



Urteil vom 22. Juni 2026

mitgeteilt am 26. Juni 2026

Referenz	SV2 25 70
Instanz	Zweite sozialversicherungsrechtliche Kammer
Besetzung	von Salis, Vorsitz Bäder Federspiel und Pedretti Zanolari Hasse, Aktuarin
Parteien	A._____ Beschwerdeführer vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Diane Günthart gegen B._____ AG Beschwerdegegnerin
Gegenstand	Versicherungsleistungen nach UVG

Sachverhalt

A. A._____, Jahrgang 1970, war bei der C._____ SA in einem Vollzeitpensum als Hausmeister angestellt und in dieser Eigenschaft bei der B._____ AG (nachfolgend: B._____) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert. Gemäss Unfallmeldung vom 13. Dezember 2022 rutschte A._____ am 4. Dezember 2022 vor einer Pizzeria auf rutschigem Untergrund aus, stürzte die Treppe hinunter und verletzte sich an der linken Schulter.

B. Die Erstbehandlung erfolgte am 4. Dezember 2022 und die diagnostizierte Ruptur der akromioklavikulären Bänder bei AC-Gelenksprengung Tossy III links wurde notfallmässig zunächst mit einem Gilchristverband versorgt. Während des stationären Aufenthalts vom 6. Dezember 2022 bis 9. Dezember 2022 im Spital H._____ erfolgte operativ eine temporäre Arthrodesse des AC-Gelenks links mittels Hakenplatte.

C. Trotz anfänglich zufriedenstellendem postoperativem Verlauf persistierten Bewegungseinschränkungen. Eine Magnetresonanztomografie (nachfolgend: MRI) der linken Schulter vom 9. März 2023 zeigte *"klare Anzeichen einer postoperativen/posttraumatischen Frozen shoulder mit massiver Verdickung der inferioren Kapsel"*. Am 14. April 2023 erfolgte die operative Entfernung der Hakenplatte. Ein MRI der Halswirbelsäule (nachfolgend: HWS) vom 28. April 2023 zeigte eine aktivierte Facettengelenksarthrose C4/C5 rechts, eine mehrsegmentale Osteochondrose und Unkovertebralarthrosen, osteodiskale neuroforaminale Stenosen Punctum maximum C5/C6 und C6/7 rechts betont mit potenzieller Kompression der Nervenwurzeln C6 und C7 rechts, möglicherweise auch C6 links, und es wurde ein chronisches, immer wieder akut exazerbierendes zervikoradikuläres und zervikovertebrogenes Schmerzsyndrom diagnostiziert. Anlässlich einer neurochirurgischen Beurteilung vom 16. August 2023 wurde die Diagnose einer chronischen posttraumatischen Schmerzsymptomatik des gesamten Schultergürtels mit sekundären panvertebralen Beschwerden gestellt. Die behandelnden Ärzte hielten eine stationäre Rehabilitation für indiziert.

D. Mit formlosem Schreiben vom 27. Oktober 2023 stellte die B._____ ihre Leistungen per 31. Oktober 2023 ein. Sie stellte dabei auf die versicherungsmedizinische Aktenbeurteilung des beratenden Arztes Dr. med. D._____, FMH Chirurgie, Speziell Unfallchirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 25. Oktober 2023 ab.

E. Gegen die Leistungseinstellung erhob A._____ am 28. November 2023 Einwand und ersuchte um Weiterausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Er machte im Wesentlichen geltend, die seit der Operation entwickelte und andauernde Frozen shoulder sei überwiegend wahrscheinlich unfallkausal, und reichte dazu einen ärztlichen Bericht von Dr. med. E._____, Oberärztin mbF, Schmerzklinik F._____ (nachfolgend: F._____), vom 14. November 2023 ein.

F. Diese Stellungnahme legte die B._____ ihrem beratenden Arzt Dr. med. D._____ vor, der in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 7. Dezember 2023 an seiner bisherigen Beurteilung festhielt.

G. Mit Verfügung vom 19. Dezember 2023 bestätigte die B._____ vollumfänglich ihre Ablehnung vom 27. Oktober 2023 und verfügte die Einstellung sämtlicher Leistungen per 31. Oktober 2023.

H. Am 4. Januar 2024 erhob A._____ gegen die Verfügung vom 19. Dezember 2023 Einsprache. Er beantragte die Gewährung der gesetzlichen Leistungen über den 31. Oktober 2023 hinaus. Eventualiter sei ein orthopädisches Gutachten einzuholen und hernach über die Leistungen neu zu entscheiden. Im Wesentlichen machte er geltend, der Endzustand könne aufgrund der mangelhaften Dokumentation über die klinischen Befunde nicht als erreicht betrachtet werden. Dem neusten ärztlichen Bericht vom 14. November 2023 sei zu entnehmen, dass die Hauptbeschwerden im Bereich der Schulter anzusiedeln seien. Die HWS-Problematisierung – welche unbestrittenermassen unfallfremd sei – sei zweitrangig. Das Hauptproblem fokussiere auf die schlechte Beweglichkeit der linken Schulter und der aufgrund dessen entstehenden Fehlbelastung mit zunehmenden Beschwerden, was zweifelsohne unfallkausal sei. Die medizinische Beurteilung von Dr. med. D._____ sei in diesem Zusammenhang weder schlüssig noch nachvollziehbar und befasse sich ausschliesslich mit der Frage der stationären Rehabilitation.

I. Mit Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2025 wies die B._____ die Einsprache ab und wies darauf hin, dass sie im Rahmen des Einspracheverfahrens ihren beratenden Arzt Dr. med. G._____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, konsultiert habe. Dessen Aktenbeurteilung vom 9. Oktober 2025 zufolge sei das linke Schultergelenk beim Treppensturz vom 4. Dezember 2022 möglicherweise kontusioniert worden, was durch die initial festgestellte Prellmarke belegt sei. Die Folgen einer Kontusion würden gemäss medizinischer Erfahrungstatsache in der Regel nach wenigen Tagen bzw. Wochen abheilen. Eine umfassende Untersuchung des linken Schultergelenks sei zeitnah zum

Sturzereignis vom 4. Dezember 2022 nicht durchgeführt worden und auch anlässlich der operativen Versorgung vom 6. Dezember 2022 seien keine Kontusionsfolgen beschrieben worden, sodass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden müsse, dass diese klinisch nicht relevant bzw. schnell abgeheilt gewesen seien. Dr. med. G._____ bestätigte eine suffizient behandelte AC-Gelenkluxation, was bereits Dr. med. D._____ zuvor festgestellt habe, nämlich dass die AC-Gelenk-Verletzung lege artis versorgt und stabilisiert worden sei. Die darüber hinaus beklagte Beschwerdesymptomatik lasse sich auf dieser Grundlage nicht mit einer unfallkausalen strukturellen Schädigung erklären. Die B._____ schloss mit Hinweis auf die Stellungnahmen von Dr. med. D._____ und Dr. med. G._____, es sei hinreichend erstellt, dass die beklagten linksseitigen Schulterbeschwerden sowie die Pathologie an der Wirbelsäule mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht auf das Sturzereignis vom 4. Dezember 2022 zurückzuführen seien. Der B._____ zufolge habe die unfallkausale Verletzung, namentlich die AC-Gelenkluxation Tossy III mit Ruptur der akromioklavikulären Bänder, lege artis behoben werden können und sei spätestens am 14. April 2023 nach Entfernung der Hakenplatte abgeheilt. Die von A._____ nach dem 14. April 2023 beklagten Beschwerden seien folglich nicht mehr durch die AC-Gelenkverletzung erklärbar. Bei dieser Sachlage dürfe die Adäquanzfrage geprüft werden, welche vorliegend zu verneinen sei. Auf die Abnahme weiterer Beweise werde verzichtet.

J. Dagegen erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 17. November 2025 Beschwerde an das Obergericht des Kantons Graubünden. Er beantragte, der Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2025 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen; eventualiter sei die Sache an die B._____ zwecks Einholung eines externen fachärztlichen Gutachtens zurückzuweisen, damit sie hernach nochmals über seine gesetzlichen Ansprüche entscheide. Begründend führte er im Wesentlichen an, es sei im Zusammenhang mit der linken Schulter kein Endzustand erreicht. Indes liege mindestens eine Teilkausalität zwischen der operativen Versorgung der Ereignisfolgen mittels Hakenplattenosteosynthese und der entwickelten Frozen shoulder (adhäsive Kapsulitis) vor, weshalb die Leistungseinstellung zu früh erfolgt sei. Im Übrigen sei ihm die medizinische Beurteilung von Dr. med. G._____ vor Erlass des Einspracheentscheids nicht zur Stellungnahme eröffnet worden, weshalb der Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt sei.

K. In ihrer Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2026 schloss die B._____ (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) auf Abweisung der Beschwerde. Sie verwies

zur Begründung vollumfänglich auf die Erwägungen des angefochtenen Einspracheentscheids und vertiefte ihre darin gemachten Ausführungen anhand der beschwerdeführerischen Vorbringen. Die Beschwerdegegnerin machte im Wesentlichen geltend, sie habe die Frozen shoulder nie als unfallkausal anerkannt und es habe hierfür auch nie eine Leistungsanerkennung gegeben.

Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften, den angefochtenen Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2025 sowie die übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 22. Oktober 2025 (act. B.1 [= UV-act. A58; in der Folge nicht mehr zitiert]). Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer ist im Kanton Graubünden wohnhaft, womit die örtliche Zuständigkeit des Obergerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche und funktionelle Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids, mit dem die Beschwerdegegnerin seine Einsprache abwies, ist er von diesem berührt, und er weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung auf (Art. 59 ATSG). Seine Beschwerdelegitimation ist daher zu bejahen, und auf die im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 1 sowie Art. 61 lit. b ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

2. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die natürliche Kausalität zwischen den beklagten linksseitigen Schulterbeschwerden und dem Ereignis vom 4. Dezember 2022 verneint und ihre Leistungen per 31. Oktober 2023 aufgrund weggefallener Unfallkausalität eingestellt hat.

3.1. Nach Art. 6 Abs. 1 UVG werden Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Zudem hat er Anspruch auf ein Taggeld, wenn er infolge eines Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig i.S.v. Art. 6 ATSG ist (Art. 16 Abs. 1 UVG).

3.2. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Die Leistungspflicht des obligatorischen Unfallversicherers erstreckt sich auch auf mittelbare bzw. indirekte Unfallfolgen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihr resp. ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BGE 147 V 161 E. 3.2, 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1).

3.3. Entsprechend dem Grundsatz, dass eine Leistungspflicht des Unfallversicherers bereits dann gegeben ist, wenn der Unfall nur eine Teilursache eines Gesundheitsschadens bildet, hat der Unfallversicherer dort, wo durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest wird, so lange Leistungen zu erbringen, bis der Gesundheitsschaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 147 V 161 E. 3.3 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_379/2023 vom 9. Januar 2024 E. 2.2.3, 8C_179/2023 vom 20. Oktober 2023 E. 4.1). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls

genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 mit Hinweisen). Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, ob diese also dahingefallen sind. Ebenso wenig muss der Unfallversicherer den negativen Beweis erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (BGE 150 V 188 E. 4.2, 147 V 161 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_379/2023 vom 9. Januar 2024 E. 2.2.3, 8C_727/2022 vom 16. März 2023 E. 3.2.4, 8C_734/2021 vom 8. Juli 2022 E. 2.2.2). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2016 vom 10. August 2016 E. 2.4).

3.4. 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 handelt es sich nach der Rechtsprechung um eine richtunggebende Verschlimmerung (Urteile des Bundesgerichts 8C_7/2022 vom 22. April 2022 E. 5.1, 8C_421/2018 vom 28. August 2018 E. 3.2 und 8C_781/2017 vom 21. September 2018 E. 5.1). Solange der Status quo sine vel ante nicht erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen (Urteile des Bundesgerichts 8C_781/2017 vom 21. September 2018 E. 5.1 und 8C_421/2018 vom 28. August 2018 E. 3.2). Wird hingegen durch einen Unfall ein klinisch stummer krankhafter Vorzustand aktiviert, wäre aber zu dessen Aktivierung nicht unbedingt ein Unfallereignis notwendig gewesen, so spricht das Bundesgericht von einer blossen Gelegenheits- oder Zufallsursache des Gesundheitszustands, die keine Leistungspflicht der Unfallversicherung nach sich zieht (Urteile des Bundesgerichts 8C_206/2022 vom 14. Juli 2022 E. 2.3, 8C_287/2020 vom 27. April 2021 E. 3.1 und 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 4). Nach der Rechtsprechung gehören zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte

Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts *Conditio sine qua non* war. In diesem Sinne, wenn das aus der potentiellen pathogenen Gesamtursache resultierende Risiko zuvor nicht dermassen gegenwärtig war, dass der auslösende Faktor gleichsam beliebig und austauschbar erschiene, kommt einem Ereignis der Charakter einer anspruchsbegründenden Teilursache zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_446/2024 vom 25. Juli 2025 E. 4.2.2 m.w.H.).

3.5. Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Urteile des Bundesgerichts 8C_410/2022 vom 23. Dezember 2022 E. 4.2, 8C_80/2021 vom 7. Juli 2021 E. 2.2, 8C_548/2019 vom 10. Januar 2020 E. 3.2).

4. Zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts liegen im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen vor:

4.1. Aus dem ambulanten Bericht des Spitals H._____ vom 4. Dezember 2022 geht hervor, dass anlässlich der notfallmässigen Erstbehandlung nach dem Sturz auf der Treppe (in alkoholisiertem Zustand) an der linken Schulter unter anderem eine Prellmarke (oberflächliche Abschürfung) und eine Fehlstellung des AC-Gelenks befundet worden ist. Die diagnostizierte Ruptur der akromioklavikulären Bänder bei AC-Gelenksprengung Tossy III links wurde vorerst mit einem Gilchristverband versorgt (vgl. UV-act. M25).

4.2. Dem Austrittsbericht der chirurgischen Abteilung am Spital H._____ vom 28. Dezember 2022 über die Hospitalisation vom 6. Dezember 2022 bis zum 9. Dezember 2022 ist nebst einer chronischen Bronchitis und einem Situs inversus die folgende Diagnose zu entnehmen: Ruptur der akromioklavikulären Bänder bei AC-Gelenksprengung Tossy III links. Aufgrund dessen sei am 6. Dezember 2022 operativ eine temporäre Arthrodesse mit Hakenplatte erfolgt (vgl. dazu auch den Operationsbericht vom 28. Dezember 2022 von prakt. med. I._____ [UV-act. M3]). Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 5. Dezember 2022 bis zum 20. Dezember 2022 attestiert und Physiotherapie verordnet (vgl. UV-act. M2).

4.3. Dem Verlaufsbericht vom 27. Dezember 2022 von Dr. med. J._____, Spital H._____, ist eine ungeplante Vorstellung auf dem Notfall zu entnehmen, anlässlich welcher von vermehrter Schwellung über der linken Schulter nach einer Hustenattacke berichtet werde. Der behandelnde Arzt befundete klinisch eine Druckdolenz über dem AC-Gelenk. Eine Röntgenaufnahme der Clavicula zeigte

keine Veränderung zur Voraufnahme, eine gute Stellung der Implantate sowie keine Fraktur (vgl. UV-act. M25).

4.4. Aus dem ärztlichen Bericht der Hausärztin Dr. med. K._____ vom 15. Februar 2023 geht hervor, dass der postoperative Verlauf zufriedenstellend gewesen sei. Gleichwohl würden trotz Physiotherapie langsame Fortschritte gemacht. Eine Abduktion mit 80° sei möglich, der Schürzengriff sei nicht möglich und es sei noch nicht möglich, Dinge zu heben. Nach der Physiotherapie würden verstärkt Muskelverspannungen mit Schmerzen auftreten und es sei aufgrund der noch bestehenden Defizite eine Wassertherapie verordnet worden (vgl. UV-act. M5).

4.5. Der Radiologe Dr. med. L._____, M._____, befundete mit MRI vom 9. März 2023 was folgt: *"Zustand nach AC-Rekonstruktion mittels Haken-Platte mit MR-tomographisch unauffälliger postoperativer Stellung. Flüssigkeitsmarkierung der subacromialen Bursa. Die Supraspinatussehne zeigt einen kleinen gelenksseitigen, fraglich gering durchgreifenden Einriss im posterioren Randbereich. Die übrige Rotatorenmanschette ist intakt, keine Muskelatrophie. Vermehrte Ödematisierung der Gelenkkapsel im Bereich des inferioren Recessus und auch im Bereich des Rotatorenintervalles als Hinweis auf eine Kapsulitis."* (vgl. UV-act. M16).

4.6. Dr. med. N._____, Chefarzt Orthopädische Chirurgie M._____, diagnostizierte am 9. März 2023 eine posttraumatische/postoperative Frozen shoulder links und berichtete in seinem medizinischen Rapport, dass gemäss den Angaben des Beschwerdeführers seit dem operativen Eingriff Schmerzen persistieren würden, vor allem in Ruhe und nachts sowie bei der Mobilisation der linken Schulter. Es zeige sich (unter Hinweis auf das MRI vom 9. März 2023) radiologisch eine in situ liegende Claviculaplatte mit guter Reposition des AC-Gelenks. Klinisch bestehe eine vollständige Aufhebung der Aussenrotation passiv; die Flexion gelinge bis knapp 80°, die Abduktion bis 60°. Es zeigten sich klare Anzeichen einer postoperativen/posttraumatischen Frozen shoulder mit massiver Verdickung der inferioren Kapsel. Es sei eine intraartikuläre Infiltration mit Corticosteroiden empfohlen und durchgeführt worden (vgl. UV-act. M11).

4.7. Gemäss dem Operationsbericht vom 14. April 2023 von Dr. med. N._____ erfolgte am selbigen Tag die operative Entfernung der Hakenplatte der Clavicula links (vgl. UV-act. M7).

4.8. Das MRI der HWS des Radiologen Dr. med. O._____, M._____, vom 28. April 2023 zeigte eine aktivierte Facettengelenkarthrose C4/C5 rechts, eine

mehrsegmentale Osteochondrose und Unkovertebralarthrosen, osteodiskale neuroforaminale Stenosen Punctum maximum C5/C6 und C6/7 rechts betont mit potenzieller Kompression der Nervenwurzeln C6 und C7 rechts, möglicherweise auch C6 links (vgl. UV-act. M18).

4.9. In seinem medizinischen Bericht vom 11. Mai 2023 stellte Dr. med. P._____, Leitender Arzt Anästhesie FMH, Interventionelle Schmerztherapie SSIPM, M._____, die Diagnose eines subakuten, zervikoradikulären Schmerzsyndroms mit/bei *"MRI HWS 28.04.2023: Osteodiskale neuroforaminale Stenosen C5/6, C6/7 rechtsbetont mit potentieller Kompression Nervenwurzel C6, C7 rechts, möglicherweise auch C6 links, aktivierte Facettengelenksarthrose C4/5 rechts; St. n. offener Reposition und Plattenosteosynthese mit Hakenplatte laterale Clavicula links bei AC-Luxation 12/2022 (Spital U._____) ; St. n. Entfernung Hakenplatte Clavicula links 04/2023; Entwicklung einer Frozen shoulder links postoperativ nach der Reposition der AC-Gelenksluxation"*. Er stellte anamnestisch fest, dass sich eine deutliche Einschränkung durch die Frozen shoulder zeige. Zusätzlich werde die ganze Symptomatik aber wohl durch ein cervicoradikuläres Schmerzsyndrom verstärkt. Der behandelnde Arzt berichtete von einer gleichentags durchgeführten therapeutische Periduralinfiltration (vgl. UV-act. M15).

4.10. Dr. med. P._____ berichtete in seinem medizinischen Bericht vom 19. Juni 2023, dass es nach der therapeutischen Periduralinfiltration vom 11. Mai 2023 zu einer leichten Regredienz der Schulterbeschwerden sowie auch des zervikalen Schmerzsyndroms gekommen sei. Die Beschwerdesituation bleibe ausgeprägt und es komme zu einer starken Schonhaltung mit Rotation zur rechten Seite. Klinisch sei auch die Muskulatur im tieflumbalen Bereich stark verhärtet. Weiter wird von einer zweiten therapeutischen Periduralinfiltration vom 16. Juni 2023 berichtet (vgl. UV-act. M13).

4.11. Dr. med. P._____ ergänzte in seinem Arztbericht vom 4. August 2023 die gestellte Diagnose mit einem zervikovertebrogenen Schmerzsyndrom sowie *"St. n. zweimaliger therapeutischer Periduralinfiltration zervikal mit wenig analgetischem Effekt"* und berichtete von einer am 3. August 2023 durchgeführten Facettengelenksinfiltration auf Höhe C4/5 rechts (vgl. UV-act. M12).

4.12. In seinem ärztlichen Bericht vom 4. August 2023 berichtete Dr. med. N._____ von einer sukzessiven Besserung der Schulter. Die Mobilität sei weiterhin deutlich eingeschränkt. Die Schmerzen, welche durch die Platte ausgelöst worden seien, seien vollständig regredient und es zeige sich diesbezüglich ein positiver

Verlauf. Es werde weiterhin Physiotherapie empfohlen und es sei der weitere Verlauf abzuwarten (vgl. UV-act. M14).

4.13. Anlässlich einer neurochirurgischen Beurteilung vom 16. August 2023 stellte Dr. med. Q._____, Facharzt Neurochirurgie FMH, M._____, die Diagnose einer chronischen posttraumatischen Schmerzsymptomatik des gesamten Schultergürtels mit sekundären panvertebralen Beschwerden, eine moderate Facettengelenksarthrose C4/5 sowie beginnende Osteochondrosen C5/6 und C6/7 (vgl. UV-act. M20). Dr. med. Q._____ befundete eine HWS im Lot mit eingesteifter Rotation beidseits sowie eine blockierte Reklination und Inklinasion ab dem zweiten Drittel. Weiter befundete er, dass keine motorischen Ausfälle objektivierbar seien, allerdings bestehendes giving-way des linken Armes, sowie eine Dysästhesie im linken Unterarm. Der Neurochirurg führte in seiner Beurteilung aus, bildgebend zeigten sich im MRI der HWS beginnende degenerative Veränderungen, welche die anhaltende Schmerzsymptomatik nicht erklärten. Vordergründig bestehe eine sekundäre Myogelose, möglicherweise auch im Rahmen einer Schmerzausweitung. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfallereignis (vgl. UV-act. M20).

4.14. In seinem Gesuch um Kostengutsprache für einen stationären Aufenthalt vom 1. September 2023 wies Dr. med. P._____ die gestellten Diagnosen des chronischen Schmerzsyndroms in der Schulter linksseitig mit weiterhin bestehender postoperativer/posttraumatischer Frozen shoulder links sowie des chronischen, immer wieder akut exazerbierenden zervikoradikulären und zervikovertebrogenen Schmerzsyndroms aus und ergänzte, dass eine psychosoziale Belastungssituation aufgrund des gekündigten Arbeitsverhältnisses vorliege. Gemäss der Beurteilung des behandelnden Arztes sei der Beschwerdeführer seit der AC-Gelenksluxation vom 4. Dezember 2022 stark beeinträchtigt. Die Symptomkomplexe der Schulterproblematik linksseitig sowie der stark exazerbierten HWS-Problematik würden sich gegenseitig stark beeinflussen. Sämtliche behandelnden Ärzte würden eine klare Indikation für eine stationäre Rehabilitation im Sinne einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie erkennen (vgl. UV-act. M19).

5. Vorliegend stützt sich die Beschwerdegegnerin für die Einstellung ihrer Leistungspflicht auf die Beurteilungen ihres beratenden Arztes Dr. med. D._____, FMH Chirurgie, Speziell Unfallchirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 25. Oktober 2023 (UV-act. M22) und 7. Dezember 2023 (UV-act. M24) resp. in ihrem Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2025 auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von Dr. med. G._____, Facharzt

Physikalische Medizin und Rehabilitation, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 9. Oktober 2025 (UV-act. M33) ab.

5.1. In seiner versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilung vom 25. Oktober 2023 bemerkte Dr. med. D._____ hinsichtlich der Diagnosen, dass die AC-Gelenksluxation links Tossy III ereigniskausal und die Frozen shoulder möglicherweise ereigniskausal sei und dass ein subakutes zervicoradikuläres Schmerzsyndrom links mehr als rechts vorliege. Der beratende Arzt führte weiter aus, die *"beklagten Beschwerden/objektiven Befunde"* stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis. Die beklagten Schulterbeschwerden links seien überwiegend wahrscheinlich auf die AC-Gelenksluxation mit konsekutiver Schonhaltung der Schulter links zurückzuführen. Betreffend das Schultergelenk selbst bestehe ein Vorzustand hinsichtlich der gelenknahen Rotatorenmanschettenläsion, welche im Rahmen der Degeneration beurteilt werden müsse. Diese habe sich im Verlauf zunehmend gebessert. Die Frozen shoulder sei nur möglicherweise posttraumatisch und ereigniskausal. Die HWS-Beschwerden bzw. die zervikobrachialen Beschwerden seien nicht ereigniskausal und zu mehr als 50 % im Rahmen der im MRT zur Darstellung kommenden degenerativen Vorzustände bedingt. Sie seien rechtsbetont und hauptsächlich für die Beschwerden des Patienten verantwortlich. Die Gesundheit des Beschwerdeführers sei schon vor dem Ereignis beeinträchtigt gewesen. Einerseits aufgrund einer degenerativen Veränderung der Halswirbelsäule mit dadurch ausgelöstem Zervikobrachialsyndrom bzw. chronifiziertem Schmerzsyndrom des Schultergürtels. Andererseits seien betreffend die Frozen shoulder strukturell keine posttraumatischen Verletzungen der Schulter bildgebend dokumentiert. Das Ereignis habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zur Verschlimmerung des Vorzustandes geführt. Die HWS-Beschwerden seien primär nicht im Vordergrund gestanden und seien erst im späteren Verlauf aufgetreten. Eine Verschlimmerung hätte sofort diese Beschwerden verursachen müssen. Schliesslich bemerkte Dr. med. D._____, die Rehabilitation sei aufgrund der paravertebralen Rückenbeschwerden indiziert. Betreffend die Schulter links gäbe es aufgrund des entfernten Osteosynthesematerials und der stabilen Schultereckgelenksverhältnisse keinen Grund, der eine weitere ereigniskausale Beschwerdeproblematik erklären würde (vgl. UV-act. M22).

5.2.1. Aus dem mit der anwaltlichen Stellungnahme vom 28. November 2023 (vgl. UV-act. A28) eingereichten ärztlichen Bericht vom 14. November 2023 von Dr. med. E._____, Oberärztin mbF, Schmerzklinik F._____, geht anamnestisch hervor, die

Schmerzproblematik bestehe im Bereich der linken Schulter, ausstrahlend bis zum Ellbogen. Weiter beurteilt Dr. med. E._____, dass bezüglich der Symptomatik der linken Schulter, der zervikobrachialen Problematik und der BWS-LWS-Schmerzsituation eine Kombinationsproblematik bestehe. Die Wirkung der dreimalig durchgeführten Facettengelenkinfiltration halte gemäss den Schilderungen des Beschwerdeführers jeweils zwei Wochen an, weshalb eine Radiofrequenzablation vorgeschlagen werde. Es sei im Vorfeld reichlich Physiotherapie durchgeführt worden. Die ambulanten Massnahmen seien zu intensivieren mit fünfmal wöchentlicher Durchführung der Physiotherapie begrenzt für zwei Monate. Der Beschwerdeführer gebe an, dass der Physiotherapeut eine optische Veränderung des Bizeps-Kopfes festgestellt habe. Als Hauptdiagnosen stellte Dr. med. E._____ einen chronischen Schulterschmerz links (ICD-11: FB53.0 adhäsive Kapsulitis der Schulter), ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom (ICD-11: FB1Y), eine BWS-Kyphose seit Kindheit, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie chronische Schmerzen im Knie rechts (vgl. UV-act. M29). Gemäss ärztlichem Bericht vom 22. November 2023 von Dr. med. R._____, leitende Ärztin Schmerzklinik F._____, wurde die Radiofrequenzablation der medial branches C4 und 5 am 21. November 2023 durchgeführt (vgl. UV-act. M27).

5.2.2. Den medizinischen Bericht von Dr. med. E._____ legte die Beschwerdegegnerin ihrem beratenden Arzt Dr. med. D._____ vor. Aus seiner Aktenbeurteilung vom 7. Dezember 2023 geht hervor, dass der Einwand des Beschwerdeführers, wonach eine adhäsive Kapsulitis mit einem Status nach AC-Gelenksprengung und operativer Versorgung vereinbar und möglich sei, nachvollzogen werden könne, aber im Gesamtkontext nicht als überwiegend wahrscheinlich beurteilt werden dürfe. Im Speziellen gehe es um eine Rechtfertigung einer stationären Rehabilitation aufgrund der zur Diskussion stehenden Beschwerden. Es gelte zu bemerken, dass die Diagnose einer adhäsiven Kapsulitis (umgangssprachlich Frozen shoulder) eine Ausschlussdiagnose darstelle und diese auch mittels Bildgebung häufig schwer zu beweisen sei. In der vorliegenden Dokumentation werde zwar klinisch eine aufgehobene Aussenrotation als führendes Symptom beschrieben, eine Diagnose einer adhäsiven Kapsulitis werde jedoch durch den behandelnden Schulterchirurgen nicht gestellt. Es werde bloss im radiologischen Kontext eine vermehrte Ödematisierung der Gelenkkapsel im Bereich des inferioren Rezessus und auch im Bereich des Rotatorenintervalls als Hinweis auf eine Kapsulitis erwähnt. Dieser Befund dürfe nicht für die reale Existenz einer adhäsiven Kapsulitis gewertet werden. Eine manifeste adhäsive Kapsulitis gehe häufig mit einer

eingeschränkten Aussenrotation und Schmerzen einher und der diesbezügliche Verlauf sei langwierig. Im vorliegenden Fall sei die Symptomatik aber innerhalb von vier Monaten vollständig regredient, was eine floride, für die Beschwerden verantwortlich zu machende adhäsive Kapsulitis überwiegend wahrscheinlich ausschliesse. Die Einschränkung der Aussenrotation sei nicht einer adhäsiven Kapsulitis geschuldet, sondern werde durch die Vermeidung der Aussenrotation bei vorbestehenden HWS-Beschwerden und Verstärkung derselben begründet, was auch durch die rasche Regredienz der Beschwerden nach Entfernung der Platte bestätigt werden könne. Es gelte festzuhalten, dass die suffizient behandelte AC-Gelenksluxation nur als möglicher Faktor für die Beschwerden des Patienten im Rahmen einer temporären Verschlimmerung der HWS-Problematik verantwortlich gemacht werden könne. Bewiesen und überwiegend wahrscheinlich sei hingegen eine hochgradige degenerative Pathologie der HWS mit über mehrere Etagen bestehenden neuroforaminalen Stenosen, die durch Kompromittierung der Nervenwurzel das chronische Schmerzsyndrom hinreichend erklären würde. Dr. med. D._____ schloss mit der Bestätigung seiner ursprünglichen Einschätzung (vgl. UV-act. M24).

5.3. Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme von Dr. med. N._____ vom 1. Dezember 2023 ein (vgl. UV-act. A36). Dieser ist zu entnehmen, dass der behandelnde Arzt die Schulterproblematik mit begleitender posttraumatischer und auch postoperativer Frozen shoulder als klar unfallkausal erachtet. Die HWS-Problematik sei sekundär im Verlauf aufgetreten. Dr. med. N._____ verweist auf eine Fachpublikation (ROBINSON et al., Frozen shoulder, in: The Journal of bone & joint surgery, Bd. 94-B, Nr. 1, Januar 2012) und führt aus, dass es multiple Ursachen für eine primäre oder auch sekundäre Frozen shoulder gebe. Traumatischer Natur seien alle Weichteilverletzungen der Schulter mit oder ohne Dislokation, mit und ohne Fraktur sowie auch Rotatorenmanschettenverletzungen; dazu passe auch eine AC-Gelenkluxation. Mit Verweis auf eine weitere Fachpublikation (CLAVERT et al., Complication rates and types of failure after arthroscopic acute acromioclavicular dislocation fixation. Prospective multicenter study of 116 cases, in: Orthopaedics & Traumatology, Surgery & Research, 2015) hielt Dr. med. N._____ fest, dass eine adhäsive Kapsulitis zu 60 % als Hauptkomplikation nach AC-Gelenksrekonstruktionen zurückzuführen sei (vgl. UV-act. A37).

5.4. Aus den Akten gehen überdies die folgenden echtzeitlichen medizinischen Berichte hervor:

5.4.1. In seinem ärztlichen Bericht vom 7. November 2023 berichtete Dr. med. N._____ über die Untersuchung vom 2. November 2023, sechs Monate nach Entfernung der Hakenplatte an der linken Clavicula. In Bezug auf die Mobilisation könne langsam und stetig eine leichte Verbesserung erreicht werden. Der Beschwerdeführer klagt vor allem über muskuläre Verspannungen, welche im Rahmen der Frozen shoulder-Problematik offensichtlich zu erwarten seien, und er sei immer noch auf begleitende therapeutische Massnahmen angewiesen (vgl. UV-act. M32).

5.4.2. Gemäss seinem ärztlichen Bericht vom 22. Dezember 2023 befundete Dr. med. S._____, Leitender Arzt Klinik für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates F._____, anlässlich der Konsultation vom 21. Dezember 2023 bezüglich der linken Schulter ein positives Klarviertasten-Phänomen der lateralen Clavicula, keine grössere anteroposteriore Schublade, einen negativen Alexander-Test, eine Anteversion bei zögerlicher Bewegung mit 140° möglich mit scapulothorakaler Ausweichbewegung, eine Abduktion mit diskretem Painful Arc von 150°, eine Innen-/Aussenrotation von L3/0/50° (rechts Th10/0/70°), einen kräftigen aber dolenten Jobe-Test, einen negativen Belly press-Test, eine kräftige Aussenrotationskraft, nahezu seitensymmetrisch. Erwähnt wird ein Röntgenbild der Schulter links, glenohumeral zentriert, das einen regelrechten Subacromialraum sowie einen regelrechten Acromion-Index und einen leichten Hochstand der lateralen Clavicula zum Acromion zeige. Nach Beurteilung von Dr. med. S._____ zeige sich noch eine Restinstabilität im ehemaligen AC-Gelenk und es bestehe ein Verdacht einer beginnenden Tendinopathie bei Intervall-/Pulley-Läsion mit Abflachung der langen Bizepssehne und Subluxation aus dem oberen Sulcus heraus. Die ursprüngliche sekundäre Frozen shoulder scheine gut in der Dehnungsphase zu sein. Mit weiteren Dehnungsübungen und Fortführung der Physiotherapie sei in den nächsten 2-3 Monaten noch eine Verbesserung der fehlenden 20 % des Bewegungsumfanges zu erwarten (vgl. UV-act. M30).

5.4.3. Dr. med. E._____ wies in ihrem Verlaufsbericht vom 6. Februar 2024 die folgenden bildgebenden Befunde aus:

MRI LWS und BWS vom 23.11.2023:

LWS: Zusammenfassend Nachweis moderater Osteochondrosen L2/3 (mit geringer entzündlicher Reaktion an der oberen Randleiste LWK3) und auch L4/5. Im Segment L4/5 Ausbildung geringer diskogen-spondylarthrotisch bedingter rezessaler Enge mit Tangierungen der Wurzeln L5 bds. ohne Kompressionen. Keine relevante spinale oder neuroforaminelle Enge. Moderate Spondylarthrosen L4/5.

BWS: Im Liegen vermehrte BWS-Kyphose mit/bei geringgradigen Keilwirbelbildungen BWK6 und BWK7. Nur diskrete Diskusprotrusion

Th9/10. Moderate ventrale Spondylose Th11/12 mit geringen fetthaltigen/ödematösen Reaktionen an den vorderen Randleisten. Keine spinale Enge, keine Myelopathie. Keine signifikanten Degenerationen an den thorakalen Facettgelenken.

Schulter links ap und Supraspinatusaufnahmen vom 21.12.2023: Humeruskopf im Glenoid zentriert. Keine Gelenkspaltverschmälerung. Akromion Typ 2 nach Bigliani. CSA von 31°. Keine subakromiale Anbauten. Knochenstruktur unauffällig. Schmerzen aktuell mehr im BWS-Bereich.

Dr. med. E._____ berichtete von einem anhaltend positiven Effekt der durchgeführten Radiofrequenzablation. Mit der Empfehlung zur Weiterführung der Physiotherapie sei eine weitere Verbesserung in den nächsten drei Monaten ab November zu erwarten. Subjektiv sei die Problematik der linken Schulter zunehmend besser, allerdings sei die Muskelmasse in dieser Schulter noch nicht wirklich aufgebaut (vgl. UV-act. M28).

5.4.4. In ihrem ärztlichen Bericht vom 7. März 2024 zuhanden des Krankenversicherers hielt Dr. med. E._____ fest, dass der Beschwerdeführer von einem aktuellen Stocken der weiteren Verbesserung berichte, weshalb im Hinblick auf die weitere Erhöhung der Arbeitsfähigkeit die ambulanten Massnahmen definitiv ausgeschöpft seien, weshalb sie eine stationäre muskuloskelettale Rehabilitation zur Verbesserung der Funktionalität empfehle (vgl. UV-act. M26).

5.4.5. Aus dem Bericht des Rehazentrums T._____ vom 22. April 2024 zum Ergonomietrainingsprogramm, welches stationär vom 25. März 2024 bis zum 19. April 2024 erfolgte, geht hervor, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer komplexen chronischen posttraumatischen Schmerzsymptomatik des gesamten Schultergürtels links nach AC-Gelenkluxation links mit anschliessender postoperativer Ausbreitung der Schmerzen auf die Hals- und Lendenwirbelsäule in Behandlung gewesen sei und dass ein physiotherapeutisch geleitetes medizinisches Training empfohlen werde (vgl. UV-act. M31 S. 3 und 5).

5.5. In seiner Aktenbeurteilung vom 9. Oktober 2025 teilte Dr. med. G._____ zusammenfassend die Einschätzung von Dr. med. D._____, dass das Vorliegen einer postoperativen Kapsulitis nicht hinreichend nachgewiesen sei; es liege ein protrahierter postoperativer Schmerzzustand vor, zudem eine mögliche Traumatisierung auch des Glenohumeralgelenks im Rahmen des Unfallereignisses. Die rechtsseitige HWS-Problematik habe nur möglicherweise zur Einschränkung der Schulterbeweglichkeit geführt. Es läge keine HWS-Pathologie vor, die eine linksseitige Schultersymptomatik hervorrufen würden. Die Indikation für die Rehabilitation in der Klinik T._____ sei alleine durch die Schulterproblematik nicht gegeben; hierfür seien die WZW-Kriterien nicht erfüllt. Der protrahierte Verlauf, der

möglicherweise mit einer posttraumatischen Kapsulitis einhergehe, sei wahrscheinlich multifunktionell bedingt aufgrund eines geringen degenerativen Vorzustandes der Rotatorenmanschette, einer heftigen Schulterprellung im Rahmen eines Treppensturzes sowie zweier operativer Eingriffe. Die posttraumatische Symptomatik sei auch retrospektiv ambulant behandelbar (UV-act. M33).

6.1. Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde auf den Standpunkt, die neue Beurteilung von Dr. med. G._____ räume zumindest eine Teilkausalität ein und halte fest, dass die HWS-Beschwerden nicht im Fokus stünden sowie dass die beklagten Beschwerden sich eindeutig nicht durch die HWS-Befunde erklären liessen. Zudem räume Dr. med. G._____ ein, dass die Beurteilung von Dr. med. D._____ falsch und somit unschlüssig sei, sowie dass die Reha in T._____ den protrahierten postoperativen Schmerzzustand behandelt habe. Zudem halte Dr. med. G._____ klar fest, dass die MRI-Untersuchung Hinweise auf eine Kapsulitis liefere und dass die degenerativen Befunde, welche bestritten würden, nur geringen Ausmasses seien. Weiter räume er ein, dass der protrahierte Verlauf wahrscheinlich multifunktionell bedingt sei, unter anderem mit Hinweis auf eine heftige Schulterprellung im Rahmen des Treppensturzes und zwei operative Eingriffe. Die Beschwerdegegnerin verkenne, dass die Leistungseinstellung nur dann erfolgen könne, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstelle. Entsprechend ins Leere gehe die Argumentation der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Adäquanz, denn in casu sei ein struktureller Schaden MR-tomographisch objektivierbar und der natürliche Kausalzusammenhang sei fachärztlich erstellt (vgl. act. A.1 Ziff. II.10 ff.).

6.2. Dem entgegnete die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort, dass Dr. med. G._____ einen Einfluss der unfallfremden HWS-Problematik als lediglich möglich erachte, was aber keinen Widerspruch zur Beurteilung von Dr. med. D._____ darstelle, zumal der Unfallversicherer nicht den Nachweis für unfallfremde Ursachen zu erbringen habe. Dr. med. G._____ erwähne sodann zwar tatsächlich Hinweise auf eine Kapsulitis, bestätige aber explizit, dass diese nicht beweisend für eine solche sei und dass nur möglicherweise eine posttraumatische Kapsulitis vorgelegen habe. Damit bestehe ebenfalls kein Widerspruch zur Beurteilung von Dr. med. D._____ und die beschwerdeweise postulierte Teilkausalität sei eben nur möglicherweise gegeben. Die natürlich kausalen Folgen des Ereignisses (Befunde am AC-Gelenk) würden nach gutem Heilverlauf die geklagten Beschwerden in casu nicht zu erklären vermögen (vgl. act. A.2 Ziff. II.3.4).

7.1. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6).

7.2. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C_17/2017 vom 4. April 2017 E. 2.2).

7.3. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Versicherungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 143

V 124 E. 2.2.2 und 125 V 351 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts 8C_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E. 3.2, 8C_592/2021 vom 4. Mai 2022 E. 5.2 und 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 5.2).

7.3.1. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (zum Ganzen: BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts 9C_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.3.1, 8C_172/2024 vom 14. August 2024 E. 4.2, 9C_626/2023 vom 1. Mai 2024 E. 5.2, 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2 und 8C_704/2022 vom 27. September 2023 E. 3.3). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

7.3.2. Gemäss Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E.3b/ee). Beratende Ärztinnen und Ärzte eines Versicherungsträgers sind hinsichtlich der Beweiseignung ihrer ärztlichen Beurteilungen mit versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteile des Bundesgerichts 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, 8C_322/2021 vom 19. Oktober 2022 E. 4.3 und 8C_446/2021 vom 25. Januar 2022 E. 2.3). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2; Urteile des Bundesgerichts 8C_562/2023 vom 29. Mai 2024 E. 2.3,

8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3 und 8C_62/2023 vom 16. August 2023 E. 4).

7.3.3. Reine Aktenbeurteilungen 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 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_499/2024 vom 30. Mai 2025 E. 5.1, 8C_574/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3.2, 8C_253/2023 vom 7. August 2023 E. 3).

7.3.4. Im Übrigen ist bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3a/cc), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (Urteile des Bundesgerichts 8C_401/2022 vom 31. Januar 2023 E. 4, 8C_226/2022 vom 27. Oktober 2022 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

8. Es ist zu prüfen, ob die echtzeitlichen medizinischen Akten geringe Zweifel an den versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilungen von Dr. med. D._____ vom 25. Oktober 2023 (UV-act. M22) und 7. Dezember 2023 (UV-act. M24) sowie von Dr. med. G._____ vom 9. Oktober 2025 (UV-act. M33) zu begründen vermögen.

8.1. Die beratenden Ärzte sind sich darüber einig, dass es vorliegend nicht um einen operativen Eingriff am Schultergelenk links, sondern um eine extraartikuläre Verletzung des Schultergürtels links, namentlich des Schulterreckgelenks, geht. Die beklagten Beschwerden seien erst im späteren postoperativen Verlauf der Schulterreckgelenksverletzung aufgetreten, welche lege artis versorgt und damit stabilisiert worden sei. Dr. med. D._____ bemerkt in seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2023, postoperativ sei die Beweglichkeit der Schulter bis zur horizontalen Bewegungsebene therapeutisch nicht limitiert gewesen, sowohl die Rotation als auch die limitierte Elevation bzw. Abduktion seien möglich gewesen (vgl. UV-act. M24 S. 4). Dies steht im Widerspruch zum echtzeitlichen Austrittsbericht des Spitals H._____ vom 28. Dezember 2022, demgemäss die postoperative Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung problemlos gelinge, die frühfunktionelle Beübung der Abduktion bis max. 90° während der kommenden sechs Wochen erfolge und der Bewegungsumfang frühestens dann freigegeben werden könne (vgl. UV-act. M2 S. 2). Bereits am 15. Februar 2023 berichtete die Hausärztin Dr. med. K._____, dass die Abduktion nur bis 80° gelinge, der Schürzengriff nicht möglich sei und es noch nicht möglich sei, Dinge zu heben

(vgl. UV-act. M5). Dieser Zustand persistierte in der Folge. So befundete Dr. med. N._____ anlässlich der Untersuchung vom 9. März 2023, dass die Aussenrotation aufgehoben sei und die Flexion bis knapp 80° sowie die Abduktion bis 60° gelinge. Zudem sah er klare Anzeichen einer postoperativen/posttraumatischen Frozen shoulder mit massiver Verdickung der inferioren Kapsel (vgl. UV-act. M11). Dr. med. P._____ stellte anlässlich der Untersuchung vom 11. Mai 2023 anamnestisch fest, der Beschwerdeführer sei in der Schulter linksseitig deutlich eingeschränkt (vgl. UV-act. M15). In seinem Verlaufsbericht vom 4. August 2023 befundete Dr. med. N._____ eine weiterhin deutlich eingeschränkte Mobilität (vgl. UV-act. M14). Erst anlässlich der Untersuchung vom 2. November 2023, also fast ein Jahr nach dem Unfallereignis resp. sechs Monate nach Entfernung der Hakenplatte an der linken Clavicula, konnte Dr. med. N._____ feststellen, dass bezüglich der Mobilisation der linken Schulter langsam sowie stetig eine leichte Verbesserung erreicht werden konnte; der Beschwerdeführer habe den Arm über die Horizontale hinaus elevieren und die Rotation habe etwas gesteigert werden können (vgl. UV-act. M32). Eine gänzliche Remission bezüglich der Funktionalität der linken Schulter wurde jedoch nie erreicht. So befundete Dr. med. S._____ anlässlich der Untersuchung vom 21. Dezember 2023 eine Abduktion mit diskretem Painful Arc sowie eine eingeschränkte Innen- und Aussenrotation (vgl. UV-act. M30). Und während der Rehabilitation in T._____ im Frühling 2024 war die aktive Schulterfunktion vor allem in Flexion und Abduktion noch deutlich schmerzhaft eingeschränkt (vgl. UV-act. M31 S. 4). Die Schlussfolgerung der beratenden Ärzte, wonach allein die Folgen am Schultergelenk für die Kausalitätsprüfung massgeblich seien und die Beschwerden am Schultergelenk – trotz aktenkundiger, anhaltender postoperativer Funktionseinschränkung – nicht hinreichend nachgewiesen seien, überzeugt demnach nicht. Selbst wenn die Diagnose der adhäsiven Kapsulitis (Frozen shoulder) als Ausschlussdiagnose zu betrachten ist, so rückt die Wahrscheinlichkeit einer Teilkausalität der AC-Gelenkluxation aufgrund der echtzeitlich dokumentierten sofortigen Aufhebung resp. andauernden Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des linken Schultergelenks doch in den Vordergrund und ist zumindest unter diesem Aspekt zu prüfen. Selbst die beratenden Ärzte scheinen sich darüber einig zu sein, dass eine adhäsive Kapsulitis posttraumatisch möglich sei. Und es gelingt ihnen nicht, überzeugend und schlüssig zu begründen, dass diese Folge möglich resp. zu weniger als 50 % wahrscheinlich ist.

8.2. Zudem anerkennt Dr. med. G._____ einen protrahierten postoperativen Schmerzzustand sowie eine mögliche Traumatisierung des Glenohumeralgelenks im Rahmen des Unfallereignisses (vgl. UV-act. M33 S. 3). Dies steht im Widerspruch zur Schlussfolgerung von Dr. med. D._____, der die Einschränkung

der Aussenrotation der linken Schulter als durch die Vermeidung der Aussenrotation bei vorbestehenden HWS-Beschwerden und als Verstärkung derselben begründet sieht (vgl. UV-act. M24 S. 5). Damit divergieren die Aktenbeurteilungen der beratenden Ärzte in einem entscheidungswesentlichen Punkt und es kann folglich nicht darauf abgestellt werden resp. es sind weitere medizinische Abklärungen erforderlich.

8.3. Augenfällig ist schliesslich, dass die Beschwerdegegnerin den Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs per 31. Oktober 2023 terminiert hat und die darüber hinaus bestehenden Beschwerden einem degenerativen Vorzustand zuschreibt. Die beratenden Ärzte sind sich uneinig darüber, dass die unfallbedingten Folgen vier Monate nach dem Treppensturz nicht mehr unfallkausal sein sollen. Während Dr. med. D._____ die Symptomatik nach vier Monaten als vollständig regredient einstuft, was eine floride für die Beschwerden verantwortlich zu machende adhäsive Kapsulitis überwiegend wahrscheinlich ausschliesse (vgl. UV-act. M24 S. 5), beurteilt Dr. med. G._____ diese Schlussfolgerung als nicht überzeugend, denn solche Verläufe seien durchaus möglich (vgl. UV-act. M33 S. 3). Zudem wurden die beratenden Ärzte auch nicht danach gefragt, wann ein allfälliger Status quo sine vel ante bezüglich eines allfälligen degenerativen Vorzustandes eingetreten sei. Aufgrund der echtzeitlichen Akten lässt sich indes nachvollziehen, dass die behandelnden Ärzte über den 31. Oktober 2023 hinaus Beeinträchtigungen des Bewegungsapparats feststellen konnten, die seit dem Unfallereignis anhielten. Die seit dem 5. Dezember 2022 von prakt. med. I._____ attestierte Arbeitsunfähigkeit (vgl. UV-act. M2) wurde von Dr. med. D._____ bis zum 1. Oktober 2023 bestätigt (vgl. UV-act. M22 S. 2) und dauerte bis mindestens zum 31. Dezember 2023 an, denn ab dem 1. Januar 2024 attestierte Dr. med. S._____ eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit bis 4. Februar 2024 (vgl. UV-act. M30). Auch Dr. med. E._____ wies in ihrem Bericht vom 14. November 2023 eine bis zum 30. November 2023 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit und frühestens ab Dezember 2023 versuchsweise 20%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus (vgl. UV-act. M29 in fine). Gemäss dem Bericht der Klinik T._____ vom 22. April 2024 war der Beschwerdeführer für die Dauer des stationären Aufenthalts vom 25. März 2024 bis zum 19. April 2024 und weiterhin bis zum 21. April 2024 zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. UV-act. M31 S. 5). Insofern liegen funktionelle Beeinträchtigungen vor, zu welchen sich die beratenden Ärzte nicht geäußert haben, was den Schluss zulässt, dass der medizinische Sachverhalt von der Beschwerdegegnerin unvollständig abgeklärt worden ist, mithin die Leistungseinstellung verfrüht erfolgt ist.

8.4. Des Weiteren stellt sich der Beschwerdeführer, wie auch schon im Einspracheverfahren, auf den Standpunkt, es sei evidenzbasiert, dass die Schulterproblematik bei operativen Versorgungen durch Hakenplatten sehr häufig vorkomme und verweist auf die Dissertation *"Die Ergebnisse der operativen Versorgung der akuten AC-Gelenksprengung mit PDS-Augmentation und Hakenplattenosteosynthese - eine Matched-Pairs-Studie"*. Die Beschwerdegegnerin könne dem nichts entgegenhalten. Gemäss der Tabelle 8 der besagten Dissertation (vgl. S. 49 derselben [abrufbar unter: https://rosdok.uni-rostock.de/resolve/id/rosdok_disshab_0000000678; zuletzt abgerufen am 17. Juni 2026]) würden 26 % der in einer Studie teilnehmenden Patienten bezüglich der subjektiven Funktionalität nach einer Hakenplattenosteosynthese unter einer Schultersteife leiden (vgl. act. A.1 S. 5). Zur Frage, bis zu welchem Grad im konkreten Fall eine adhäsive Kapsulitis aufgrund der am 6. Dezember 2022 durchgeführten Hakenplattenosteosynthese möglich resp. wahrscheinlich ist, hat sich noch kein Versicherungsmediziner vertieft geäussert. Dies wird nachzuholen sein.

8.5. Schlussfolgernd liegen divergierende Einschätzungen der behandelnden Ärzte zu denjenigen der versicherungsmedizinisch beratenden Ärzte – und diese teils gegenseitig – vor. Sie widersprechen sich bezüglich der Beurteilung eines natürlichen Kausalzusammenhangs der über den 31. Oktober 2023 hinaus geklagten Beschwerden in der Schulter mit dem Unfallereignis vom 4. Dezember 2022. Unbeantwortet ist die Frage, ob der Treppensturz auch nur zumindest teilkausal zu den persistierenden Beschwerden in der Schulter in Zusammenhang steht und ob der Status quo sine vel ante eines allfälligen degenerativen Vorzustandes erreicht sei resp. überhaupt habe erreicht werden können. Überdies beruft sich der behandelnde Arzt Dr. med. N._____, nicht jedoch die beratenden Ärzte, auf verschiedene Quellen aus der versicherungsmedizinischen Literatur. Gesamthaft bestehen somit geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsmedizinischen Aktenbeurteilungen von Dr. med. D._____ vom 25. Oktober 2023 (UV-act. M22) und 7. Dezember 2023 (UV-act. M24) sowie von Dr. med. G._____ vom 9. Oktober 2025 (UV-act. M33). Es ist in erster Linie Aufgabe des Versicherungsträgers, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen (vgl. BGE 149 V 218 E. 5.7 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_297/2024 vom 18. Dezember 2024 E. 7). Da aktuell über die für die Beurteilung des streitigen Leistungsanspruchs erforderlichen Tatsachen keine hinreichende Klarheit besteht, insbesondere zur Frage der Teilkausalität sowie des Status quo sine vel ante allfälliger degenerativer Vorzustände, sind weitere medizinische

Abklärungen in Nachachtung des geltenden Untersuchungsgrundsatzes angezeigt (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Die Beschwerdegegnerin wird mit einem versicherungsexternen Gutachten die Frage des Vorliegens einer adhäsiven Kapsulitis (Frozen Shoulder) und deren Teilkausalität abzuklären haben, sowie, bejahendenfalls, ob und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt der Status quo sine vel ante in Bezug auf die seit dem Unfall vom 4. Dezember 2022 bestehenden Beschwerden im Schultergürtel eingetreten ist.

9. Im Lichte des Gesagten erübrigt sich die Prüfung der weiteren Rügen des Beschwerdeführers, insbesondere hinsichtlich der Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (vgl. act. A.1 Ziff. II.16 f.), die die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort als allenfalls gegeben, wenn auch als leicht und im Rahmen des Beschwerdeverfahrens geheilt, bezeichnet (vgl. act. A.2 Ziff. II.3.4 S. 6). Die Beschwerdegegnerin wird das rechtliche Gehör in ihren ergänzenden Abklärungen zu wahren haben. Zu Recht geht der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer in seiner Beschwerde schliesslich nicht vertieft auf die seitens der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vorgenommene Adäquanzprüfung ein, da sich diese Frage auch nicht stellt resp. im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen – und davon dürfte bei der vorliegenden orthopädischen Beschwerdenlage ausgegangen werden – keine Rolle spielt (vgl. BGE 149 V 218 E. 5.2, 140 V 356 E. 3.2, 138 V 248 E. 4 m.w.H.).

10. Es erhellt, dass die Beschwerde gutzuheissen, der angefochtene Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2025 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie den Sachverhalt im Sinne der Erwägungen nach Art. 43 ATSG ergänzt. Sie wird im Verfahren nach Art. 44 ATSG ein unabhängiges, zumindest orthopädisches Gutachten bei einem Spezialisten oder einer Spezialistin auf dem Fachgebiet der Orthopädie, Traumatologie und Unfallchirurgie des Bewegungsapparates im Bereich Schultermedizin einzuholen und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu entscheiden haben (vgl. BGE 149 V 218 E. 5.7 mit weiteren Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_17/2024 vom 9. Juli 2024 E. 5.3 und 8C_62/2023 vom 16. August 2023 E. 6.2 mit Hinweisen).

11.1. Gemäss Art. 61 lit. f^{bis} ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht

vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

11.2.1. Eine Rückweisung gilt praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (vgl. BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 132 V 215 E. 6). Gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG hat der Beschwerdeführer bei diesem Ausgang des Verfahrens Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig durch die Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird die Bemessung des Parteikostenersatzes gemäss Art. 61 Ingress ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_714/2018 vom 18. Dezember 2018 E. 9.2, 9C_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E. 6.1, 9C_688/2009 vom 19. November 2009 E. 3.1.1 f.). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 der Honorarverordnung (HV; BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie (üblichen) Stundenansatz ausgeht. Reicht eine Partei zu Beginn des Verfahrens keine vollständige, unterschriebene Honorarvereinbarung ein (Art. 4 Abs. 1 Satz 1 HV), beträgt der Stundenansatz praxisgemäss CHF 240.00 (vgl. Urteil des Obergerichts des Kantons Graubünden SV2 25 17 vom 6. Februar 2026 E. 9.2.1 mit Hinweis).

11.2.2. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers reichte dem Gericht am 26. Januar 2026 eine Honorarnote über CHF 2'110.90 (7 Stunden und 35 Minuten à CHF 250.00, entsprechend CHF 1'895.83, zzgl. CHF 56.90 Auslagen und 8.1 % MWST) ein (vgl. act. G.2). Der geltend gemachte Aufwand von 7 Stunden und 35 Minuten erscheint angemessen. Mangels Vorlage einer Honorarvereinbarung ist der Stundenansatz auf CHF 240.00 zu kürzen (vgl. Erwägung 11.2.1 hiavor). Entsprechend resultiert ein reduziertes Honorar in Höhe von CHF 2'026.35 (Aufwand Rechtsanwältin von 7.583 h à CHF 240.00 [CHF 1'819.90] zzgl. Spesenpauschale von 3 % [CHF 54.60] und 8.1% MWST [CHF 151.85]). In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer aussergerichtlich zu entschädigen.

Es wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 22. Oktober 2025 aufgehoben und die Angelegenheit an die B._____ AG zur Einholung eines unabhängigen, zumindest orthopädischen Gutachtens bei einem Spezialisten oder einer Spezialistin auf dem Fachgebiet der Orthopädie, Traumatologie und Unfallchirurgie des Bewegungsapparates im Bereich Schultermedizin und zu neuem Entscheid über die versicherungsrechtlichen Ansprüche von A._____ gemäss UVG zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Die B._____ AG hat A._____ aussergerichtlich mit CHF 2'026.35 (inkl. Spesen und MWST) zu entschädigen.
4. [Rechtsmittelbelehrung]
5. [Mitteilungen]