vorliegen. Ich gestatte mir daher den nochmaligen Hinweis, dass ich von Seiten des Unfallversicherers im vorliegenden Fall ein Unfallereignis im definierten Sinn nicht nachvollziehen kann. Nicht zuletzt, weil das geltend gemachte Ereignis von mehreren Seiten widersprüchlich zur Darstellung kommt" (BG-act. 2.1). Damit äusserte er sich zur vom Rechtsanwender zu beantwortenden rechtlichen Frage, ob der Unfallbegriff erfüllt ist oder nicht, welche die Unfallversicherung in diesem Zeitpunkt bereits mit Verfügung und Einspracheentscheid implizit bejahte, indem sie die Einstellung der Versicherungsleistungen mit dem Erreichen des Status quo sine begründete. Er machte allzu deutlich klar, dass er damit nicht einverstanden ist. Gleiches gilt für seine Äusserung in der Aktenbeurteilung vom 9. Juni 2022, mit der Bezeichnung "vollständiger Abriss der Supraspinatussehne" werde natürlich im allgemeinen Sprachgebrauch – durch die Privatgutachter – ein Unfallereignis suggeriert (BG-act. 3 S. 1).

Die Vornahme der juristischen Beurteilung eines Falls ist nicht Sache des medizinischen Sachverständigen. Entsprechende Ausführungen eines Gutachters schmälern den Beweiswert seiner Aussagen, sind sie doch Zeichen dafür, dass der zur Unparteilichkeit verpflichtete Sachverständige seine Kompetenzen überschreitet und den Anschein erweckt, er wisse nicht um die Grenzen seines Auftrags (vgl. BGer 8C_448/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 4.2 m.H.). Vorliegend entsteht aufgrund der Äusserungen im Gutachten unweigerlich der Eindruck, dass Dr. C. _____ sich nicht als sachlicher und unabhängiger Aktengutachter äussert, sondern den Fall in seinem Sinn erledigt sehen will, versucht er doch mit seinen Bemerkungen auch gleich die juristische Beurteilung vorwegzunehmen. Selbst wenn man das Aktengutachten als versicherungsinterne ärztliche Stellungnahme qualifiziert, hinterlassen diese Äusserungen einen fahlen Beigeschmack und lassen zu-

mindest Zweifel an den Einschätzungen des Aktengutachters aufkommen. Folglich kann darauf nicht abgestellt werden.

7.2 Auch gestützt auf die medizinische Aktenlage ergeben sich gewisse Zweifel an den Einschätzungen von Dr. C._____. Insbesondere ging er von einer ausschliesslich degenerativen Schulterpathologie aus (UV-act. 4/2 S. 3 f.), wohingegen der behandelnde Orthopäde klar einen Riss der Supraspinatussehnen "nach Sturz" erkannte, was mindestens für eine Teilkausalität spricht (UV-act. 3/2, 3/15). Die Aktengutachter der D._____ schlossen auf eine "acute on chronic" Läsion infolge einer Schulterdistraction im Rahmen eines vereitelten Sturzereignisses (Wanderstock) bei vorbestehenden Verschleisserscheinungen des Schultergelenks (BF-act. 6). Auffallend ist zudem, dass sowohl der behandelnde Orthopäde wie auch der Radiologe, der das MRI durchgeführt hatte, die degenerativen Befunde als weniger gravierend darstellten als Dr. C._____. So sprach der Dr. B._____ gestützt auf das MRI vom 29. Dezember 2020 von einer beginnenden Retraktion der Supraspinatussehne, wohingegen Dr. C._____ von einer fortgeschritten bzw. weit retrahierten Supraspinatussehne ausging (UV-act. 4/2 S. 3). Weiter erwähnte der Radiologe eine AC-Gelenksarthrose, welche den subakromialen Raum nur leicht einengte und verneinte omarthrotische Veränderungen, wohingegen Dr. C._____ von einer fortgeschrittenen schweren AC-Gelenksarthrose mit tiefreichenden osteophytären Anbauten ausging. Letztlich lässt auch die Tatsache, dass die Gutachter der D._____, gestützt auf dieselben medizinischen Befunde und Akten – welche sie gemäss Dr. C._____ korrekt aufgelistet hatten (BG-act. 3) – unter Berücksichtigung des massgebenden Unfallhergangs zu einem anderen Schluss bezüglich der Unfallkausalität gelangten als der Versicherungsgutachter, mindestens Zweifel an dessen Beurteilung aufkommen. Diese vermochte er zudem mit seiner Stellungnahme zum Gutachten der D._____ vom 9. Juni 2022 (BG-act. 3) nicht auszuräumen.

7.3 Nach dem Gesagten kann somit, entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin, nicht auf das Gutachten von Dr. C._____ abgestellt werden, da Zweifel daran bestehen. Aber auch das vom Beschwerdeführer eingereichte Privatgutachten der D._____ bietet im vorliegenden Kontext keine ausreichende Grundlage für die abschliessende Beurteilung der Unfallkausalität der über den 20. Dezember 2020 hinaus geklagten Schulterbeschwerden (vgl. vorne E. 3.5).

Damit sind die Abklärungsergebnisse aus dem Unfallversicherungsverfahren nicht ausreichend beweiswertig und es ist die Einholung eines orthopädischen Gutachtens geboten.

Dieses ist vorliegend durch das kantonale Gericht zu veranlassen (BGE 137 V 210 E. 4.4.1).

8. Das vorliegend eingeholte Gerichtsgutachten wurde am 23. Mai 2024 in Form eines orthopädischen Aktengutachtens erstattet. Die Gerichtsgutachterin Dr. E. _____ stellte die Diagnose:

- Rotatorenmanschettenruptur Schulter rechts (Supraspinatus total, Infraspinatus teilweise) vom 24. Oktober 2020,
- Rotatorenmanschettenrekonstruktion 25. Oktober 2021.

Gestützt auf Anamnese und Befunde, welche die behandelnden Ärzte erhoben hatten, hielt die Gutachterin fest, der Explorand habe den Arm 1,5 Wochen nach dem Unfallereignis aktiv abduzieren können. Die Schmerzen seien als im Verlauf gleichbleibend, allenfalls abnehmend dokumentiert (in der zweiten Untersuchung würden nur noch Nachtschmerzen dokumentiert). Bezüglich funktionellem Schadensbild bzw. Schmerzverlauf werde bei einer traumatischen Läsion sofort sehr starke Beschwerden und im Weiteren eine Decrescendo Symptomatik erwartet. Bei einer degenerativen Läsion hingegen ein Crescendocharakter der Schmerzen. Weiter müsse die in den ärztlichen Beurteilungen als zwingendes Beurteilungskriterium angeführte Pseudoparalyse (Verlust der aktiven Abduktion/Flexion) gemäss Schultertrauma-Check bei einer traumatischen Ruptur nicht zwingend vorliegen. Sie werde in der Publikation nicht aufgelistet. Die Gutachterin subsumierte, folglich könne (allein) anhand der dokumentierten Anamnese und Befunde keine schlüssige überwiegend wahrscheinliche Beurteilung der Unfallkausalität der Ruptur gemacht werden (act. 32 S. 7).

In einem nächsten Schritt befasste sie sich eingehend mit den vorhandenen bildgebenden Untersuchungen (act. 32 S. 8) und nahm eine eigene Beurteilung der MRI-Bildgebung der rechten Schulter vom 29. Dezember 2020 vor. Doktor E. _____ druckte die Bilder im Gutachten ab, da deren Befundung strittig sei. Sie führte aus, in allen ärztlichen Beurteilungen inklusive des Berichts des Radiologen werde eine Verfettung der Muskulatur Goutallier II beschreiben. Einzig der Operateur beschreibe lediglich eine allenfalls beginnende Atrophie bei negativem Tangenzzeichen. Diese beschriebene Verfettung Goutallier II (deutliche fettige Infiltration) könne bei der eigenen Beurteilung nicht entsprechend festgestellt werden. Zu Bild 1 hielt sie fest, dieses sei T1 gewichtet. In einem T1 Bild würden fettreiche Körperregionen hyperintens (weiss) dargestellt. Der Supraspinatusmuskel zeige – auf diesem Bild – keine Fetteinlagerungen. Wenn man dieses Bild mit – im Gutachten ebenfalls dargestellten – Bildern zur Klassifikation von Goutallier vergleiche, stelle man fest, dass es sich bei der dargestellten Supraspinatusmuskulatur um ein Goutallier-

Zustand Grad 0 maximal I handle. Es gebe in dieser Muskulatur keine Fetteinschlüsse (act. 32 S. 9 f.). Zu Bild 2 führte sie aus, dieses sei T2 gewichtet und fettsaturiert. In einem solchen Bild würden sich stationäre Flüssigkeiten (Ödeme, Ergussbildungen) hyperintens (weiss) darstellen. Im Supraspinatusmuskel habe es – auf Bild 2 – hyperintense, weisse Anteile, die am ehesten einem Muskelödem entsprechen würden. Muskelödeme würden nach traumatischen Rupturen auftreten und innerhalb von Wochen resorbiert werden. Das Vorliegen eines Muskelödems mache eine traumatische Ruptur überwiegend wahrscheinlich (act. 32 S. 9). Weiter analysierte die Gutachterin das zur Beurteilung der Muskelqualität zu berücksichtigende Tangenzzeichen und kam zum Schluss, dass dieses trotz Retraktion negativ sei und somit keine relevante Atrophie der Supraspinatusmuskulatur vorliege (act. 32 S. 10). Sie hielt weiter fest, in den coronaren Schichten lasse sich eine Sehnenretraktion des Sehnenstummels graduieren. Die Retraktion der Supraspinatussehne sei gemäss Klassifikation von Patte eine Stadium II, der Sehnenstumpf liege auf Höhe des Humeruskopfes, zwischen Apex humeri und Genoidrand. Bei einer traumatischen Ruptur könnten sich die Sehnen sehr schnell retrahieren. Eine Retraktion Patte II schliesse eine kürzlich stattgehabte Ruptur gemäss den aktuellen Publikationen, auf die sie verweist, nicht aus. Zudem müsse festgehalten werden, dass das Tuberculum majus keine degenerativen ossären Veränderungen aufweise. Dies sei ein zusätzlicher Hinweis, dass die Ruptur kürzlich stattgehabt habe und keine chronische Situation vorliege (act. 32 S. 10 f.).

Weiter analysierte die Gutachterin auch die vorhandenen konventionellen Röntgenbilder. Insgesamt kam sie aufgrund der Bildgebung zum Schluss, radiologisch liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur vor. Die sich repetierende Beurteilung, dass ein massiver degenerativer Vorzustand vorliegen solle, könne bei eigener Beurteilung der Bilder nicht bestätigt werden (act. 32 S. 11).

Unter dem Titel Diskussion (act. 32 S. 11 f.) hielt Dr. E. _____ sodann fest, die Beurteilung der Bildgebung wiege bei der Kausalitätsbeurteilung einer Rotatorenmanschettenruptur schwer. Radiologisch liege hier mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur vor. Das Glenohumeralgelenk zeige weder konventionell radiologisch noch mr-tomografisch degenerative Veränderung. Das Gelenk sei harmonisch, gut zentriert, der Knorpel sei intakt. Der Critical shoulder angel sei in der Norm. Das AC-Gelenk sei arthrotisch verändert. Diese Arthrose zeige sich vor allem in einem deutlich verschmälerten Gelenkspalt und osteophytären Anbauten an der lateralen Clavicula. Die arthrotische Veränderung des AC-Gelenkes allein würde aber nicht als Argument taugen, dass eine degenerative Rotatorenmanschettenruptur vorliegen müsse. Die hier

vorliegende Arthrose habe mässige caudale Osteophyten und weder auf den konventionellen noch den mr-tomografischen Bildern könne ein Kontakt mit der Supraspinatussehne vermutet werden.

Im MRI-Bericht vom 29. Dezember 2020 werde festgehalten, dass der Musculus supraspinatus eine leichte Fettinvolution Goutallier II aufweisen würde. Der behandelnde Orthopäde habe festgehalten, dass allenfalls eine beginnende Atrophie bei noch negativen Tangenzzeichen vorliegen würde. Die Beurteilung des Radiologen, welche in allen weiteren ärztlichen Beurteilungen wiederholt werde, könne nach eigener Beurteilung der MRI-Bilder nicht nachvollzogen werden. Die Muskulatur des Supraspinatus des Exploranden habe zum Zeitpunkt der Bildgebung keine fettige Infiltration aufgewiesen. Die Muskulatur entspreche einem Goutallier Grad 0, maximal Grad 1. Was aber festgehalten werden könne, sei, dass in der T2 Gewichtung ein Muskelödem abgebildet werde, welches für eine frische traumatische Ruptur spreche.

Trotz des Alters des Exploranden und erhöhten Risiken bei Diabetes und Hypercholesterinämie sowie der fehlenden Beurteilbarkeit der funktionellen Schadensbildes bzw. des Schmerzverlaufes müsse bei dieser eindeutigen Bildgebung und gemäss Unfallmeldung geeignetem Unfallmechanismus festgehalten werden, dass hier mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur vorgelegen habe (act. 32 S. 12).

Doktor E. _____ setzte sich weiter mit den bei den Akten liegenden ärztlichen Einschätzungen auseinander. Sie hielt fest, in den Beurteilungen von Dr. G. _____ und Dr. H. _____ werde als Hauptargument die fettige Infiltration Grad II und die AC-Arthrose angeführt. Wie bereits ausgeführt, liege hier aber keine fettige Infiltration Grad II vor und das AC-Gelenk sei arthrotisch wohl verändert, was in der hier vorliegenden Art jedoch nicht als Ursache für eine degenerative Ruptur anzusehen sei (act. 32 S. 12). Weiter äussere Dr. C. _____, dass die bildgebend zeitnah erhobenen Befunde im MRI vom 29. Dezember 2020 an Deutlichkeit einer vorbestehenden degenerativen Ruptur der Supraspinatussehne bei AC-Gelenksarthrose nicht zu überbieten seien. Genau das Gegenteil sei jedoch der Fall. Es lägen keine radiologischen Zeichen vor, die auf eine degenerative Genese der Ruptur hindeuten würden. Das Glenohumeralgelenk sei nicht degenerativ verändert, die Muskulatur sei nicht fettig infiltriert, das Tangenzzeichen sei negativ, die Retraktion mit Patte II sei mässig und die AC-Gelenksarthrose sei nicht derart ausgeprägt, dass sie einen Konflikt mit der Supraspinatussehne hätte verursachen können. Das vorliegende Muskelödem werde von Dr. C. _____ zudem nicht beschrieben (act. 32 S. 12).

Im Gutachten von Dr. med. J._____, Facharzt orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (D._____) werde sodann ein degenerativer Vorzustand beschrieben und eine "acute on chronic" Beurteilung gefällt. Wie sie im Gutachten bereits zuvor ausgeführt habe, liege entgegen dem kein degenerativer Vorzustand vor (act. 32 S. 12).

Zusammenfassend hielt die Gutachterin zur Kausalität fest, dass das Unfallereignis vom 24. Oktober 2020 so, wie es in der Unfallmeldung beschrieben wurde, geeignet war, eine unfallkausale strukturelle Läsion der Rotatorenmanschette zu verursachen. Da weder eine Pseudoparalyse, noch eine Decrescendo oder Crescendo Symptomatik beschrieben seien, könne der dokumentierte Verlauf nicht zur Beurteilung der Kausalität herangezogen werden. Radiologisch werde hingegen eine traumatische Ruptur dargestellt. Somit liege trotz des Alters des Beschwerdeführers und der risikobehafteten Erkrankungen (Diabetes, Hypercholesterinämie) bei geeignetem Unfallmechanismus, zügiger Abklärung und eindeutiger Bildgebung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur vor (act. 32 S. 13).

9.

9.1 Das eingeholte Gerichtsgutachten vom 23. Mai 2024 entspricht ohne Weiteres den an eine beweistaugliche Expertise gestellten Anforderungen (vgl. vorne E. 3.5.1). Es ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der gesamten Vorakten (Anamnese, Befunde, Bildgebung) abgeben. Eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers war nicht zwingend angezeigt, da es um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden, durch die echtzeitlichen Berichte der behandelnden Ärzte mit Anamnese, Befund und Bildgebung dokumentierten Sachverhalts ging. Die von der Gutachterin vorgenommene Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ist zudem schlüssig und einleuchtend begründet. Daran vermögen die Vorbringen der Beschwerdegegnerin nichts zu ändern.

9.2 Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. C._____ vom 27. Juli 2024 (BG-act. 4) kritisierte die Beschwerdegegnerin das Gerichtsgutachten in verschiedenen Punkten. So wird bemängelt, die Gutachterin berücksichtige nur eine Variante der Unfallschilderung, hätte aber alle in den Akten geschilderten Versionen berücksichtigen müssen (act. 34 S. 2). Wie die Beschwerdegegnerin selbst im angefochtenen Entscheid, ging die Expertin von einem Unfallereignis aus, wie es in der Schadensmeldung beschrieben wurde und auch dem vorliegenden Urteil zu Grunde gelegt wird (vgl. vorne E. 5.1). Da die exakte Krafteinwirkung auf den rechten betroffenen Arm allerdings nicht rekonstruiert werden

könne, diskutiert die Gerichtsgutachterin die verschiedenen möglichen Mechanismen vor dem Hintergrund der gängigen Literatur (act. 32 S. 5). Die vorgebrachte Kritik ist somit unzutreffend.

Soweit die Beschwerdegegnerin die Vollständigkeit der Aktenlage, welche der Gutachterin vorlag in Zweifel ziehen will, gehen ihre Vorbringen ebenfalls ins Leere (act. 34 S. 2: fehlender Hinweis auf die bildgebende Abklärung vom 16. Dezember 2020 und keine Erwähnung der CD "Schulterstandardaufnahmen"). Aus dem Gutachten ist ohne Weiteres erkennbar, dass der Gutachterin sämtliche bildgebenden Untersuchungen vorlagen. So erwähnt sie – entgegen den Vorbringen der Beschwerdegegnerin – die bildgebende Untersuchung vom 26. Dezember 2020 (recte 16. Dezember 2020) "Schulter ap / Neer rechts" in ihrer Aktenzusammenfassung ausdrücklich (act. 32 S. 8), wobei der Verschieb im Datum bei Aktenkenntnis offensichtlich ist. Ebenso sind an derselben Stelle auch die weiteren Bildgebungen aufgeführt, welche der Gutachterin vorlagen, nämlich das Arthro MRI Schulter rechts vom 29. Dezember 2020 und das Röntgen "Schulter ap / Neer rechts" vom 14. Juli 2021. Die Gerichtsgutachterin verfügte somit über die gesamte aktenkundige Bildgebung und äusserte sich ausführlich dazu.

Auch die wenig substantiierte Kritik der Beschwerdegegnerin an der im Gerichtsgutachten sehr nachvollziehbar dargelegten Interpretation der Bildgebung lässt keine Zweifel aufkommen. Die Gerichtsgutachterin erklärt, bezugnehmend auf die verschiedenen Varianten der Gewichtung (T1, T2) von MRI-Bildern, ausführlich, weshalb sie zu einem von früheren Beurteilungen abweichenden Resultat kommt. Wohingegen Dr. C. _____, auf dessen Einschätzung sich die Beschwerdegegnerin stützt, dem Argument der verschieden gewichteten MRI-Aufnahmen schlicht keine Beachtung schenkt. Er kommentiert die Ausführungen der Gerichtsgutachterin zu Bild 2, in welchem sie aufgrund weisser Stellen ein Muskelödem erkannte, als nicht nachvollziehbar, da Flüssigkeitsansammlungen hypotens (dunkel) dargestellt würden (BG-act. 4). Dies irritiert, braucht es doch keine tiefgehenden medizinischen Recherchen, um Kenntnis davon zu haben, dass Flüssigkeit je nach Gewichtung der MRI-Aufnahmen auch weiss dargestellt werden kann. So ist im Pschyrembel zur Magnetresonanztomografie unter Technik zu lesen, Flüssigkeiten und pathologische Strukturen sind im T1-gewichteten Bild signalarm, im T2-gewichteten Bild dagegen signalreich (vgl. Pschyrembel - Klinisches Wörterbuch, 268. Aufl., Berlin 2020, S. 1064). Wobei signalreiche Strukturen hell dargestellt werden (vgl. zum Ganzen auch Alfred M. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Aufl., 2002, S. 226 ff. insb. Tabelle 13.1 S. 229).

Doktor E._____ stellt sehr ausführlich und nachvollziehbar begründet dar, weshalb sie auf den T2-gewichteten MRI-Bildern keine Fettinvolutionsen, sondern Flüssigkeitseinschlüsse (Ödeme) erkennt, welche eben nicht auf Degeneration, sondern auf eine traumatische Verletzung hindeuten. Was sie aus den MRI-Aufnahmen folgert, deckt sich zudem mit den Befunden des behandelnden Orthopäden Dr. B._____, der die MRI-Aufnahmen in Auftrag gegeben hatte. Auch er erhob – im Gegensatz zum Radiologen (UV-act. 3/5) – gestützt auf die MRI-Bilder keine fettige Involution (UV-act. 3/2). Soweit die versicherungsinternen Mediziner solche erwähnen, scheint es, dass sie schlicht auf die Beurteilung des Radiologen abstellten, welche gemäss Gerichtsgutachten nicht vollends zutreffend ist.

Weiter diskutiert die Gerichtsgutachterin den Beschwerdeverlauf anhand der klinischen Befunde der behandelnden Ärzte ausreichend und kommt nachvollziehbar zum Schluss, anhand von Anamnese und Befunden könne keine schlüssige, überwiegend wahrscheinliche Beurteilung der Unfallkausalität der Ruptur gemacht werden (act. 32 S. 7). Da weder eine Pseudoparalyse (die gemäss Schultertraumacheck nicht zwingend vorzuliegen habe) noch eine Decrescendo oder Crescendo Symptomatik beschrieben werde, könne der dokumentierte Verlauf nicht zur Beurteilung der Kausalität herangezogen werden (act. 32 S. 13). In dieser Einschätzung der Gerichtsgutachterin bezüglich des Verlaufs der Symptomatik ist entgegen dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin (act. 34 Ziff. 10) keine Aktenwidrigkeit zu erkennen. Die Beschwerdegegnerin erachtete es als nicht schlüssig, wenn eine traumatische Verletzung bejaht würde, zuvor aber festgehalten werde, die dokumentierte Anamnese und die klinischen Befunde liessen keine schlüssige Beurteilung der Unfallkausalität der Ruptur zu. Dem ist zu widersprechen. Aus dem Gerichtsgutachten geht im Gesamtkontext nachvollziehbar hervor, dass Anamnese und klinische Befunde zwar kein eindeutiges Bild zeigten, dies für die Gutachterin aber aufgrund der ausreichend klaren Bildgebung vernachlässigbar war. Für sie ergab sich bereits aus der Bildgebung allein, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Ruptur der Rotatorenmanschette vorliegen musste. Auch der Vorwurf, die Gutachterin ziehe unzulässige post hoc ergo propter hoc Schlüsse, trifft nach dem Gesagten nicht zu.

Letztlich kritisierte die Beschwerdegegnerin, dass die Gutachterin als nicht Radiologin die fachärztliche Beurteilung von Dr. I._____ in Frage stelle, ohne diesen oder einen anderen Radiologen beizuziehen, obwohl für sie die Beurteilung der Bildgebung bei der Kausalitätsbeurteilung einer Rotatorenmanschettenruptur schwer einschätzbar sei (act. 34 Ziff. 6). Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist ohne Weiteres davon auszugehen, dass die Gerichtsgutachterin als erfahrene Orthopädin im Bereich Schulter- und Ellenbo-

gen über ausreichende Fachkompetenz zur Interpretation entsprechender MRI-Bildgebung verfügt. Mithin gehört der Erwerb von Kenntnissen bezüglich Kenntnis, Interpretation und kritischer Gewichtung der klinischen und technisch-apparativen diagnostischen Verfahren in der orthopädischen Chirurgie und Traumatologie zu den zwingenden Inhalten der orthopädischen Facharztausbildung (vgl. SWIF, Fachärztin oder Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2022, Ziff. 3.2.4, abrufbar unter <https://www.siwf.ch/weiterbildung/facharzt-titel-und-schwerpunkte/orthopaedische-chirurgie-traum.cfm>). Zudem lässt die gestützt auf Dr. C. _____ vorgebrachte Kritik, wie oben ausgeführt, keine auch nur geringen Zweifel an der Einschätzung der Gerichtsgutachterin aufkommen.

9.3 Insgesamt vermag die Gerichtsexpertise vollumfänglich zu überzeugen. Sie verfügt über die notwendige fachliche Tiefe, wurde aufgrund einer umfassenden Kenntnis der medizinischen Akten, insbesondere der vorhanden bildgebenden Untersuchungen, erstellt und ist in sich schlüssig. Es bestehen damit weder Widersprüche noch andere Unstimmigkeiten, die ein Abweichen von der Gerichtsexpertise rechtfertigen würden (vgl. E. 3.5.4), weshalb vorliegend vollumfänglich darauf abzustellen ist.

10. Gestützt auf das Gerichtsgutachten ist somit davon auszugehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine traumatische Rotatorenmanschettenruptur vorlag (act. 32 S. 13), welche über den 20. Dezember 2020 hinaus behandlungsbedürftig war, wobei insbesondere die am 25. Januar 2021 erfolgte operative Behandlung der Rupturen des Supraspinatus und teilweise des Infraspinatus gemäss dem Gerichtsgutachten auf den Unfall zurückzuführen waren (act. 32 S. 14). Damit war eine namhafte Besserung der unfallkausalen Schulterbeschwerden Ende Dezember 2020 offensichtlich noch möglich und zu erwarten. Ein Endzustand in Bezug auf die unfallkausalen Folgen an der Schulter war noch nicht erreicht. Folglich erfolgte der mit Einspracheentscheid rückwirkend verfügte Fallabschluss per 20. Dezember 2020 verfrüht (vgl. vorne E. 3.3) und die Beschwerdegegnerin hat über diesen Zeitpunkt hinaus für die Behandlung der entsprechenden Schulterproblematik aufzukommen.

Somit ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde vollumfänglich gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 4. November 2021 sowie die Verfügung vom 4. Februar 2021 sind aufzuheben. Weiter ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer über den 20. Dezember 2020 hinaus Anspruch auf Leistungen nach UVG hat.

11.

11.1 Bei sozialversicherungsrechtlichen Streitigkeiten über Leistungen ist das Verfahren kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG). Eine solche Kostenpflicht ist im Bereich der Unfallversicherung nicht vorgesehen, somit ist das Verfahren für die Parteien kostenlos, es darf keine Spruchgebühr erhoben werden.

11.2 Zur Frage nach der Kostentragung des orthopädischen Gerichtsgutachtens ist festzuhalten, dass die gerichtlichen Abklärungskosten der Verwaltung auferlegt werden können, wenn ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4). Dies ist unter anderem dann der Fall, 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; 139 V 496 E. 4.4 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung holt die kantonale Beschwerdeinstanz in der Regel ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

Nach Einsicht in die Rechtsschriften der Parteien sowie die medizinischen Vorakten gelangte das Gericht zur Auffassung, dass ein orthopädisches Gutachten einzuholen ist, da Zweifel an den von der Beschwerdegegnerin eingeholten ärztlichen Einschätzungen bestanden (E. 7.3). Die Gerichtsgutachterin kam in schlüssiger Weise zu einer von jener des Aktengutachters der Beschwerdegegnerin abweichenden Einschätzung. Entsprechend konnte vorliegend auf die als versicherungsintern zu qualifizierenden Aktenbeurteilungen von Dr. C. _____ nicht abgestellt werden. Damit sind die rechtsprechungsgemässen Anforderungen erfüllt, welche es rechtfertigen, der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten zu überbinden. Doktor E. _____ stellte dem Gericht für ihre Expertise vom 23. Mai 2024 Fr. 5'250.– in Rechnung (act. 31). Die Beschwerdegegnerin ist entsprechend zu verpflichten, dem Gericht die Auslagen für das Gerichtsgutachten im Umfang von Fr. 5'250.– zu ersetzen.

12.

12.1 Die obsiegende beschwerdeführende Partei hat nach Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, welche vom Versicherungsgericht ohne Rücksicht auf den

Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden.

Der Beschwerdeführer obsiegt in casu vollumfänglich, so dass ihm eine angemessene Parteientschädigung zum Ersatz der anwaltlichen Vertretungskosten zusteht.

Nach der Praxis des Verwaltungsgerichts rechtfertigt es sich in der vorliegenden Streitigkeit von durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad, gestützt auf den geschätzten, aktenmässig ausgewiesenen Aufwand bei einem durchgeführten dreifachen Schriftenwechsel sowie der Einholung eines Gerichtsgutachtens, eine Parteientschädigung von ermessensweise Fr. 3'900.– (inkl. Auslagen und MwSt.) zuzuerkennen. Diese ist von der unterliegenden Beschwerdegegnerin zu tragen.

12.2 Unter dem Titel Parteientschädigung sind auch die notwendigen Kosten privat eingeholter Berichte bzw. Gutachten zu vergüten, soweit diese für die Entscheidungsfindung unerlässlich waren (Art. 45 Abs. 1 ATSG; BGE 115 V 62 E. 5c; BGer 8C_11/2022 vom 18. März 2022 E. 12). Der Beschwerdeführer verlangt die Erstattung von Kosten in der Höhe von Fr. 1'250.– für das von ihm im vorliegenden Verfahren eingeholte Privatgutachten der D. _____ GmbH (act. 10). Den Ausführungen im Privatgutachten kommt vorliegend für die Entscheidungsfindung keine massgebende Bedeutung zu, so war es weder ausschlaggebend für die Einholung des vom Beschwerdeführer bereits zuvor beantragten Gerichtsgutachten oder eine notwendige Grundlage für dieses, noch konnte das Verwaltungsgericht für die vorliegende Beurteilung darauf abstellen. Dementsprechend besteht kein Anspruch auf die Vergütung der Kosten des Privatgutachten und der Antrag auf deren Überbindung ist abzuweisen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und in Aufhebung des Einspracheentscheids vom 4. November 2021 sowie der Verfügung vom 4. Februar 2021 festgestellt, dass der Beschwerdeführer für die Folgen des Ereignisses vom 24. Oktober 2020 über den 20. Dezember 2020 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.
2. Es wird keine Spruchgebühr erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten der gerichtlichen Begutachtung in der Höhe von Fr. 5'250.– zu erstatten.
4. Dem Beschwerdeführer wird zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung im Betrage von Fr. 3'900.– (inklusive Auslagen und Mehrwertsteuer) zugesprochen.
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
6. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an den Rechtsvertreter der Beschwerdegegnerin (im Doppel) und das Bundesamt für Gesundheit, Bern sowie (im Dispositiv, zum Vollzug von dessen Ziff. 3) an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 18. Juli 2025

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am