

VBE.2023.305 / pm / nl

Art. 6

Urteil vom 19. Januar 2024

Besetzung

Oberrichter Roth, Präsident
Oberrichterin Fischer
Oberrichter Kathriner
Gerichtsschreiber Meier

Beschwerde-
führer

A._____
vertreten durch MLaw Vanessa Senn,
CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG,
Münchensteinerstrasse 127, 4002 Basel

Beschwerde-
gegnerin

Suva, Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1, Postfach, 6002 Luzern

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend UVG
(Einspracheentscheid vom 25. April 2023)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 1977 geborene Beschwerdeführer ist als Lehrperson (Primarstufe) angestellt und aufgrund dieses Arbeitsverhältnisses bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Am 24. Februar 2022 rutschte er beim Skifahren auf der Piste aus, stürzte auf die Schulter und verletzte sich dabei. Die Beschwerdegegnerin erbrachte hierfür in der Folge vorübergehende Leistungen. Mit Verfügung vom 7. November 2022 stellte sie ihre Leistungen per 8. August 2022 ein. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie mit Einspracheentscheid vom 25. April 2023 ab.

2.

2.1.

Dagegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 24. Mai 2023 fristgerecht Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

- "1. Es sei der Einsprache-Entscheid vom 25.04.2023 aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten.
3. Eventualiter seien die erforderlichen Abklärungen durchzuführen und sodann zu entscheiden.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer zudem die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels.

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 6. September 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und reichte dabei weitere medizinische Unterlagen ein.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Was die vom Beschwerdeführer beantragte Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass Art. 61 lit. a ATSG ein rasches Verfahren vorsieht, woraus sich kein Anspruch auf einen zweiten Schriftenwechsel ergibt. Auch vor dem Hintergrund des Replikrechts (BGE 137 I 195 E. 2.3.1 S. 197; 133 I 100 E. 4.5 S. 103 f.) ist die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels nicht zwingend. Das Gericht kann Eingaben auch lediglich zur Kenntnisnahme zustellen, wenn von

den Parteien erwartet werden kann, dass sie unaufgefordert dazu Stellung nehmen (BGE 138 I 484 E. 2.1 und 2.2 S. 485 f.; 133 I 98 E. 2.2 S. 99). Dies trifft vor allem bei rechtskundig vertretenen Personen wie dem Beschwerdeführer zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_641/2014 vom 16. Januar 2015 E. 2 mit Hinweisen). Das Versicherungsgericht stellte dem Beschwerdeführer die Vernehmlassung der Beschwerdegegnerin vom 6. September 2023 samt Beilagen (act. 1-4) mit Verfügung vom 7. September 2023 zu. Bis zum vorliegenden Entscheid liess sich der Beschwerdeführer nicht mehr vernehmen, weshalb von einem Verzicht auf das Replikrecht auszugehen ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_43/2021 vom 27. April 2021 E. 3.2 f.).

2.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. Februar 2022 mit Einspracheentscheid vom 25. April 2023 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 69) zu Recht per 8. August 2022 eingestellt hat.

3.

3.1.

Soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Art. 6 Abs. 1 UVG).

3.2.

Die Leistungspflicht eines 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 (BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f. und 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406).

3.3.

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2). 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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast - anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

4.

Den medizinischen Unterlagen ist im Hinblick auf die gesundheitlichen Auswirkungen des Unfallereignisses vom 24. Februar 2022 im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

4.1.

Dr. med. B._____, Fachärztin für Radiologie, hielt in ihrem Bericht vom 21. April 2022 nach einer gleichentags durchgeführten MR-Arthrographie der rechten Schulter des Beschwerdeführers eine SSP mit gelenkseitiger Partialläsion des anterioren Sehnenanteils nach posterior im Übergang zur Infraspinatussehne mit einer Auflockerung und Partialläsion im mittleren Sehnendrittel ("keine Ruptur, keine Dehiscenz"), eine kleine "SLAP II Läsion", eine leichte Auflockerung des Sehnenankers an der Basis, eine intakte LBS sowie eine bursitis subacromialis/subdeltoidea fest (VB 2 S. 3).

4.2.

Prof. Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Austrittsbericht vom 10. Mai 2022 (nach dem am selben Tag erfolgten Eingriff) an der rechten Schulter eine SLAP-II-Läsion mit transmuraler Läsion der Supra- und Infraspinatussehnen, ein Acromionsporn und eine bursitis subacromialis vom 24. Februar 2022 (VB 15).

4.3.

Dr. med. D._____, Fachärztin für Chirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, führte in ihrem Bericht vom 14. Juli 2022 zusammengefasst aus, im MRI wie auch intraoperativ hätten keine auf das Ereignis vom 24. Februar 2022 zurückzuführenden strukturellen Läsionen gefunden werden können. Gemäss den Kriterien der Swiss Orthopaedics sei im vorliegenden Fall eine unfallbedingte Läsion auszuschliessen. Für die Annahme einer traumatischen Rotatorenmanschettenruptur werde folgende Korrelation angegeben: ein Knochenmarködem am Tuberculum majus vergesellschaftet mit einer Rotatorenmanschettenläsion, eine Läsion

am muskulotendinösen Übergang, ein Hämatom in der Bursa subacromialis, eine isolierte Läsion der Subskapularissehne sowie ein Muskelödem ohne Läsion am muskulotendinösen Übergang. Im vorliegenden Fall sei indes keines dieser Kriterien erfüllt. Sodann komme dem Verhalten eines Versicherten direkt nach dem Unfallereignis gemäss Literatur eine massgebliche Bedeutung zur Differenzierung zwischen einer traumatischen Läsion und einer vorübergehenden Verschlimmerung eines Vorzustandes zu. Bei einer akuten Ruptur der Supraspinatussehne komme es aufgrund des starken schneidenden Schmerzes sofort zu einer Pseudoparalyse des Armes, d.h. der Arm könne sofort nicht mehr aktiv über Schulterhöhe gehoben werden. Gemäss Literatur begebe sich eine versicherte Person in solch einem Fall zeitnah in ärztliche Behandlung, da der Schmerz invalidisierend sei. Der Beschwerdeführer habe gemäss Akten hingegen erst ca. 6 Wochen nach dem Sturz erstmalig einen Arzt aufgesucht und eine Pseudoparalyse habe nicht vorgelegen. Die im MRI und intraoperativ beschriebenen Läsionen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit chronisch-degenerativer Genese und vorbestehend. Durch das Ereignis vom 24. Februar 2022 könne es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung im Sinne einer Schmerzauslösung über einen maximalen Zeitraum von 6 Wochen gekommen sein. Über diesen Zeitraum hinaus persistierende Beschwerden seien mit den vorbestehenden, chronisch-degenerativen und bis dahin womöglich stummen Befunden zu erklären (VB 35).

4.4.

Prof. Dr. med. C._____ führte in seinem Bericht vom 15. September 2022 zusammengefasst aus, Dr. med. D._____ zitiere in ihrem Bericht vom 14. Juli 2022 lediglich einen unvollständigen Auszug aus einer Publikation von Swiss Orthopaedics. Ein Sturz auf den ausgestreckten Arm könne durchaus zu einer Rotatorenmanschettenläsion führen, was auch in der fraglichen Publikation genannt werde. Der Unfall sei am 24. Februar 2022 erfolgt, das MRI sei jedoch erst am 21. April 2022 erstellt worden. Ein Knochenmarksödem sei zwei Monate nach einem Unfall meistens bereits ausgeheilt. Eine Läsion am muskulotendinösen Übergang nach einem Sturz auf den ausgestreckten Arm "[müsse] nicht sein". Es liege eine Läsion der Supra- und Infraspinatussehne vor. Auch ein Hämatom und ein Muskelödem hätten sich zwei Monate nach dem Unfall wieder zurückgebildet. Der Befund, welcher am 8. April und am 2. Mai 2022 erhoben worden sei, passe sehr gut zur Läsion. Zudem sei eine Kraftmessung erfolgt, "welche 7 versus 12.5 kg" betragen habe. Die Operation sei klar aufgrund des Unfallereignisses vom 24. Februar 2022 erfolgt. Die mit der Operation assoziierte Katheter-assoziierte Läsion des Plexus brachialis hänge mit der Operation und damit auch mit dem Unfall zusammen (VB 46 S. 3 f.).

4.5.

Im Bericht vom 2. Dezember 2022 legte Prof. Dr. med. C._____ sodann im Wesentlichen dar, ein Sturz auf den ausgestreckten Arm sei ein adäquates

Ereignis für eine Rotatorenmanschetten-Ruptur. Eine Flexion von 180 Grad spreche nicht gegen eine Ruptur der Supra- und Infraspinatussehnen. In den Berichten vom 8. April und vom 2. Mai 2022 sei dargelegt worden, dass rechtsseitig starke endgradige Schmerzen vorhanden seien. Zudem zeige sich beim Beschwerdeführer keine Degeneration der Sehnen, die auf eine nicht unfallbedingte Ursache schliessen (lassen) könnte (VB 63).

4.6.

Dr. med. E._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Abteilung Versicherungsmedizin der Beschwerdegegnerin, nahm am 21. April 2023 Stellung, wobei er sich den Ausführungen von Dr. med. D._____ anschloss. Die intraoperative Fotodokumentation zeige auf den meisten Bildern eine Unschärfe durch trübe Spülflüssigkeit. Die Bizepssehne sei, soweit erkennbar, intakt gewesen, das Labrum glenoidale tatsächlich lediglich aufgefasert und eine transmurale Supra- und Infraspinatussehnenruptur sei nicht zu erkennen. Die Schäden würden degenerativ wirken und liessen sich gut mit extensiver sportlicher Betätigung wie Basketballspielen (Überkopfsportart, 2009 Meisterschaftsspiel), Mountainbiken, Snowboarden und Skifahren erklären. Bei der sechs Wochen nach dem Unfallereignis in Anspruch genommenen Erstbehandlung (bei welcher erstmals eine Nativröntgenaufnahme angefertigt worden sei) habe der Beschwerdeführer den Arm bis 180°, also über Kopf, heben können. Zusammengefasst sei zwar von beeinträchtigenden Schmerzen nach dem Ereignis auszugehen, wobei diese die körperliche Aktivität des Beschwerdeführers zwar eingeschränkt hätten, jedoch offenbar nicht so gross gewesen seien, dass eine kurzfristige Vorstellung bei einem Arzt notwendig geworden sei. Des Weiteren lägen, entgegen der Ansicht von Prof. Dr. med. C._____, degenerative Schäden vor. Das Labrum glenoidale zeige sich auf den intraoperativen Aufnahmen deutlich aufgefasert und verschlissen. Im MRI habe sich eine Unterflächenläsion "Footprint-nah" gezeigt, die als PASTA-Läsion zu werten sei. Transmurale Schäden der Supra- und Infraspinatussehnen hätten nicht erkannt werden können (VB 67 S. 3 ff.).

4.7.

Prof. Dr. med. C._____ führte in seinem Bericht vom 8. Mai 2023 zusammengefasst aus, die Argumentationskette von Dr. med. E._____, wonach anhaltende Schmerzen mit Wiedereintreten oder Verbleiben der Funktion des Schultergelenks auf degenerative Ursachen hinweisen würden, werde häufig von Versicherungsmedizinern genannt, entbehre jedoch jeglicher wissenschaftlichen Literatur. Die intraoperativen Bilder zeigten klar eine traumatisch imponierende Konfiguration mit starker Ausfransung. Degenerative Risse wiesen meist eine Abrundung der Sehnen auf. Eine Bewegungseinschränkung sei meist nur bei 3-Sehnen-Rupturen oder transmuralen Rupturen vorhanden, was hier nicht der Fall gewesen sei. Zudem sei bei sogenannten Pseudoparalysen auch meist die Subscapularissehne

mitbetroffen, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall gewesen sei (Beschwerdebeilage [BB] 4).

4.8.

Am 31. August 2023 nahm Dr. med. E. _____ erneut Stellung. Zusammengefasst führte er aus, gestützt auf die Beurteilung des Radiologen Dr. med. F. _____ (vom 30. August 2023; vgl. separate Beilage 3 zur Vernehmlassung), welchem die MRI Bilder zusätzlich vorgelegt worden seien, sei tatsächlich davon auszugehen, dass ein minimaler transmuraler Defekt im Bereich der PASTA-Läsion an der Supraspinatussehne vorliegen müsse, da hier Kontrastmittel in eine kleine Bursa abgeflossen sei. Prof. Dr. med. C. _____ habe ein Schadensbild mit einer SLAP III-Läsion am Bizepsanker, einer transmuralen Ruptur an der Supra- und Infraspinatussehne Footprintnah, einem Acromionsporn sowie einer Bursitis subacromialis festgehalten. Dies habe er mit der intraoperativen Fotodokumentation begründet (S. 3 der separaten Beilage 4 zur Vernehmlassung). Der vorgelegten Fotodokumentation könne indes weder eine SLAP III-Läsion am Bizepsanker noch eine gelenkseitige Ruptur der Supra- und Infraspinatussehne entnommen werden. Auch der transmurale Defekt sei nicht dargestellt. Die Ursache der operierten Schäden könne daher nicht eindeutig objektiviert werden. Bei den im MRI festgestellten Läsionen handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um degenerative Schäden, die auf rezidivierende Mikrotraumatisierungen durch sportliche Betätigungen zurückzuführen seien. Prof. Dr. med. C. _____ habe in seinem Operationsbericht einen Acromionsporn dokumentiert. Hierbei handle es sich um eine knöcherne Ausziehung (Exophyt) an der Unterseite des Schulterdaches, der in den Subacromialraum rage. Solche Sporne seien geeignet, die Rotatorenmanschette vom Subacromialraum aus durch wiederkehrenden Kontakt, zum Beispiel bei häufigen Überkopfbewegungen, sukzessive aufzureiben. Der transmurale Defekt sei so zu erklären. In der Zusammenschau des verzögerten Behandlungsbeginnes, des Schmerzverlaufes, des klinischen Befundes von Prof. Dr. med. C. _____ vom 2. Mai 2022 und der im Operationsbericht beschriebenen, aber in der intraoperativen Fotodokumentation nicht überwiegend wahrscheinlich als traumatisch objektivierten Läsionen müsse im vorliegenden Fall von einer degenerativen Schädigung ausgegangen werden. Die Bursitis subacromialis/subdeltoidea sei aufgrund des Acromionsporns auch als chronisch zu werten und sei allenfalls durch das Ereignis (vom 24. Februar 2022) zutage getreten (vgl. S. 8 ff. der separaten Beilage 4 zur Vernehmlassung).

5.

5.1.

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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.2.

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 ff.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

5.3.

Eine reine Aktenbeurteilung ist nicht an sich schon unzuverlässig. Entscheidend ist, ob genügend Unterlagen aufgrund anderer persönlicher Untersuchungen vorliegen, die ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben. Der medizinische Sachverständige muss sich insgesamt aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein lückenloses Bild machen können (Urteile des Bundesgerichts 8C_889/2008 vom 9. April 2009 E. 3.3.1 und U 224/06 1. November 2007 E. 3.5; je mit Hinweisen).

6.

6.1.

Prof. Dr. med. C._____ begründete seine Einschätzung, wonach eine Unfallkausalität der geltend gemachten Beschwerden bestehe, unter anderem mit dem Unfallhergang. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass dem Kriterium des Unfallmechanismus zur Beurteilung der Unfallkausalität keine übergeordnete Bedeutung mehr zugemessen wird (Urteil des Bundesgerichts 8C_59/2020 vom 14. April 2020 E. 5.4).

Das Vorliegen einer Supraspinatussehnenläsion ist vorliegend sodann unumstritten. Betreffend den Zustand der Infraspinatussehne bestehen dagegen unterschiedliche Einschätzungen. Dr. med. C._____ ging in seinen Stellungnahmen unter anderem von einer transmuralen Läsion der Supra- und der Infraspinatussehne aus (vgl. etwa BB 4). Im MRI-Bericht vom 21. April 2022 wurde dagegen über eine intakte Infraspinatussehne berich-

tet (VB 2 S. 2) und auch der Radiologe Dr. med. F._____, welchem die Beschwerdegegnerin die MRI-Bilder zur Stellungnahme vorgelegt hatte, beschrieb eine regelrechte Infraspinatussehne (vgl. separate Beilage 3 zur Vernehmlassung). Schliesslich gelangte auch Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 31. August 2023 zum Schluss, der intraoperativen Fotodokumentation könne keine Ruptur der Supra- und der Infraspinatussehne entnommen werden (S. 8 der separaten Beilage 4 zur Vernehmlassung). Dr. med. E._____ führte am 21. April 2023 diesbezüglich weiter nachvollziehbar aus, eine akute transmurale Ruptur von zwei der vier Rotatorenschneen (vorliegend der Infra- und der Supraspinatussehne) würde gemäss Fachliteratur sofort zu sehr heftigen Schmerzen führen, welche einen Versicherten veranlassen würden, eine schwere Verletzung der Schulter ausschliessen zu lassen und daher innert weniger Tage einen Arzt aufzusuchen. Somit könne vorliegend eher von einer moderaten Schmerzhaftigkeit der Schulter nach dem Unfallereignis ausgegangen werden, was wiederum für eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes spreche (VB 67 S. 5). Schlüssig ist vor diesem Hintergrund insbesondere die Aussage von Dr. med. D._____ in ihrem Bericht vom 14. Juli 2022, das Verhalten des Beschwerdeführers nach dem Unfallereignis spreche gegen eine traumatisch bedingte Ursache (VB 35), worauf auch Dr. med. E._____ in seiner Stellungnahme vom 21. April 2023 hinwies (VB 67 S. 4). So begab sich der Beschwerdeführer ausweislich der Akten erst sechs Wochen nachdem Unfallereignis (am 8. April 2022; vgl. VB 3 S. 1; 67 S. 1) in ärztliche Behandlung. Auch die von Prof. Dr. med. C._____ dokumentierten, bei der Erstuntersuchung angegebenen starken endgradigen Schmerzen im Bereich der rechten Schulter (vgl. VB 63 S. 1) wertete Dr. med. E._____ im Übrigen als Hinweise auf ein degeneratives Geschehen (VB 67 S. 4).

6.2.

Des Weiteren stellte Prof. Dr. med. C._____ in seinem Bericht vom 8. Mai 2023 das Vorliegen degenerativer Komponenten mit Verweis darauf, dass die intraoperativen Bilder eine starke Ausfransung gezeigt hätten, degenerative Risse jedoch meist eine Abrundung der Sehne aufweisen würden, in Abrede (BB 4). Dr. med. E._____ hielt am 31. August 2023 in Kenntnis des Berichts von Prof. Dr. med. C._____ vom 8. Mai 2023 an seiner Einschätzung fest und wies im Weiteren mit einleuchtender Begründung auf einen beim Beschwerdeführer bestehenden – von Prof. Dr. med. C._____ dokumentierten (vgl. VB 15) – Acromionsporn an der rechten Schulter hin. Solche Sporne würden die Rotatorenmanschette vom Subacromialraum aus durch wiederkehrenden Kontakt, etwa bei häufigen Überkopfbewegungen, sukzessive aufreissen, was auch den vorliegend bestehenden transmuralen Defekt erkläre. Ferner stimmte Dr. med. E._____ der Aussage von Prof. Dr. med. C._____ zu, wonach eine PASTA-Läsion bestehe. Dabei handle es sich um eine ansatznahe chronische Avulsion der Supraspinatussehne in einem Bereich, der per se schlecht durchblutet sei und daher bei häufigen

Überkopfbewegungen zu Verschleiss neige (S. 9 der Beilage 4 zur Vernehmlassung).

6.3.

Gesamthaft vermögen die Ausführungen von Prof. Dr. med. C._____ die versicherungsmedizinischen Stellungnahmen von Dr. med. D._____ und Dr. med. E._____ nicht in Zweifel zu ziehen. Auf deren nachvollziehbaren und schlüssigen Beurteilungen kann daher vollumfänglich abgestellt werden. Somit ist davon auszugehen, dass durch das Unfallereignis eine vorübergehende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes während maximal 6 Wochen eingetreten ist. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 24. Februar 2022 mit Einspracheentscheid vom 25. April 2023 somit zu Recht per 8. August 2022 eingestellt.

7.

7.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. ^fbis ATSG).

7.3.

Dem Beschwerdeführer steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung

mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 19. Januar 2024

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

4. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Roth

Meier