



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiberin: MLaw Jeannine Suter

U R T E I L vom 26. Februar 2024 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführer
vertreten durch RA MLaw B. _____

gegen

Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG, Place de Milan,
Case postale 120, 1001 Lausanne
Beschwerdegegnerin

betreffend

Unfallversicherung
(Leistungen)

S 2022 47

A.

A.a Der 1988 geborene A._____ war als Kaufmann beim Verein C._____ tätig und in dieser Eigenschaft obligatorisch bei der Vaudoise Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Vaudoise) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 1. August 2007 als Fahrer eines Personenwagens in D._____, Serbien, einen Autounfall erlitt (vgl. UV-act. 1). Die Erstbehandlung erfolgte im Spital in D._____ (UV-act. 4). Der erstbehandelnde Arzt in der Schweiz diagnostizierte in der Schadenmeldung UVG vom 10. August 2007 eine Thorax- und Schulterkontusion rechts, eine HWS-Distorsion und eine BWS-Kontusion sowie eine distale Bizepszerrung am tendo-myotischen Übergang (UV-act. 2). Die Vaudoise erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen. Mit Verfügung vom 8. Juli 2010 stellte sie diese per Ende Februar 2010 ein (UV-act. 55a). Der Fallabschluss wurde (nach erhobener Einsprache und anschliessender Beschwerde) vom Verwaltungsgericht des Kantons Zug bestätigt (VGer ZG S 2010 170 vom 17. März 2011 [UV-act. 75]).

A.b Am 13. Juli 2021 meldete A._____ der Vaudoise einen Rückfall. Er sei am 14. Januar 2021 auf die Schulter gestürzt, weswegen seine aktuelle Unfallversicherung – die AXA – die gesetzlichen Leistungen übernommen habe. Kürzlich habe er die Schulter erneut operieren müssen, dabei seien jedoch Spätfolgen des Ereignisses vom 1. August 2007 (Arthrose, Entfernung von Schrauben usw.) behoben worden. Er bitte um Übernahme der Leistungen ab dem Einstellungsdatum der AXA (28. Februar 2021), er sei momentan weiterhin arbeitsunfähig (UV-act. 76; vgl. auch das Schreiben der AXA an den Versicherten vom 9. Juni 2021, wonach das Ereignis vom 14. Januar 2021 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes geführt habe und die Beschwerden bis sechs Wochen nach dem Ereignis unfallkausal seien. Zur Frage der weiteren Kostentragung werde empfohlen, sich an die frühere Unfallversicherung zu wenden. Die Kostenübernahme für die Operation vom 31. Mai 2021 sei zugesagt worden, auch die weiteren bereits geleisteten Zahlungen würden aus Kulanz nicht zurückgefordert [UV-act. 76a S. 2 f.]). Die Vaudoise holte in der Folge zur Prüfung des Leistungsanspruchs (vgl. UV-act. 77) eine (versicherungsinterne) Aktenbeurteilung bei Dr. E._____ ein (Aktenbeurteilung vom 10. Oktober 2021 [UV-act. 78]). Mit Verfügung vom 22. Oktober 2021 lehnte die Vaudoise eine Leistungspflicht für die aktuellen Schulterbeschwerden rechts ab (UV-act. 79). Dagegen liess A._____ Einsprache erheben (UV-act. 80, 82), woraufhin die Unfallversicherung Dr. E._____ zu den erhobenen Einwendungen – insbesondere zum Bericht des behandelnden Dr. F._____ vom 14. Dezember 2021 (UV-act. 82a) – nochmals Stellung nehmen liess (Aktenbeurteilung vom 22. Februar 2022 [UV-act. 83]).

Mit Einspracheentscheid vom 16. März 2022 wies die Vaudoise die Einsprache im Wesentlichen mit der Begründung ab, es bestehe zwischen den aktuell beklagten Beschwerden und dem Unfallereignis vom 1. August 2007 kein natürlicher Kausalzusammenhang, da diese ausschliesslich auf den degenerativen Vorzustand zurückzuführen seien (Bf-act. 1; UV-act. 84).

B. Dagegen liess A. _____ am 2. Mai 2022 Beschwerde führen und folgende Rechtsbegehren stellen (act. 1):

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 16. März 2022 sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
2. Eventualiter sei ein medizinisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben.
3. Subeventualiter sei die Angelegenheit zwecks Vornahme eines verwaltungsexternen medizinischen Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

C. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 12. Mai 2022 vernehmlassend die Abweisung der Beschwerde, der Einspracheentscheid vom 16. März 2022 sei zu bestätigen, es seien keine Kosten zu vergüten (act. 3).

D. Mit Replik vom 21. Juli 2022 liess der Beschwerdeführer an seinen Anträgen festhalten (act. 8) sowie einen Arztbericht von Dr. F. _____ vom 15. Juni 2022 (Bf-act. 6) und die Kostennote vom 21. Juli 2022 (act. 9) zu den Akten reichen.

E. Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 13. September 2022 an ihren Anträgen fest (act. 12) und reichte die (zur Vervollständigung der Aktenlage eingeholten) Arztberichte vom 27. Mai 2022 (UV-act. A1) und vom 31. Mai 2021 (UV-act. A2) sowie eine weitere Stellungnahme von Dr. E. _____ vom 30. August 2022 (UV-act. A3) ein.

F. Am 26. September 2022 liess der Beschwerdeführer dazu nochmals Stellung nehmen (act. 14). Weitere Eingaben gingen beim Gericht in der Folge nicht mehr ein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide Beschwerde erhoben werden. Die Beschwerdefrist beträgt 30 Tage (Art. 60 ATSG). Örtlich zuständig ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 1 ATSG; hier: Kanton Zug, bei Wohnsitz des Beschwerdeführers in G._____). Im Kanton Zug beurteilt gemäss Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes (VRG; BGS 162.1) sowie § 4 Abs. 1 lit. b der kantonalen Vollziehungsverordnung zum Bundesgesetz über die Unfallversicherung (BGS 842.5) das Verwaltungsgericht als einzige kantonale Instanz Beschwerden auf dem Gebiet der eidgenössischen Sozialversicherung, für die das Bundesrecht eine kantonale Rechtsmittelinstanz vorsieht.

Der angefochtene Entscheid datiert vom 16. März 2022 (zugestellt am Folgetag; vgl. Bf-act. 3). Die am 2. Mai 2022 der Schweizerischen Post übergebene Beschwerde wurde – unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern (Art. 38 Abs. 4 lit. a ATSG) sowie Art. 38 Abs. 3 ATSG (hier: letzter Tag der Frist an einem Sonntag) – rechtzeitig eingereicht. Sie entspricht den formellen Anforderungen. Der Beschwerdeführer ist direkt betroffen und damit zur Beschwerde legitimiert, die demnach zu prüfen ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

2. Der vorliegende Rechtsstreit dreht sich um die Frage, ob die Beschwerdegegnerin im Rahmen eines Rückfalls oder von Spätfolgen leistungspflichtig ist. Dabei geht es im Wesentlichen darum, zu prüfen, ob zwischen dem Unfallereignis vom 1. August 2007 und dem aktuell beklagten Beschwerdebild ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht bzw. ob der zur Beurteilung dieser Frage rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend abgeklärt wurde.

3.

3.1 Nach Art. 10 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) hat die versicherte Person (u.a.) Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen

gewährt, für Bezüger von Invalidenrenten jedoch nur unter den Voraussetzungen von Art. 21 UVG (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [UVV; SR 832.202]).

3.2 Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Gesundheitsbeeinträchtigung, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt; von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem anders gearteten Leidensbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar. Diesem Umstand ist auch dann Rechnung zu tragen, wenn zu einem früheren Zeitpunkt ein Leistungsanspruch verneint wurde. Unter diesen Titeln kann daher nicht eine uneingeschränkte neuerliche Prüfung vorgenommen werden. Vielmehr ist von der rechtskräftigen Beurteilung auszugehen, und die Anerkennung eines Rückfalls oder von Spätfolgen setzt eine nachträgliche Änderung der anspruchrelevanten Verhältnisse voraus (BGE 144 V 245 E. 6.1 f. mit Hinweisen; BGer 8C_528/2022 vom 17. November 2022 E. 8.1).

3.3 Auch bei Spätfolgen und Rückfällen (Art. 11 UVV) ist für die Leistungspflicht des Unfallversicherers die natürliche Kausalität zwischen dem ursprünglichen Unfallereignis und dem nachfolgenden Beschwerdebild ein unabdingbares Erfordernis (BGE 129 V 177 E. 3.1; BGer 8C_400/2014 vom 21. Juli 2014 E. 2).

3.4 Bei der Leistungspflicht der obligatorischen Unfallversicherung gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (BGer 8C_592/2016 Urteil vom 1. Dezember 2016 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus (BGer 8C_113/2010 vom 7. Juli 2010 E. 2.3). Es ist nicht Sache der Unfallversicherung, eine alternative Ursache für Befunde zu finden, für die sie mangels überwiegend wahrscheinlichen Kausalzu-

sammenhangs mit dem versicherten Ereignis nicht leistungspflichtig ist (BGer 8C_592/2016 vom 1. Dezember 2016 E. 3.2.3). Die Frage nach der Verteilung der Beweislast stellt sich im Sozialversicherungsrecht allerdings erst, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess geltenden Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6; 117 V 261 E. 3b; vgl. auch BGer 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.3).

3.5 Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (BGer 8C_167/2018 vom 28. Februar 2019 E. 4.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung kommt auch den (Akten-)Beurteilungen der beratenden Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Praxisgemäss kommt ihnen aber nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen von beratenden Ärzten oder Ärztinnen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. BGE 137 V 210 E. 1.4; 135 V 465 E. 4.4).

4.

4.1 Der Beschwerdeführer lässt zusammengefasst vorbringen, die Voraussetzungen für eine beweiskräftige (versicherungsinterne) Aktenbeurteilung seien vorliegend nicht erfüllt. Sowohl die medizinischen Akten wie auch die Berichte des behandelnden Facharztes würden konkrete und begründete Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. E. _____,

Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hervorru-
fen. Zudem stütze sich der versicherungsinterne Arzt auf den MRI-Bericht vom 25. Mai
2009, welcher jedoch vor der ersten Operation verfasst worden sei, weswegen sich der
Bericht auch nicht zu den Diagnosen aus dem Operationsbericht vom 29. September 2009
äussern und selbstverständlich auch nicht mit der heutigen Problematik auseinanderset-
zen könne. Schliesslich halte Dr. E. _____ fest, dass er nicht als versicherungsinterner
Mediziner, sondern als unabhängiger Gutachter die Angelegenheit überprüft habe. Auffal-
lend sei, dass Dr. E. _____ den ehemaligen und aktuell behandelnden Arzt persönlich
angreife und ihnen fachliche Defizite unterstelle. Vor allem die Wortwahl in der zweiten Ak-
tenbeurteilung vom 22. Februar 2022 trübe die medizinische Auseinandersetzung und hin-
terlasse den Eindruck, dass Dr. E. _____ den Fall in seinem Sinne erledigt sehen wol-
le. Die Zweifel an der Beurteilung von Dr. E. _____ könnten nicht durch weitere versi-
cherungsinterne Berichte entkräftet werden. Sofern Zweifel an einer versicherungsinternen
Beurteilung vorliegen würden – was im vorliegenden Fall auf der Hand liege, da ansonsten
die Beschwerdegegnerin nicht mehrmals beim versicherungsinternen Arzt Anfragen ge-
stellt hätte – müsse ein versicherungsexternes Gutachten nach den Regeln von Art. 44
ATSG in Auftrag gegeben werden. Die Darstellung der Beschwerdegegnerin, dass der
letzte Eingriff vom 31. Mai 2021 ausschliesslich wegen einer Schulterfehlstellung durchge-
führt worden sei, sei unzutreffend. Mit der Operation seien Fremdkörper (zwei Corkscrew-
Anker sowie Fadenreste, welche aus der Operation vom 29. September 2009 stammten),
die aufgrund des versicherten Unfalles eingesetzt worden waren, entfernt worden.
Denklogisch sei, dass die Entfernung der eingesetzten Fremdkörper unfallkausal sei. Mit
der nun von Dr. med. F. _____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, durchgeführten Untersuchung (Bericht vom 15. Juni 2022 [Bf-
act. 6]) an der rechten (recte: linken), schiefen Schulter könne aufgezeigt werden, dass
eine Fehlstellung alleine weder zu Arthrosen noch zu Beschwerden führe. Die auf der
Hand liegenden Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung könnten auch mit dem
neusten versicherungsinternen Bericht nicht entkräftet werden. Sofern das Gericht der
Auffassung des behandelnden Dr. F. _____ nicht folgen möchte, könne lediglich ein
unabhängiges Gutachten die vorliegende Frage der Unfallkausalität klären (act. 1, 8, 14).

4.2 Im angefochtenen Entscheid hält die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen fest,
Dr. E. _____, welcher Einsicht in die gesamten Akten genommen habe, führe die aktu-
ellen Beschwerden des Versicherten ausschliesslich auf den degenerativen Vorzustand
zurück. Auch nach Kenntnisnahme der Gegenargumente von Dr. F. _____ bestätige
Dr. E. _____ seine Beurteilung. Die allgemeinen Äusserungen von Dr. F. _____ sei-

en nicht geeignet, die begründete und nachvollziehbare Stellungnahme von Dr. E. _____ zu widerlegen oder zu entkräften (UV-act. 84 S. 5).

In ihren Rechtsschriften bringt die Beschwerdegegnerin ergänzend zusammengefasst vor, dass die Versicherung Dr. E. _____ nie als unabhängigen Gutachter betrachtet habe, weder in der Verfügung vom 22. Oktober 2021 noch im Einspracheentscheid vom 16. März 2022. Aufgrund der Aktenlage erweise sich das Abstellen auf eine reine Aktenbeurteilung, wie sie Dr. E. _____ vorgenommen habe, als Beweisgrundlage ohne Weiteres als zulässig. Konkrete und differenzierte Einwände, insbesondere von Dr. F. _____, welche geeignet wären, diese Auffassung zu entkräften, würden nicht vorgebracht. Dem Beschwerdeführer sei der Beweis eines mehr als bloss möglichen Kausalzusammenhangs zwischen seinen aktuellen Beschwerden und dem Ereignis vom 1. August 2007 nicht gelungen (act. 3). Doktor E. _____ begründe im Bericht vom 30. August 2022 nachvollziehbar und detailliert, weshalb die neuen Akten nicht geeignet seien, den Entscheid der Beschwerdegegnerin abzuändern. Dieser Bericht geniesse volle Beweiskraft. Die 2009 dokumentierte komplexe Schädigung des hinteren, oberen und unteren Labrumkomplexes mit konsekutiven Knorpelschäden des oberen und dorsalen Pfannenrandes seien nach dem Unfallereignis zwei Jahre zuvor nicht zu sehen gewesen. Die in den Folgejahren durchgeführten Operationen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht als Unfallfolgen, sondern als Folgen des gestörten Containments des rechten Schultergelenkes bei Pfannendysplasie und instabiler Situation infolge anlagebedingter Fehlausrichtung mit Retroversion der Pfanne zu sehen. Dasselbe gelte für die letzte Operation vom 31. Mai 2022 [recte: 2021], welche mit der unfallunabhängig durchgeführten Operation im Jahr 2009 im Zusammenhang stehe (act. 12).

5. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Der (nach dem Unfallereignis vom 1. August 2007) erstbehandelnde Arzt in der Schweiz, Dr. med. H. _____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in der Schadenmeldung UVG vom 10. August 2007 eine Thorax- und Schulterkontusion rechts, eine HWS-Distorsion und eine BWS-Kontusion sowie eine distale Bizepszerrung am tendo-myotischen Übergang. Der Beschwerdeführer sei deprimiert und leicht verlangsamt. Palpatorisch bestünde ein Schmerz rechts paravertebral über der HWS und der oberen BWS, eine painful arc Schulter rechts, Schmerzen am distalen Bizepssehnen-Muskel-Übergang sowie eine leichte Druckdolenz am rechten Kleinzehengrundgelenk (UV-act. 2).

5.2 Im radiologischen Bericht vom 7. November 2007 stellte Dr. med. I. _____, Facharzt Radiologie, hinsichtlich der rechten Schulter subchondral zystisch degenerative Veränderungen im dorsalen Anteil des Humeruskopfes unterhalb der Sehne des Musculus infraspinatus fest. Im Übrigen zeige sich eine normale Signalgebung der Markräume des rechten Schulterskelettes, keine ossäre Läsion. Zentrierte Stellung des Humeruskopfes zum Glenoid, intakte Darstellung der langen Bizepssehne und des Labrum glenoidale; normaler humero-acromialer Abstand. Allenfalls diskrete intramurale Substanzläsionen der ansatznahen Supraspinatussehne. Im Übrigen altersentsprechende Darstellung der Rotatorenmanschette; keine transmurale Verletzung (UV-act. 12c).

5.3 Am 25. Mai 2009 berichtete Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt Radiologie, über das Arthro-MRI der rechten Schulter. Es bestehe ein Labrum/Knorpel-Einriss posterior, mittलगlenoidal und caudal bei anlagebedingter Glenoid-Dyplasie; eventuell SLAP-Läsion Typ II. Die Rotatorenmanschetten-Sehnen und -Muskeln seien intakt. Es bestehe eine Konturirregularität am Humeruskopf dorsal-cranial, assoziiert kleine subcorticale Zysten. Das AC-Gelenk sei normal (UV-act. 18).

5.4 Doktor med. K. _____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte am 29. September 2009 aufgrund der MRI-Aufnahmen und persistierenden Schmerzen eine Schulterarthroskopie rechts, SLAP-Resektion im cranialen Bereich, Refixation am Glenoid, Debridement der Knorpelschäden an der vorderen Glenoidkante, Synovektomie der Supraspinatussehne sowie Tenotomie der langen Bizepssehne rechts durch. Beim Glenoid- und Humeruskopfknorpel zeigten sich Schäden an der vorderen Glenoidkante zusammen mit Loslösen des vorderen Labrums im Sinne einer GLAD-Läsion. Die Bizepssehne sei luxiert, sie laufe medial des Sulcus bicipitalis. Die Supraspinatussehne sei stark gerötet, aber intakt. Bei der Infraspinatussehne zeigten sich ebenfalls synovitische Veränderungen posteriosuperior im Sinne einer Werferschulter. Beim Kapselbandkomplex zeige sich eine Ablösung des vorderen und oberen Labrums mit Beteiligung des Sehnenchafts der langen Bizepssehne. Die Bizepssehne sei extrem unter Zug, nach deren Tenotomie liege sie nicht mehr intraartikulär. Die cranialen Abschnitte des oberen Labrums seien praktisch vollständig ossifiziert, deshalb der Entscheid zur schrittweisen Resektion. Cranial des resezierten Labrums zeige sich ebenfalls eine eindrückliche entzündliche Veränderung der Supraspinatussehne. Nun werde der noch erhaltene ventrale Teil des Labrums angefrischt und mit zwei Corkscrew-Ankern wieder refixiert (UV-act. 34c).

5.5 Im Operationsbericht vom 31. Mai 2021 wurden von Dr. F. _____ als aktuelle Diagnosen eine diffuse chronische Synovitis mit verdickter vorderer Kapsel, posttraumatische Omarthrose mit vor allem dorsalen Pfannenabrieb mit dorsaler beginnender Subluxation des Humeruskopfes, störende Fäden der beiden Corkscrew-Anker sowie subacromiale Verklebungen festgehalten. Die radiologische Darstellung vom 19. Januar 2021 habe eine deutliche Omarthrose mit subchondralen und paralabralen Ganglien des dorsalen Glenoids gezeigt. Eine Schraubenlockerung der kranialen Schraube im ventralen Glenoid sei fraglich; die Rotatorenmanschette sei intakt. Nach lang dauernder konservativer Behandlung (Physiotherapie, Infiltrationen, Schmerzmedikation) der obgenannten Schulterproblematik bestehe aufgrund des Leidensdruckes des Patienten und der klinisch-radiologischen Befunde die Indikation zur operativen Revision (UV-act. A2).

5.6 Doktor E. _____ hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 10. Oktober 2021 fest, gemäss Erstbehandlungsbericht und der Schadenmeldung habe der Versicherte beim Unfall 2007 Prellungen des Brustkorbes, der Brustwirbelsäule und der rechten Schulter sowie eine Distorsion der Halswirbelsäule und des rechten Ellenbogens mit Zerrung der distalen Bizepssehne erlitten. Doktor H. _____ habe am 18. September 2007 berichtet, der Versicherte beklage Restbeschwerden im Bereich des Brustkorbes, des Nackens, der Brustwirbelsäule und des Schultergürtels und habe bereits am 27. August 2007 die Arbeit wieder aufgenommen. Gut einen Monat später habe Dr. L. _____, Chiropraktor, im Behandlungsbericht vom 22. Oktober 2007 eine aktiv und passiv freie Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes bei unauffälligen Verhältnissen der Halswirbelsäule dokumentiert. Doktor L. _____ habe den Versicherten wegen eines myofascialen Verspannungssyndroms des Schultergürtels detonisierend behandelt. Dagegen habe Dr. med. M. _____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 25. Oktober 2007 drei Tage später berichtet, der Versicherte stünde weiterhin wegen bewegungs- und belastungsabhängigen Beschwerden der Halswirbelsäule und ventralseitigen Schmerzen des rechten Schultergelenkes in seiner Behandlung. Doktor M. _____ habe eine Kernspintomographie der Halswirbelsäule und eine Arthro-Kernspintomographie des rechten Schultergelenkes veranlasst. Beide Untersuchungen seien zwölf Tage später am 6. November 2007 erstellt worden. Der Radiologe Dr. I. _____ beschreibe die kernspintomographischen Bilder der Halswirbelsäule als unauffällig/altersentsprechend ohne Nachweis von frischen oder älteren knöchernen Verletzungen oder Anzeichen für verschleissbedingte Erkrankungen. Hinsichtlich des rechten Schultergelenkes beschreibe er neben intramural in der Sehne des Supraspinatus hori-

zontal verlaufenden intrinsischen Signalveränderungen mehrere dorsal (hinten) im Oberarmkopf befindliche Zysten und eine "Normvariante" des superioren Labrum-Bizepsanker-Komplexes. Im radiologische Befundbericht würden unfallspezifische Veränderungen nicht erwähnt.

Doktor E. _____ erklärte vor diesem Hintergrund, dass somit darauf hinzuweisen sei, dass gemäss der knapp drei Monate nach dem Unfallereignis erstellten kernspintomographischen Bildgebung keine unfallbedingten strukturellen Veränderungen der Halswirbelsäule und des rechten Schultergelenkes zu erkennen seien.

Weiter führte Dr. E. _____ aus, dass Dr. M. _____ wegen anhaltender Beschwerden des rechten Schultergelenkes eine erneute Arthro-Kernspintomographie veranlasst habe, welche am 25. Mai 2009 durchgeführt worden sei. Der für die Beurteilung verantwortlich zeichnende Radiologe Prof. J. _____ sei als Experte für die Beurteilung kernspintomographischer Bilder des Schultergelenkes und für seine Expertise international bekannt. Professor J. _____ diagnostiziere anhand der Bilder eine komplexe Schädigung des hinteren, oberen und unteren Labrumkomplexes mit konsekutiven Knorpelschäden des oberen und dorsalen Pfannenrandes. Der Grund für die offensichtlichen Schäden seien eine Dysplasie der Schulterpfanne mit Retroversion (Rückneigung) und damit verbundenen Einrissen der Gelenkklippe und des Knorpels. Damit in Zusammenhang stünden auch eine Schädigung des oberen Labrum-Bizepsanker-Komplexes im Sinne einer möglichen SLAP-II-Läsion und Instabilität des Bizepsankers. Professor J. _____ habe eine Schädigung der Rotatorenmanschette, des Poulley und des AC-Gelenkes ausschliessen können. Der Experte beurteile die offensichtlichen Schäden des Schultergelenkes demnach nicht als Folge des Unfallereignisses 21 Monate zuvor, sondern als Folge einer anlagebedingten Formfehlstellung des rechten Schultergelenkes. Die Vaudoise Versicherung habe sich trotz des radiologischen Berichtes für die Weiterbehandlung des Versicherten durch den Orthopäden Dr. K. _____ (Nachfolger Dr. M. _____) und die am 29. September 2009 durchgeführte arthroskopische Operation des rechten Schultergelenkes verantwortlich gezeichnet. Doktor K. _____ bestätige anlässlich des operativen Eingriffes vom 29. September 2009 die von Prof. J. _____ beschriebene komplexe Schädigung des Labrumkomplexes mit Knorpelschäden, und dokumentiere darüber hinaus eine Schädigung der vorderen Gelenkklippe und beschrieb die SLAP-Läsion als Typ V der Klassifikation nach Maffet. Laut Operationsbericht habe er eine "Re-Arthroskopie", Stabilisierung der vorderen Gelenkklippe mit zwei Ankern, Debridement und Teilentfernung des oberen instabilen Labrum-Bizepsankers mit Durchtrennung der Bizepssehne (Tenotomie) und Refixati-

on der Sehne im Sulcus intertubercularis (Tendodese) durchgeführt. Die Verwendung des Begriffes "Re-Arthroskopie" sorge für Verwirrung, da es einen bereits vorausgehenden arthroskopischen Eingriff impliziere, der aber laut Aktenübersicht nie stattgefunden habe. Es handle sich überwiegend wahrscheinlich um einen Übertragungsfehler und finde sich in allen Befundberichten des Orthopäden bis ins Jahr 2021 wieder. Unter Berücksichtigung des klinischen Verlaufes mit anhaltend beklagten Beschwerden des Nackens und der diesbezüglich bildgebend unauffälligen Befunde schloss die Vaudoise die Unfallfolgen per Februar 2010 zweieinhalb Jahre nach dem Unfallereignis ab. Der inzwischen 33-jährige Versicherte, zwischenzeitlich bei der AXA unfallversichert, habe im Januar 2021 ein neues Unfallereignis gemeldet. Er sei am 14. Januar 2021 auf schneeglattem Untergrund ausgerutscht und auf die rechte Schulter gefallen. Aus den in der Zeitfolge erstellten Konsultationsberichten verschiedener Orthopäden sei ersichtlich, dass der Versicherte bereits im Vorfeld seit 2016 zunehmende Schmerzen mit Funktionsbeeinträchtigung des rechten Schultergelenkes beklagt habe. Der in der Zwischenzeit zuständige Hausarzt Dr. med. N._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, diagnostiziere anlässlich der Erstkonsultation vom 18. Januar 2021 eine Kontusion des rechten Schultergelenkes und veranlasse eine Arthro-Kernspintomographie, welche am Folgetag durchgeführt worden sei. Als weiterführende Diagnostik sei am 18. Februar 2021 zusätzlich eine Computertomographie durchgeführt worden. Aus den bildgebenden Befunden des MRT und CT sei eine fortgeschrittene Arthrose des rechten Schultergelenkes im hinteren Anteil (Omarthrose) der Schulterpfanne und des Oberarmkopfes bei Subluxation nach dorsal infolge der bereits von Prof. J._____ beschriebenen Glenoiddysplasie Typ C mit Retroversion zu erkennen. Gemäss radiologischem Befundbericht fänden sich keine Anzeichen unfallspezifischer Veränderungen, die auf eine zusätzliche strukturelle Schädigung des bereits omarthrotisch und subluxierten vorgeschädigten rechten Schultergelenkes hinweisen würden. Daraus folgernd habe die AXA den Schadenfall (Ereignis vom 14. Januar 2021) per Status quo sine bis zum 28. Februar 2021 terminiert, basierend auf dem Gutachten ihres Vertrauensarztes Dr. O._____, Orthopäde in Q._____/ZH, welcher eine zeitlich limitierte Aktivierung eines Vorzustandes für einen Zeitraum von sechs Wochen durch das Unfallereignis vom 14. Januar 2021 postuliert habe. Der Versicherte habe in den Monaten von Februar bis Ende Mai 2021 verschiedene Orthopäden in Zürich (Dr. med. P._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), in R._____/ZG (Dr. K._____) und in S._____/ZG (Dr. F._____) konsultiert, welche neben Injektionstherapien als operative Optionen ein arthroskopisches Gelenkdebridement mit Entfernung der zuvor eingebrachten Anker respektive die endoprothetische Versorgung des rechten Schultergelenkes mit einer anatomischen Prothese fa-

vorisierten. Der Versicherte unterzog sich schliesslich am 31. Mai 2021 einem weiteren teils arthroskopischen, teils offenen Gelenkeingriff des rechten Schultergelenkes mit Teilsynovektomie/Debridement, Entfernung der Anker mit Fadenresten und ventraler Kapsulotomie bei Dr. F. _____. Der Operateur bestätige im Operationsbericht eine Subluxation des Humeruskopfes und eine schwere dorsal betone Omarthrose mit Beteiligung der Gelenkpfanne Grad III bis IV und des Humeruskopfes Grad III nach Outerbridge.

Die Frage der Vaudoise, ob sich der Gesundheitszustand der versicherten Person zwischen dem Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses oder der Leistungseinstellung und dem Zeitpunkt der Rückfallmeldung subjektiv, klinisch oder objektiv verändert habe, verneinte Dr. E. _____. Der Gesundheitszustand der versicherten Person habe sich zwischen dem Zeitpunkt des Behandlungsabschlusses oder der Leistungseinstellung und dem Zeitpunkt der Rückfallmeldung nicht verändert. Es sei durch das geltend gemachte Unfallereignis vom 14. Januar 2021 zu keiner zusätzlichen richtunggebenden, strukturellen Läsion des rechten Schultergelenkes über den bereits vorliegenden Vorzustand einer schweren, dorsal betonten Omarthrose bei Subluxation des Humeruskopfes infolge der Retroversion der Schulterpfanne bei Glenoiddysplasie Grad C gekommen. Es resultiere – basierend auf der zeitnah nach dem Ereignis vom 14. Januar 2021 erstellten MRT- und CT-Untersuchung des rechten Schultergelenkes – eine vorübergehende, zeitlich limitierte Aktivierung eines Vorzustandes.

Die Veränderungen stünden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (< 50 %) in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum ursprünglich gemeldeten Ereignis oder zu den ursprünglich erlittenen Körperschädigungen. Die sich bereits im Jahre 2007, 2009 und nunmehr 2021 darstellenden Veränderungen des Schultergelenkes stünden weder in kausalem Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 1. August 2007 noch dem Unfallereignis vom 14. Januar 2021, sondern seien ausschliesslich einer anlagebedingten Formfehlstellung der Schultergelenksanlage mit Glenoiddysplasie und Retroversion der Schulterpfanne und des Humeruskopfes mit komplexer Labrumläsion, konsekutiver Subluxation und schwerer Omarthrose geschuldet. Es werde auf den richtungsweisenden Befundbericht des Radiologen Prof. J. _____ vom 25. Mai 2009 verwiesen. Der Einschätzung verschiedener behandelnder Orthopäden als "posttraumatische Omarthrose" im Sinne einer kausalen und nicht zeitlichen Bewertung könne nicht gefolgt werden.

Es handle sich bei den beklagten Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (< 50%) um einen Rückfall oder um Spätfolgen eines anderen Ereignisses. Die Schäd-

digung des rechten Schultergelenkes sei ausschliesslich Folge einer anlagebedingten Fehlstellung der Schulterpfanne und des Oberarmkopfes und stehe in keinem kausalen Zusammenhang zu einem der gegenständlichen Unfallereignisse vom 1. August 2007 und 14. Januar 2021. Die heute klinisch und bildgebend objektivierbaren Schäden und die Funktionsbeeinträchtigung des rechten Schultergelenkes seien keine Folgen des Unfallereignisses vom 1. August 2007. Es sei als Folge beider Unfallereignisse zu keiner strukturellen Schädigung des rechten Schultergelenkes gekommen. Alle objektivierten Schäden betreffend das rechte Schultergelenk seien ausschliesslich Folge einer anlagebedingten Formfehlstellung der Schultergelenksanlage (UV-act. 78).

5.7 Am 14. Dezember 2021 erklärte der behandelnde Dr. F. _____, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2007 einen Verkehrsunfall mit Schultertrauma rechts erlitten habe. Wegen Persistenz der Schmerzen und Instabilitätsgefühl sei es im Jahr 2009 zu einer arthroskopischen Schulterstabilisierung mit Teilresektion der SLAP-Läsion sowie Bizepstenotomie gekommen. Der Patient sei nie beschwerdefrei gewesen, jedoch sei es jetzt zu zunehmenden Schmerzen bei Aussendreh-Bewegungen gekommen und in der Sprechstunde 2021 sei die Diagnose einer posttraumatischen Omarthrose mit dorsalem Pfannenabrieb, mit dorsal beginnender Subluxation des Humeruskopfes sowie subakromialer Verklebung gestellt worden. In der Folge sei eine Synovektomie mit anteriorer Kapsulotomie und Ektomie, Entfernung von zwei Corkscrew-Ankern aus dem vorderen Pfannenrand gemacht worden. Schon eine einmalige Subluxation oder Luxation der Schulter könne später zu einer posttraumatischen Arthrose führen. Der Patient sei 33 Jahre alt und habe deutliche posttraumatische Knorpelschäden, was ungewöhnlich sei für das Alter. Aufgrund der ihm (Dr. F. _____) vorliegenden Befunde und intraoperativen Ergebnissen, handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um einen posttraumatischen Zustand der Schulter (UV-act. 82a; Bf-act. 5).

5.8 Die Beschwerdegegnerin legte diese mit der Einsprache eingereichte Stellungnahme von Dr. F. _____ in der Folge Dr. E. _____ vor, welcher am 22. Februar 2022 dazu ausführte, dass er (Dr. E. _____) die gutachterliche Beurteilung vom 14. Oktober 2021 als unabhängiger und zertifizierter Gutachter der Swiss Insurance Medicine (SIM) im Sinne eines externen Gutachtens erstellt habe und nicht als versicherungsinterner Berater tätig sei. In seinem Schreiben vom 14. Dezember 2021 führe Dr. F. _____ den Krankenverlauf in eher allgemeiner Weise aus, ohne sich mit den relevanten Details der Erstbehandlungsbefunde und der bildgebenden Diagnostik im Jahre 2007 auseinanderzusetzen. So lasse die Stellungnahme des Orthopäden eine Diskussion bezüglich der

klinischen und bildgebenden Befunde aus dem Unfalljahr 2007 vermissen. Die radiologischen Befunde einer Kernspintomographie vom 6. November 2007 und aus dem Jahre 2009 (Prof. J. _____), die von enormer Bedeutung für die Beurteilung der Kausalität seien, fänden in der Stellungnahme des Orthopäden keine Erwähnung. Doktor F. _____ präsentiere eher allgemeingültiges Wissen, indem er ausführe, dass bereits nach einer einmaligen Subluxation oder Luxation eines Schultergelenkes die Arthrose vorgeplant sei. Damit möchte Dr. F. _____ implizieren, dass es im Rahmen des Unfallereignisses zu einer Luxation respektive Subluxation des Schultergelenkes gekommen sei. Die eher allgemeingültigen Äusserungen liessen eher darauf schliessen, dass ihm die klinischen und radiologischen Befunde betreffend den Schadenfall nicht oder nur unvollständig bekannt seien, da die Fakten ein ganz anderes Bild zeichnen würden. Den Echtzeitbefunden komme wie fast bei allen Kausalitätsbeurteilungen auch im vorliegenden Fall besondere Bedeutung zu. Im Erstbehandlungsbericht des serbischen Arztes über die stationäre Behandlung vom 1. bis 4. August 2007 würden als Unfallfolgen eine Kontusion des Thorax, des Abdomens, eine Abschürfung des rechten Ellenbogengelenkes und Zerrung des rechten Acromioclavikulargelenkes (AC-Gelenk) benannt. Eine Luxation oder therapeutische Reposition des rechten Schultergelenkes werde nicht erwähnt. In den nachfolgenden Arztberichten von Dr. H. _____, Dr. L. _____ und Dr. M. _____ fänden sich ebenfalls keine Hinweise für eine im Rahmen des Unfallereignisses stattgehabte Luxation oder Subluxation eines Schultergelenkes. So seien aus der arthrokernspintomographischen Diagnostik des rechten Schultergelenkes vom 6. November 2007, drei Monate nach dem Unfallereignis, keine Anzeichen für eine stattgehabte Luxation eines Schultergelenkes zu erkennen. Es würden weder Knochenödeme oder eine Hill-Sachs-Läsion als pathognomonisches Zeichen nach einer Luxation noch Veränderungen des die Gelenkpfanne umgebenden Labrumkomplexes vorliegen. Die Schulter stelle sich bis auf leichte Signalsteigerungen im Bereich des Sehnenansatzes der Supraspinatussehne (Umbau störung) altersentsprechend unauffällig dar. Was dagegen auffalle, seien die als Degenerationszysten des Humeruskopfes im hinteren Anteil bezeichneten Veränderungen, die mit der später diagnostizierten anlagebedingten Dysplasie und Retroversion (Rückneigung) der Gelenkpfanne in Einklang zu bringen seien. Es gelte festzuhalten, dass weder aus den klinischen Berichten verschiedener Ärzte und Fachrichtungen noch aus den bildgebend objektivierbaren Befunden Anzeichen für eine relevante Traumatisierung des Schultergelenkes oder gar für eine von Dr. F. _____ postulierte Luxation/Subluxation zu erkennen seien. Eine Luxation oder Subluxation wäre aus den bildgebenden Befunden als komplexes Schadensmuster zu erkennen und mit einem typischen klinischen Beschwerdebild vergesellschaftet, welches sich im vorliegenden Fall nicht wiederfinde. Erst

im Jahre 2009 vermöge der radiologische Befund des Experten Prof. J. _____ bezüglich der vom Versicherten beklagten Beschwerden des Schultergelenkes Licht ins Dunkel zu bringen. Die Beurteilung des Radiologen verweise auf eine anlagebedingte Unterentwicklung der Schultergelenkspfanne mit Retroversion/Neigung und Hypoplasie der Schulterpfanne, die zwangsläufig zu einem gestörten Containment des Schultergelenkes mit nachfolgender Instabilität und konsekutiven Schäden, insbesondere am oberen und hinteren Labrumkomplex und letztendlich Subluxation des Oberarmkopfes nach dorsal, führe. Diese anlagebedingten Veränderungen würden analog einer Hüftdysplasie schon frühzeitig und in jungen Jahren zu instabilitätsbedingten arthrotischen Deformitäten und zum Teil ausgeprägten Hüft- und Schultergelenksarthrosen führen. So fänden sich bei Retroversionsfehlstellungen des Glenoids nahezu immer zunächst posteriore paralabrale Zysten, Knorpelschäden des dorsalen Glenoids bis hin zu ausgeprägten Arthrosen und ein gestörtes Containment/Instabilität des Humeruskopfes mit Subluxation nach dorsal. Diese anlagebedingte Konstellation liege vollumfänglich im vorliegenden Fall vor. Die Schlussfolgerung des Orthopäden Dr. F. _____, die Arthrose des Schultergelenkes sei beim Alter des Versicherten einzig auf eine Traumatisierung und Luxation zurückzuführen, lasse Zweifel an den geforderten differentialdiagnostischen Qualitäten des Orthopäden aufkommen, zumal Dr. F. _____ ja auch die radiologische Beurteilung des Prof. J. _____ hätte bekannt sein dürfen. So hätten weder die arthroskopische Operation im Jahre 2009 durch Dr. K. _____ noch die Operation des Dr. F. _____ das eigentliche Problem des Schultergelenkes mit einer anlagebedingten Fehlf orm, sondern ausschliesslich die Symptome der anlagebedingten Erkrankung mit translativer Instabilität des Schultergelenkes adressiert. Auch dem orthopädischen Chirurgen Dr. K. _____, der die Arthroskopie im Jahre 2009 durchführte und in diesem Zusammenhang für die Versorgung des instabilen Labrumkomplexes wie üblich allfällige Knochenanker und Fadenmaterial verwendet habe, hätten aufgrund der Expertise von Prof. J. _____ die kausalen Zusammenhänge deutlich werden müssen. So habe man sich wider besseren Wissens und trotz fehlendem Nachweis einer unfallbedingten strukturellen Schädigung darauf beschränkt, einen kausalen Zusammenhang der Arthrose mit dem Unfallereignis zu postulieren. Zusammenfassend lasse die versicherungsmedizinische Einlassung des Dr. F. _____ auf eine unzureichende Kenntnis der medizinischen Aktenlage schliessen und zeige keine Argumente auf, die zu einer versicherungsmedizinischen Neubewertung des Sachverhaltes führen würde. Die gutachterliche Stellungnahme vom 14. Oktober 2021 werde vollumfänglich bestätigt (UV-act. 83).

5.9 Im radiologischen Bericht vom 27. Mai 2022 wurden eine hochgradige Omarthrose rechts und eine Retroversion des rechten Glenoids um 19,3 Grad sowie links eine noch deutlich ausgeprägtere Retroversion des Glenoids mit einem Winkel von knapp 33 Grad (Differenzialdiagnose [DD]: Dysplasie) festgestellt (UV-act. A1).

5.10 Mit der Beschwerde liess der Beschwerdeführer die "Stellungnahme zur Unfallkausalität" von Dr. F. _____ vom 15. Juni 2022 einreichen. Doktor F. _____ erklärte darin, dass er zu den wichtigsten Punkten beziehend auf das Gutachten von Dr. E. _____ eine Stellungnahme abgeben möchte. Die von Dr. E. _____ angeführte Retroversion, d.h. Kippung der rechten Schulter bzw. der Pfanne nach dorsal (19 Grad im CT) sei nicht der Grund für die Arthroseentwicklung des Patienten in der rechten, verletzten Schulter. Er (Dr. F. _____) habe sich erlaubt, eine CT-Messung beider Schultern zu machen und es sei überraschend, dass in der linken Schulter sogar eine schiefe Ebene von 33 Grad bestehe ohne die geringsten Zeichen einer Arthrose. Somit müsse dieses Argument als nichtig und unsachgemäss erachtet werden. Schon eine einmalige Subluxation oder Luxation der Schulter könne zur Folge haben, dass sich in der Folge Jahre später eine Arthrose entwickle. Dies stütze sich vor allem auf skandinavische wissenschaftliche Arbeiten mit Langzeitverläufen nach Schulter-Luxation oder Subluxationen. Diese beiden Punkte seien als wichtiges Argument dafür anzugeben, dass der Unfall von 2007 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu den Schäden der Schulter geführt habe, was einem häufigen Langzeitverlauf nach solchen Verletzungen entspreche. Die Gegenschulter, die nie verletzt worden sei, habe keine Zeichen einer Arthrose und sei schmerzfrei (Bf-act. 6).

5.11 Daraufhin ging Dr. E. _____ in seiner Stellungnahme vom 30. August 2022 abermals auf die echtzeitliche Aktenlage ein und verwies auf seine ausführlichen Beurteilungen vom 14. Oktober 2021 und 22. Februar 2022. Erneut sei darauf hinzuweisen, dass gemäss der knapp drei Monate nach dem Unfallereignis erstellten kernspintomographischen Bildgebung keine unfallbedingten strukturellen Veränderungen des rechten Schultergelenkes zu erkennen seien. Der Versicherte habe entsprechend der objektivierbaren Bildgebung als Folgen des Unfallereignisses im Jahre 2007 keine Luxation, Subluxation oder zusätzliche strukturelle Schäden des rechten Schultergelenkes erlitten. Es hätten sich jedoch bereits zu diesem Zeitpunkt hinten im Oberarmkopf gelegene sogenannte Resorptionszysten als unfallunabhängige vorbestehende Befunde gezeigt. Diese bereits zu diesem Zeitpunkt nachgewiesenen Resorptionszysten im hinteren Anteil des Oberarmkopfes würden unter Berücksichtigung der in der weiteren Zeitfolge durch Prof. J. _____ verifizierten anlagebedingten Rückneigung und Dysplasie der Schultergelenkspfanne

rechts für einen Vorzustand einer nach dorsalseits hinten gerichteten, zu diesem Zeitpunkt noch kompensierten, Instabilität des Schultergelenkes und damit verbundenen Folgeschäden am Oberarmkopf sprechen. Was letztendlich für diesen, im Vergleich auch zur adominanten Gegenseite, unterschiedlichen und fortgeschrittenen chronischen Befund verantwortlich gewesen sei, sei retrospektiv nicht zu sagen. Ob es sich um die Folgen eines bereits in jungen Jahren erlittenen Ereignisses mit konsekutiver dorsaler Instabilität gehandelt habe, oder der rechte Arm vermehrt bei Sportbelastungen geschädigt worden sei, sei mit letztendlicher Sicherheit nicht nachzuvollziehen. Es handle sich um den dominanten rechten Arm, der auch bei Arbeitsvorgängen und beim Sport wahrscheinlich intensiver als der andere Arm eingesetzt und belastet würde. Insofern sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass sich die anlagebedingte Fehlneigung und Dysplasie der Pfanne weitaus stärker auf eine Entwicklung einer dorsalen Instabilität im rechten Schultergelenk ausgewirkt habe. Professor J. _____ dokumentiere im Jahr 2009, zwei Jahre später, ohne weiteres Unfallereignis eine komplexe Schädigung des hinteren, oberen und unteren Labrumkomplexes mit konsekutiven Knorpelschäden des oberen und dorsalen Pfannenrandes. Alle diese Befunde würden sich nach dem Unfallereignis, zwei Jahre zuvor, nicht darstellen und seien auch deshalb nicht als unfallkausal anzusehen. Den Grund für die offensichtlichen Schäden sei, so der radiologische Experte Prof. J. _____, in einer Dysplasie der Schulterpfanne mit Retroversion (Rückneigung) und damit verbundenen Einrisssen der Gelenkklippe und des Knorpels zu sehen. Damit in Zusammenhang stünde auch eine Schädigung des oberen Labrum-Bizepsanker-Komplexes im Sinne einer möglichen SLAP-II-Läsion und Instabilität des Bizepsankers. Professor J. _____ habe eine Schädigung der Rotatorenmanschette, des Poulley und des AC-Gelenkes ausschliessen können. Der Experte habe die offensichtlichen Schäden des Schultergelenkes demnach nicht als Folge des Unfallereignisses 21 Monate zuvor, sondern als Folge einer anlagebedingten Formfehlstellung des rechten Schultergelenkes beurteilt. Der Versicherte sei in der Folgezeit ohne weiteres Unfallereignis aufgrund beklagter Beschwerden im anterioren Bereich des rechten Schultergelenkes mehrfach operiert worden. Es sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die bereits 2009 festgestellten komplexen Schäden am oberen, hinteren und unteren Labrum-Bizepssehnen Ankerkomplexes in Einheit mit den durchgeführten Operationen zu einer deutlichen Progredienz der sich bereits vor 2007 darstellenden Schädigung des Oberarmkopfes (bei dorsaler Instabilität mit konsekutiver Entwicklung einer schweren dorsal betonten Omarthrose) geführt hätten. Auch durch das geltend gemachte Ereignis vom 14. Januar 2021 sei es bildgebend verifiziert nicht zu einer zusätzlichen Schädigung des zu diesem Zeitpunkt schwer arthrotischen und bereits in permanenter dorsaler Subluxationsstellung stehenden rechten Schultergelenkes gekom-

men. Die Subluxationsstellung erkläre sich durch die schwere, im hinteren Pfannenanteil und Oberarmkopf gelegene, Schädigung und nach dorsalseits gerichtete Instabilität und werde durch die anlagebedingte Rückneigung und Dysplasie der Pfanne hervorgerufen. Doktor F. _____ habe in der Zwischenzeit eine Computertomographie mit dreidimensionaler Rekonstruktion beider Schultergelenke mit Berechnung der Retroversion beider Schulterpfannen vorgelegt. Bei der Durchsicht der an die Bildrekonstruktion angelegten Messlinien falle auf, dass bezüglich beider Schultergelenke die Messlinien am hinteren Scapularand unterschiedlich angelegt worden seien und als Referenzpunkt für den hinteren Pfannenrand bei der rechten Schulter im Gegensatz zur linken Schulter der arthrosebedingte Osteophyt gewählt worden sei. Dies bedinge überwiegend wahrscheinlich unterschiedliche Werte für die Retroversionsfehlstellung beider Pfannen. Unter Neuausrichtung dieser Messlinien ergebe sich für beide Schulterpfannen ein bereinigter Wert von etwa 20 Grad Retroversion beidseits. Die Computertomographie zeige bezüglich des rechten Schultergelenkes eine fortgeschrittene Omarthrose mit Osteophytenbildung und Betonung des dorsalen Gelenkanteiles, während für das linke Schultergelenk, soweit aus dieser einzigen Schicht beurteilbar, keine arthrotische Deformität vorliege. Aus den Bildern sei zu entnehmen, dass das rechte Schultergelenk, soweit überhaupt in diesem Stadium noch beurteilbar, eine stärkere dysplastische Verformung als die linke Gegenseite aufweise, was die arthrotische Fehlentwicklung des rechten Schultergelenkes im Sinne eines Dominoeffektes begünstigt haben könne. Die Feststellung Dr. Henkels, schon eine einzige Luxation könne letztendlich eine arthrotische Entwicklung in Gang setzen, sei allgemeingültiges Wissen und bekannt. Da aber im Zusammenhang mit den beiden geltend gemachten Unfallereignissen keine unfallbedingte Luxation oder Subluxation habe verifiziert werden können, diene diese Feststellung eher dazu, dem Leser eine Luxation oder Subluxation als Grund der arthrotischen Fehlentwicklung zu suggerieren. Wie oben ausführlich erläutert, habe die klinische und bildgebende Auswertung eine unfallbedingte Luxation/Subluxation hinsichtlich beider Ereignisse definitiv ausschliessen können. Die permanente jetzt vorliegende Subluxationsstellung des Oberarmkopfes nach dorsal sei der Instabilität des Schultergelenkes aufgrund der schweren Deformität und der anlagebedingten Retroversion der Pfanne geschuldet. Zusammenfassend habe der Versicherte als Folge des Unfallereignisses aus dem Jahre 2007 eine Prellung des rechten, bereits länger vorgeschädigten und dorsal instabilen Schultergelenkes ohne zusätzliche unfallbedingte strukturelle Schäden erlitten. Der Vorzustand des rechten Schultergelenkes habe in einer anlagebedingten Fehlausrichtung und Dysplasie der Gelenkpfanne bestanden, mit bereits chronischer Schädigung des dorsalen Humeruskopfes (Zysten) zum Zeitpunkt des Ereignisses im Jahre 2007. Die in den Folgejahren durchgeführten Operationen hätten über-

wiegend wahrscheinlich keine Folgen des Unfallereignisses von 2007, sondern die Folgen des gestörten Containments des rechten Schultergelenkes bei Pfannendysplasie und instabiler Situation infolge anlagebedingter Fehlausrichtung mit Retroversion der Pfanne adressiert. Die von Dr. F. _____ durchgeführte Operation habe nicht in kausalem Zusammenhang mit dem Erstereignis aus 2007 gestanden, sondern mit der Operation von 2009, die unfallunabhängig durchgeführt worden sei. Die unterschiedlichen Messwerte bezüglich der Retroversion der Schulterpfannen würden sich durch Messabweichungen bei der Anlage der Messlinien und Referenzpunkte erklären. Die unterschiedlichen Befunde beider Schultergelenke (Arthrose rechts, keine Arthrose links) seien der bereits zum Zeitpunkt des ersten Unfallereignisses vorbestehenden Schädigung des rechten Oberarmkopfes mit progredienter Arthroseentwicklung und der zusätzlichen iatrogenen Traumatisierung durch verschiedene operative Eingriffe geschuldet. Die versicherungsmedizinische Beurteilung durch vom 22. Februar 2022 werde hiermit vollumfänglich bestätigt (UV-act. A3).

6.

6.1 Vorab ist festzuhalten, dass die Beurteilungen des die Versicherung beratenden Dr. E. _____ hinsichtlich des Beweiswertes mit Beurteilungen versicherungsinterner Ärzte gleichzusetzen ist (vgl. BGer 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2). Dies ist unter den Parteien vorliegend denn auch unbestritten. Dass sich Dr. E. _____ seinerseits infolge seiner Zertifizierung bei der SIM als "unabhängiger, externer Gutachter" betrachtet, schadet dabei insofern nicht, als sein diesbezüglich falsches Verständnis seiner Funktion nicht per se zu Zweifeln an seiner Einschätzung führt. Das Gericht hat im Rahmen der freien Beweiswürdigung zu prüfen, ob auf die Einschätzungen von Dr. E. _____ abgestellt werden kann. Namentlich wird zu beurteilen sein, ob die Argumente des behandelnden Dr. F. _____ an der versicherungsinternen Beurteilung der Unfallkausalität der aktuellen Beschwerden (auch nur geringe) Zweifel hervorrufen.

6.2 Die vorstehend einlässlich wiedergegebenen Beurteilungen des Dr. E. _____ sind schlüssig und nachvollziehbar (vgl. E. 5.6, 5.8, 5.11). Er hat sich eingehend mit den Vorakten auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen begründet dargelegt. So überzeugt seine Einschätzung, wonach die Omarthrose nicht als Folge des Unfallereignisses 2007, sondern als Folge der degenerativen Veränderungen zu sehen sei, wobei er die echtzeitlichen Berichte diskutiert und sich insbesondere auf die bildgebenden Befunde und die Einschätzung von Prof. J. _____ stützt. Dass sich Letzterer im MRI-Bericht vom 25. Mai 2009 selbstredend noch nicht zum Operationsbericht vom 29. September 2009

sowie zu den aktuell beklagten Beschwerden äussern konnte, schadet – anders als der Beschwerdeführer annimmt – nicht. Doktor E. _____ ordnet die Diagnosen von Prof. J. _____ in die gesamte Aktenlage ein und zieht dabei nachvollziehbar den Schluss, dass die nachfolgenden Operationen überwiegend wahrscheinlich keine Folgen des Unfallereignisses 2007 adressiert hätten (mithin auch die 2009 inoperativ angetroffene Befundlage keine Unfallfolgen darstellten), sondern die Folgen des gestörten Containments des rechten Schultergelenkes bei Pfannendysplasie und instabiler Situation infolge anlagebedingter Fehlausrichtung mit Retroversion der Pfanne seien (vgl. vorne E. 5.8 und 5.11).

An dieser Beurteilung vermögen die Ausführungen von Dr. F. _____ keine auch nur geringen Zweifel zu begründen. Doktor F. _____ führt im Wesentlichen an, dass bereits eine einmalige (Sub-)Luxation zu posttraumatischer Arthrose führen könne, der Befund sei für das Alter des Versicherten ungewöhnlich und die linke Schulter sei schmerzfrei und zeige keine Arthrose. Wie Dr. E. _____ zu Recht festhält, ist im Zusammenhang mit dem Unfall im August 2007 keine (Sub-)Luxation der rechten Schulter dokumentiert. Die allgemeine Aussage, bereits eine einmalige Luxation könne zu posttraumatischer Arthrose führen, genügt im Übrigen ohnehin nicht, um in concreto eine Rückfallkausalität nachzuweisen. Weiter legt Dr. E. _____ nachvollziehbar dar, dass die unterschiedlichen Befunde beider Schultergelenke (Arthrose rechts, keine Arthrose links) der bereits zum Zeitpunkt des ersten Unfallereignisses vorbestehenden Schädigung des rechten Oberarmkopfes mit einer progredienten Arthroseentwicklung und der zusätzlichen iatrogenen Traumatisierung durch verschiedene operative Eingriffe zu erklären sei (vorne E. 5.11). Was aber letztendlich für den, im Vergleich auch zur adominanten Gegenseite, unterschiedlichen und fortgeschrittenen chronischen Befund verantwortlich gewesen sei, sei retrospektiv nicht zu sagen. Ob es sich um die Folgen eines bereits in jungen Jahren erlittenen Ereignisses mit konsekutiver dorsaler Instabilität gehandelt habe, oder der rechte Arm vermehrt bei Sportbelastungen geschädigt worden sei, sei mit letztendlicher Sicherheit nicht nachzuvollziehen. Es handle sich um den dominanten rechten Arm, der auch bei Arbeitsvorgängen und beim Sport wahrscheinlich intensiver als der andere Arm eingesetzt und belastet würde (vorne E. 5.11). Insoweit übereinstimmend hatte schon im September 2009 Dr. K. _____ den (Teil-)Befund in der rechten Schulter als "Werferschulter" bezeichnet (vorne E. 5.4). Abgesehen davon ist es vorliegend nicht an Dr. E. _____, die Ursache für die unterschiedlichen Befunde in den beiden Schultern (im Sinne einer Alternativursache) zu bestimmen. Im Rahmen eines Rückfalls obliegt es der versicherten Person, die Unfallkausalität ihrer Beschwerden darzutun (vgl. vorne E. 3.4). Insofern führen die Argu-

mente des Beschwerdeführers hinsichtlich seiner "schieferen", arthrosefreien linken Schulter ins Leere. Diese laufen denn auch letztlich auf eine "post hoc ergo propter hoc"-Argumentation hinaus, was beweisrechtlich nicht genügt, zumal Dr. E. _____ die Messergebnisse von Dr. F. _____ bezüglich der Kippung der linken (angeblich deutlich schieferen) Schulter zumindest relativiert. Auch das Argument der Ungewöhnlichkeit des Befundes aufgrund des (jungen) Alters des Versicherten vermag – bei der aktenkundigen anlagebedingten Fehlstellung des Schultergelenkes – nicht zu überzeugen.

Zusammenfassend liegen mit den Stellungnahmen des behandelnden Facharztes Dr. F. _____ keine konkreten und differenzierten Einwände vor, die (auch nur geringe) Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des als versicherungsintern geltenden Dr. E. _____ wecken. Es sei in diesem Zusammenhang nochmals daran erinnert, dass es bei der Geltendmachung eines Rückfalls der versicherten Person obliegt, den Beweis des Kausalzusammenhangs zu erbringen. Es ist nicht Sache der Versicherung, eine alternative Ursache der Beschwerden darzutun. Vorliegend ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die arthrotischen Veränderungen in der rechten Schulter, welche zur operativen Intervention im Jahr 2021 und der hier massgeblich umstrittenen nachfolgenden Arbeitsunfähigkeit führten, auf den Unfall im Jahr 2007 zurückzuführen sind. Vielmehr ist gestützt auf die medizinische Aktenlage davon auszugehen, dass diese degenerativ bedingt sind. Nach einer derart langen Zeit von rund 14 Jahren seit dem Unfallereignis sind an den Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs ferner erhöhte Anforderungen zu stellen, die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt offenkundig nicht. Vorliegend schadet es auch nicht, dass sich Dr. E. _____ mehrmals äusserte. Er hat dabei lediglich zu den wiederholten (im Kern gleichbleibenden) Vorbringen und neu aufgelegten Berichten von Dr. F. _____ Stellung genommen, welche jedoch ihrerseits – wie aufgezeigt – keine Zweifel an der versicherungsinternen Stellungnahme aufkommen lassen. Es ist denn auch nicht so, dass die Befundlage vorliegend umstritten wäre oder die echtzeitlichen Berichte der Einschätzung von Dr. E. _____ diametral entgegenstehen würden.

6.3 Was die Entfernung der Fadenreste und Anker anlässlich der Operation vom 31. Mai 2021 betrifft, kann ebenfalls auf die Einschätzung von Dr. E. _____ abgestellt werden, wonach schon die zugrundeliegende Operation vom 29. September 2009 nicht mehr unfallkausal war. Unter Einbezug der echtzeitlichen Aktenlage begründet Dr. E. _____ nachvollziehbar, dass die in den Folgejahren durchgeführten Operationen (mithin auch jene vom 29. September 2009) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht

als Unfallfolgen, sondern als Folgen des gestörten Containments des rechten Schultergelenkes bei Pfannendysplasie und instabiler Situation infolge anlagebedingter Fehlausrichtung mit Retroversion der Pfanne zu sehen sind (vorne E. 5.11). Zur Unfallkausalität der Operation vom 29. September 2009 äusserte sich Dr. F. _____ ferner nicht ausdrücklich, er scheint – ungeachtet des rechtskräftigen Fallabschlusses per Ende Februar 2010 – generell sämtliche Schulterbeschwerden des Versicherten als Folge des Unfalls 2007 – im Sinne der Formel "post hoc ergo propter hoc" – zu interpretieren ("Der Patient erlitt einen Verkehrsunfall mit Schultertrauma rechts am 31. Juli 2007 [recte: 1. August 2007]. Wegen Persistenz der Schmerzen und Instabilitätsgefühl ist es zu einer arthroskopischen Schulterstabilisierung mit Teilresektion der SLAP-Läsion sowie Bizepsstenotomie 2009 gekommen. Der Patient ist nie beschwerdefrei gewesen, jedoch kam es jetzt zu zunehmenden Schmerzen bei der Aussendreh-Bewegung..." [UV-act. 82a]; sowie vorne E. 5.7). Es liegen folglich auch diesbezüglich keine differenzierten Einwände eines behandelnden Facharztes vor, welche Zweifel an der Schlüssigkeit der versicherungsinternen Einschätzung begründen könnten. Es ist in Würdigung der Aktenlage sodann kein Grund ersichtlich, weshalb nicht auf die Einschätzung von Dr. E. _____ abgestellt werden kann.

Bei der Leistungspflicht für Rückfälle und Spätfolgen kann die Versicherung nicht auf die Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs des Grundfalls behaftet werden (vorne E. 3.4). Aus der Tatsache, dass die Unfallversicherung die Kosten der Operation vom 29. September 2009 dannzumal – notabene im Ergebnis zu Gunsten des Versicherten – übernommen hatte und den Fallabschluss erst per Ende Februar 2010 (rund zweieinhalb Jahre nach dem Unfall, wobei zu jenem Zeitpunkt vordergründig HWS-Beschwerden beklagt wurden) verfügte (vgl. UV-act. 55), kann der Beschwerdeführer vorliegend nichts für sich ableiten. Im Zusammenhang mit dem Fallabschluss per Ende Februar 2010 hielt das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 17. März 2011 fest, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für die Heilbehandlung der Schulter "nicht zu früh" eingestellt habe (VGer ZG S 2010 170 vom 17. März 2011 E. 6.3). Die Unfallkausalität der Operation vom 29. September 2009 bzw. der damit adressierten Beschwerden war nicht Thema des damaligen Rechtsstreits, darüber wurden denn auch keine (allenfalls bindenden) Feststellungen seitens des Gerichts getroffen. Fehlt es bereits an der Unfallkausalität der Operation vom 29. September 2009, kann auch die im Mai 2021 durchgeführte Entfernung der 2009 eingesetzten Anker samt (zwischenzeitlich offenbar störenden) Fadenresten (vgl. E. 5.5) eindeutig nicht dem Unfall vom 1. August 2007 zugerechnet werden. Offen bleiben kann damit, ob – losgelöst von den im Mai 2021 operativ adressierten, unfallfremden Befunden – bloss aufgrund der vorgängig eingesetzten Anker (und Fadenres-

te) überhaupt eine Operationsindikation bestanden hätte; mithin der operative Eingriff aufgrund der degenerativen Befunde nicht ohnehin notwendig gewesen wäre und die Folgekosten der Anker- und Fadenentfernung überhaupt vom nicht unfallkausalen Anteil der Operation abgrenzbar wären bzw. ins Gewicht fielen (vgl. in diesem Sinne BGer 8C_802/2019 vom 23. März 2020 E. 3.2 ff.; 8C_252/2013 vom 8. Juli 2013 E. 3.1). Dies ist insbesondere auch deshalb der Fall, da vorliegend die AXA die Kostenübernahme für die Operation vom 31. Mai 2021 zugesagt und auf eine Rückforderung verzichtet hat (UV-act. 76a). Es erscheint vor diesem Hintergrund unwahrscheinlich, dass die Anker- und Fadenentfernung Folgekosten verursacht hat, die über jene der nicht unfallkausalen Folgekosten der Arthroskopie, Teilsynovektomie, anterioren Kapsulotomie und -ektomie sowie subacromialen Bursektomie (UV-act. A2) hinaus gehen.

6.4 Schliesslich ist nicht ersichtlich, dass Dr. E. _____ die behandelnden Ärzte in seinen Stellungnahmen persönlich angreift oder seine Ausführungen durch seine Wortwahl an Beweiskraft einbüßen würden, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht. Doktor E. _____ äussert sich namentlich in der vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang explizit erwähnten Stellungnahme vom 22. Februar 2022 dahingehend, dass die Äusserungen von Dr. F. _____ eher allgemeingültig seien und darauf schliessen liessen, dass ihm die klinischen und radiologischen Befunde betreffend den Schadensfall nicht oder nur unvollständig bekannt gewesen seien. Zudem hält er fest, dass die Schlussfolgerung des Orthopäden Dr. F. _____, die Arthrose des Schultergelenkes sei beim Alter des Versicherten einzig auf eine Traumatisierung und Luxation zurückzuführen, Zweifel an den geforderten differentialdiagnostischen Qualitäten des Orthopäden aufkommen lasse, zumal Dr. F. _____ ja auch die radiologische Beurteilung des Prof. J. _____ hätte bekannt sein dürfen (vgl. vorne E. 5.8). Diese Aussagen mögen zwar etwas harsch formuliert sein, sie sind jedoch angesichts der im Nachgang des Unfalls aktenkundig nicht beschriebenen Luxation nachvollziehbar; zumal es die Aufgabe von Dr. E. _____ war, sich differenziert zur Aktenlage und den Einwänden von Dr. F. _____ zu äussern.

6.5 Zusammenfassend kann hinsichtlich der hier interessierenden Kausalitätsfrage auf die Beurteilungen von Dr. E. _____ abgestellt werden. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht folglich zu Recht verneint, da zwischen den aktuell beklagten – im Rahmen eines Rückfalls geltend gemachten – Beschwerden und dem Unfallereignis vom 1. August 2007 überwiegend wahrscheinlich kein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Bei diesem Ergebnis sind schliesslich auch die Eventualanträge auf ein externes

medizinisches (Gerichts-)Gutachten abzuweisen (vgl. BGer 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3).

7. Die Beschwerde erweist sich nach dem Gesagten als unbegründet und ist vollumfänglich abzuweisen.

8. 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, so dass das Verfahren für die Parteien kostenlos ist. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG ist weder dem vollständig unterliegenden Beschwerdeführer noch der obsiegenden Sozialversicherungsträgerin eine Parteientschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (im Doppel), an die Beschwerdegegnerin sowie an das Bundesamt für Gesundheit, Bern.

Zug, 26. Februar 2024

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am