



Fall-Nr.:	UV 2020/26
Stelle:	Versicherungsgericht
Rubrik:	UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum:	13.08.2021
Entscheiddatum:	08.02.2021

### Entscheid Versicherungsgericht, 08.02.2021

**Art. 4 ATSG: Bejahung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors; beim Versuch, in einer Drehbewegung mit der linken Schulter und Hüfte mit Kraftaufwand ("mit voller Wucht" bzw. "mit Anlauf") und Gewichtsverlagerung nach schräg hinten den Grastrimmer bzw. die Motorsäge vom noch nicht abgemähten Gras, das sich im Aufsatz der Motorsense verwickelt hatte, zu lösen, erlitt der Beschwerdeführer einen Zwick in der linken Schulter Art. 6 UVG: Rückweisung zu weiteren medizinischen Abklärungen bezüglich der Unfallkausalität einer Supraspinatussehnenruptur oder bei Vorliegen einer (nur) richtunggebenden oder vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes zur Festlegung des Status quo sine vel ante (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 08. Februar 2021, UV 2020/26).**

#### Entscheid vom 8. Februar 2021

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2020/26

Parteien

A.\_\_\_\_



## St.Galler Gerichte

### Beschwerdeführer,

gegen

**Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)**, Fluhmattstrasse 1, Postfach  
4358, 6002 Luzern,

### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Heilbehandlung / Taggeldleistungen

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherter), war als Geschäftsführer bei der B.\_\_\_\_ angestellt und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Mit Bagatellunfallmeldung UVG vom 24. Oktober 2019 liess der Versicherte melden, er habe sich am 11. Juli 2019 beim Grastrimmen eine Zerrung an der linken Schulter zugezogen (Suva-act. 1). Eine Erstbehandlung hatte am 15. Oktober 2019 durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stattgefunden (Suva-act. 9), welcher den Versicherten an Dr. med. D.\_\_\_\_, Stv. Chefarzt Chirurgie, Departement Orthopädie, Spital E.\_\_\_\_, überwiesen hatte. Dr. D.\_\_\_\_ äusserte anlässlich einer Untersuchung vom 25. Oktober 2019 einen Verdacht auf eine Rotatorenmanschettenläsion und stellte als Differentialdiagnose eine SLAP-Läsion Schulter links (Suva-act. 2). Nach einer in der Netzwerk Radiologie E.\_\_\_\_ angeforderten Arthro-MRI-Untersuchung vom 30. Oktober 2019 (Suva-act. 4) diagnostizierte er eine Supraspinatussehnenläsion und einen hochgradigen Verdacht auf eine SLAP-Läsion Schulter links (Suva-act. 3). Am 15. Januar 2020 führte Dr. D.\_\_\_\_ beim Versicherten eine Schulterarthroskopie mit Supraspinatussehennaht (Speed-Fix) und subpectoraler Tenodese der langen Bicepssehne durch (act. G 3.1). Im Austrittsbericht vom 20. Januar 2020 diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ eine Supraspinatussehnenläsion und eine Typ II SLAP-Läsion Schulter links (act. G 3.2).



**A.b.** Zuvor hatte die Suva nach einer telefonischen Besprechung mit dem Versicherten vom 18. Dezember 2019 (Suva-act. 11) und der Einholung einer kreisärztlichen Aktenbeurteilung durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie (Suva-act. 12), dem Versicherten mit Schreiben vom 6. Januar 2020 mitgeteilt, dass sich am 11. Juli 2019 kein Unfallereignis im Sinne des Gesetzes zugetragen habe und auch die Voraussetzungen zur Übernahme des Schadenfalls als unfallähnliche Körperschädigung nicht erfüllt seien (Suva-act. 13). In einem Schriftwechsel mit der Suva hatte sich der Versicherte mit der Mitteilung vom 6. Januar 2020 nicht einverstanden erklärt (Suva-act. 19 f.) und eine einsprachefähige Verfügung verlangt (Suva-act. 21). Darauf hatte die Suva den Schadenfall am 9. Januar 2020 ihrem Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ mit der Frage vorgelegt, weshalb die von ihm am 20. Dezember 2019 bestätigte Listendiagnose vorwiegend degenerativer Art sei (Suva-act. 23). Gestützt auf die am 16. Januar 2020 erstattete kreisärztliche Beurteilung (Suva-act. 24) hatte die Suva ihre Leistungspflicht für die Schulterbeschwerden links mit Verfügung vom 17. Januar 2020 abgewiesen, da diese weder auf einen Unfall noch auf eine unfallähnliche Körperschädigung zurückzuführen seien (Suva-act. 25).

### **B.**

Die gegen diese Verfügung vom Versicherten am 21. Januar 2020 erhobene Einsprache (Suva-act. 31) wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 9. April 2020 ab (Suva-act. 35).

### **C.**

**C.a.** Gegen den Einspracheentscheid vom 9. April 2020 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 20. April 2020 Beschwerde mit dem Antrag, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen wie Heilbehandlung und Taggelder zu erbringen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G 1). Zusammen mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer eine physikalische Berechnung vom 18. Januar 2020 der auf die Sehnen wirkenden Zugkraft ein (act. G 1.2).



## St.Galler Gerichte

**C.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 12. Mai 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und damit die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 9. April 2020 (act. G 3) und reichte eine kreisärztliche Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2020 ein (act. G 3.3).

**C.c.** Mit Replik vom 19. Juni 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinem Antrag gemäss Beschwerdeschrift fest (act. G 5) und brachte verschiedene Fotokopien zu seiner am 11. Juli 2019 ausgeübten Tätigkeit bzw. zum damaligen Sachverhalt bei (act. G 5.1 f.).

**C.d.** Mit Duplik vom 12. August 2020 hielt die Beschwerdegegnerin ihrerseits am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest (act. G 7) und legte eine weitere kreisärztliche Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ vom 11. August 2020 vor (act. G 7.1).

## Erwägungen

### 1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin für das vom Beschwerdeführer gemeldete Ereignis vom 11. Juli 2019 und die bei ihm in der Folge ärztlich, insbesondere auch operativ, behandelten Gesundheitsstörungen im Bereich der linken Schulter leistungspflichtig ist.

### 2.

**2.1.** Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Dabei bezieht sich das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern auf den Faktor selbst. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen hat. Ein äusserer Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich



im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen (André Nabold, N 42 zu Art. 6, in Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 32 ff. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019, [nachfolgend zitiert: BSK UVG]). Das für den Unfallbegriff wesentliche Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann nach Lehre und Rechtsprechung auch in einer unkoordinierten Bewegung bestehen. Bei unkoordinierten Bewegungen ist das Merkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllt, wenn ein in der Aussenwelt begründeter Umstand den natürlichen Ablauf einer Körperbewegung gleichsam "programmwidrig" beeinflusst hat, was beispielsweise dann zutrifft, wenn die versicherte Person stolpert, ausgleitet oder an einen Gegenstand anstösst oder wenn sie, um ein Ausgleiten zu verhindern, eine reflexartige Abwehrbewegung ausführt oder auszuführen versucht. Dass es tatsächlich zu einem Sturz kommt, wird mithin nicht vorausgesetzt. Wo sich eine Schädigung auf das Körperinnere beschränkt und sie erfahrungsgemäss auch als alleinige Folge von Krankheiten, namentlich von degenerativen Veränderungen eines Körperteils innerhalb eines durchaus normalen Geschehensablaufs auftreten kann, muss die unkoordinierte Bewegung als unmittelbare Ursache der Schädigung unter besonders sinnfälligen Umständen gesetzt worden sein; denn ein Unfallereignis manifestiert sich in der Regel in einer äusserlich wahrnehmbaren Schädigung, während bei deren Fehlen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit rein krankheitsbedingter Ursachen besteht (vgl. BGE 134 V 80 E. 4.3.2.1 mit Hinweisen; KOSS UVG-Nabold, N 32 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 38 zu Art. 6). Weiter bejaht die Rechtsprechung das Vorliegen eines ungewöhnlichen äusseren Faktors dann, wenn beim Heben oder Verschieben einer Last ein ganz ausserordentlicher Kraftaufwand erfolgt und zu einer, gelegentlich als Verhebetrauma bezeichneten, Schädigung führt (KOSS UVG-Nabold, N 33 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 40 zu Art. 6; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 42; BGE 116 V 139 E. 3b; RKUV 1994 Nr. U 180 S. 38 E. 2).

**2.2.** Gestützt auf Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer sodann bei Vorliegen eines Unfalls für einen Gesundheitsschaden nur insoweit Leistungen zu erbringen, als dieser in einem natürlichen sowie adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis steht (BGE 129 V 181 E. 3.1 ff. mit Hinweisen; KOSS UVG-Nabold, N 48 ff. zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 63 ff. zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2007, U 37/06, E. 5.2). Für die Beantwortung der



Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (vgl. KOSS UVG-Nabold, N 53, 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55, 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Die Adäquanz spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen indessen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2).

**2.3.** Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG (in Kraft seit 1. Januar 2017) erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei den folgenden, abschliessend aufgelisteten Körperschädigungen (vgl. dazu KOSS UVG-Nabold, a.a.O., N 42 zu Art. 6 UVG), sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche, b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse, e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen. Mit Art. 6 Abs. 2 lit. a bis h UVG wird die gesetzliche (Kausalitäts-)Vermutung statuiert, dass der Unfallversicherer bei erfüllter Listendiagnose leistungspflichtig ist. Dieser kann sich aber von seiner Leistungspflicht befreien, wenn er den Nachweis erbringt, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008, BBI 2008 S. 5411, und Zusatzbotschaft vom 19. September 2014, BBI 2014 S. 7922; SZS 2017 S. 33). Auf das Kriterium des äusseren Faktors wird explizit verzichtet (BBI 2014 S. 7922). Der Gegenbeweis der vorwiegend abnützungs- oder krankheitsbedingten Verursachung beschlägt den natürlichen Kausalzusammenhang. Nur der Nachweis eines rechtsgenügenden, d.h. vorwiegend degenerativ oder krankhaft verursachten Schadens, kann zu einer Verneinung des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. der Leistungspflicht des Unfallversicherers führen (Evalotta Samuelsson, Neuregelung der unfallähnlichen Körperschädigung, Das Beispiel des Meniskusrisses, in: SZS 2018 S. 358). Der (Gegen-)Beweis der vorwiegend krankhaften oder degenerativen Pathogenese der Listendiagnose ist erbracht, wenn die Listendiagnose zu mehr als 50% auf Abnützung oder Erkrankung beruht (BGE 146 V 64 E. 8.2.2.1 mit Hinweisen). Aus der in Art. 6 Abs. 2 UVG vorgesehenen Möglichkeit des Gegenbeweises ergibt sich allerdings auch nach der am 1. Januar 2017 in Kraft getretenen UVG-Revision die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnützungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit bleibt auch beim Vorliegen einer



Listendiagnose die Frage nach einem initialen erinnerlichen und benennbaren Ereignis - nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung als zeitlicher Anknüpfungspunkt für Fragen der Versicherungsdeckung oder Zuständigkeit des Unfallversicherers - relevant (zum Ganzen: BGE 146 V 69 f. E. 8.6 mit Hinweisen). Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse, konkret zur Beurteilung der Tatfrage, ob eine Schädigung vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen ist, ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärzten und Ärztinnen zur Verfügung zu stellen sind (vgl. BGE 122 V 157 E. 1b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu KOSS UVG-Nabold, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55; Samuelsson, a.a.O., S. 357 f.).

**2.4.** Eine durch einen Unfall verursachte Gesundheitsschädigung oder eine auftretende Beschwerdesymptomatik kann einen zuvor intakten oder einen bereits vorgeschädigten Körperteil betreffen. Ist letzteres der Fall kommt eine unfallkausale Gesundheitsschädigung oder eine unfallähnliche Körperschädigung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG höchstens als vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes in Betracht. Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche oder adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt oder die Ursächlichkeit einer vorübergehenden Verschlimmerung (so bei der Aktivierung einer vormals stummen Listenverletzung) einer unfallähnlichen Vorschädigung ausgeschlossen werden kann. Dies trifft zu, wenn entweder der Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall oder dem Eintreten der Beschwerdesymptomatik bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands (auch ohne Unfall) früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Eine richtunggebende Verschlimmerung liegt vor, wenn medizinischerseits feststeht, dass weder der Status quo sine noch der Status quo ante je wieder erreicht werden können (vgl. in Bezug auf die unfallähnlichen Körperschädigungen: Samuelsson, a.a.O., S. 362 f.; vgl. zum Erreichen des Status quo sine vel ante: UVG Kommentar-Nabold, N 54 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54).

**2.5.** Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 158 E. 1a, 121 V 210 E. 6c). Der



Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen, 138 V 221 f. E. 6). Die Verwaltung respektive das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Die Frage, ob sich ein Unfallereignis im Rechtssinn ereignet hat (vgl. Erwägung 2.1), und falls ja, die weitere Frage, ob zwischen dem Unfallereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist (vgl. Erwägung 2.2), und ebenso die Frage, ob eine Schädigung vorwiegend durch Abnützung oder Krankheit verursacht ist (vgl. Erwägung 2.3), beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blosse Möglichkeit eines Sachverhalts genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs bzw. für die Verneinung einer Leistungspflicht nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; vgl. Thomas Locher/Thomas Gächter, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2014, § 70 N 58 f.). Die obgenannte Beweislastregel kommt also erst zur Anwendung, wenn im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes hinsichtlich der vorgenannten Fragen kein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt ermittelt werden kann (BGE 138 V 221 f. E. 6, BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen, 114 V 298 E. 5b). Wird auf dem Weg der Beweiserhebung das Vorliegen eines Unfallereignisses nicht wenigstens mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, so hat dieses als unbewiesen zu gelten, was sich zu Lasten der den Anspruch erhebenden Person auswirkt (BGE 116 V 136 E. 4b; RKUV 1990 Nr. U 86 S. 50). Bei der Frage, ob ein Kausalzusammenhang eines Gesundheitsschadens zu einem Unfallereignis überhaupt jemals gegeben ist, ist ebenfalls die versicherte Person beweisbelastet. Die Beweislast für den Wegfall der Unfallkausalität oder der Ursächlichkeit einer vorübergehenden Verschlimmerung einer vorbestehenden Listendiagnose trägt hingegen der Unfallversicherer (RKUV 1994 Nr. U 206 S. 326; Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2008, 8C\_101/2008, E. 2.2; BGE 117 V 264 E. 3b; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54 f.; vgl. zur Beweislast bei unfallähnlichen Körperschädigungen: Samuelsson, a.a.O., S. 363). Selbstredend trägt auch die Beweislast in Bezug auf den Nachweis einer vorwiegend krankhaften oder degenerativen Verursachung der Listendiagnose der Unfallversicherer.



### 3.

Im Folgenden ist zunächst zu prüfen, ob der Beschwerdeführer am 11. Juli 2019 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG erlitten hat.

**3.1.** Dazu ist vorerst festzulegen, was am 11. Juli 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschehen ist. Der Hergang des Ereignisses vom 11. Juli 2019 ist unumstritten (vgl. Suva-act. 35-6 Ziff. 3.2). Es liegen keine widersprechenden Angaben des Beschwerdeführers über den Ereignishergang vor und es werden auch von beschwerdegegnerischer Seite keine solchen geltend gemacht. Der Beschwerdeführer hat das Ereignis insbesondere auch vor Kenntnis der erstmaligen Leistungsablehnung durch die Beschwerdegegnerin (Suva-act. 13) - in der Bagatellunfallmeldung UVG vom 24. Oktober 2019 (Suva-act. 1) sowie anlässlich der telefonischen Besprechung mit der Beschwerdegegnerin am 18. Dezember 2019 (Suva-act. 11) - glaubhaft und konsistent geschildert (vgl. dazu KOSS UVG-Nabold, N 9 ff. zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 9 f. zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 29 f.; Urteile des Bundesgerichts vom 22. September 2008, 8C\_827/2007, E. 5, und 23. Oktober 2009, 8C\_319/2009, E. 2).

**3.2.** Mit Bagatellunfallmeldung UVG vom 24. Oktober 2019 meldete der Beschwerdeführer, dass sich am 11. Juli 2019 beim Grastrimmen der Schnurkopf mit Gras umwickelt habe. Er habe zweimal versucht, mit dem linken Arm am Trimmer zu ziehen. Es sei ihm aber nicht gelungen, den Trimmer freizubekommen. Um mehr Kraft zu erzielen, habe er beim dritten Mal noch zusätzlich die linke Hüfte und linke Schulter gedreht, wobei er einen stechenden Schmerz im linken Schultergelenk verspürt habe (Suva-act. 1). Anlässlich der telefonischen Besprechung mit der Beschwerdegegnerin vom 18. Dezember 2019 beschrieb der Beschwerdeführer detaillierter, jedoch ohne Widersprüchlichkeit und in den wesentlichen Elementen übereinstimmend, er habe am 11. Juli 2019 bei seiner privaten Landwirtschaft das erste Mal gemäht, wobei das Gras etwa kniehoch gewesen sei. Normalerweise mähe man in diesem Fall mit einem Balkenmäher. Er habe jedoch eine Motorsense mit einem Sternaufsatz verwendet. An einer ungünstigen Stelle, genauer gesagt in einer Ecke eines Trafo-Häuschens, habe sich das noch nicht abgemähte Gras im Aufsatz der Motorsense verwickelt. Er habe etwa zweimal an der Motorsense gezogen, da er nicht gedacht habe, dass diese so festsitzen würde. Das dritte Mal habe er "mit voller Wucht" an der Motorsense gezogen. Er habe jedoch nicht so ziehen können, wie er es sich gewohnt gewesen sei, da seine Position ungünstig gewesen sei. Am Anschlag habe es ihm dann einen starken Zwick in der linken Schulter gegeben und er habe danach stärkere Schmerzen gehabt (Suva-act. 11).



**3.3.** Die Beschwerdegegnerin stellt sodann im Einspracheentscheid vom 9. April 2020 (Suva-act. 35) zutreffend fest, dass auch die Sachverhaltsschilderung des Beschwerdeführers in der Einsprache vom 21. Januar 2020 - er habe, um eine grösstmögliche Kraft erzielen zu können, die Sense entgegen der Zugrichtung verschoben, um anschliessend "mit Anlauf" aus der Schulter-Hüftrotation und der Gewichtsverlagerung nach schräg hinten die grösste Wucht erzielen zu können (Suva-act. 31) - glaubhaft ist und mit den vorgenannten Sachverhaltsschilderungen übereinstimmt.

**3.4.** Aufgrund der in den Erwägungen 3.2 und 3.3 angeführten Ereignisschilderungen ist im Folgenden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einem Sachverhalt auszugehen, wonach es dem Beschwerdeführer am 11. Juli 2019 beim Versuch, den Grastrimmer bzw. die Motorsense vom noch nicht abgemähten Gras, welches sich im Sternaufsatz verwickelt hatte, mit Kraftaufwand ("mit voller Wucht" bzw. "mit Anlauf") und in einer Drehbewegung mit der linken Schulter und Hüfte sowie mit einer Gewichtsverlagerung nach schräg hinten, in einer ungünstigen Position, d.h. an einer ungünstigen Stelle in einer Ecke eines Trafo-Häuschens, zu trennen, einen Zwick in der linken Schulter gegeben hat und er danach stärkere Schmerzen hatte.

## 4.

**4.1.** Streitig und zu prüfen ist nachfolgend, ob der Beschwerdeführer angesichts des Sachverhalts in Erwägung 3.4 einen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG erlitten hat. Dazu ist insbesondere zu untersuchen, ob ein ungewöhnlicher äusserer Faktor auf seinen Körper eingewirkt hat. Das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors kann - wie gesagt (vgl. Erwägung 2.1 hiervor) - in einer unkoordinierten Bewegung oder in einer Überanstrengung zufolge eines ausserordentlichen Kraftaufwands beim Heben oder Verschieben einer Last bestehen.

**4.2.** Der Beschwerdeführer zog zwar entsprechend dem Verschieben einer Last an der Motorsense, doch fällt im vorliegenden Fall ein Unfall im Sinne einer Überanstrengung durch Schieben bzw. Ziehen einer Last ausser Betracht. Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung bilden bei solchen Vorgängen das Gewicht der geschobenen oder getragenen Last, die Konstitution des Betroffenen sowie die berufliche und ausserberufliche Gewöhnung die Beurteilungskriterien (vgl. BGE 116 V 139 E. 3b; RKUV 1994 Nr. U 180 S. 38 E. 2; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2. Aufl. 1989, S. 178 Anm. 359; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 6. Mai 2002, U 477/00, E. 3b, und vom 27. Juli 2001,



U 7/00, E. 4b/dd; Suva-Jahresbericht 1988 Nr. 8 S. 15). Vom höchsten Gericht wurde eine den Unfallbegriff erfüllende Überanstrengung nur bei Lasten von mehr als 100 kg bejaht (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Oktober 2009, 8C\_319/2009, E. 3.3 mit Hinweis auf Urteil des EVG vom 9. Oktober 2003, U 360/02). In Fällen, in welchen eine den Unfallbegriff erfüllende Überanstrengung verneint wurde, waren die zu hebenden Lasten zwischen 50 und 100 kg schwer (Urteil U 360/02, a.a.O., E. 3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 11. Januar 2010, 8C\_1029/2009, E. 2.1). Die Motorsense hatte ein Gewicht von angeblich 12 kg (vgl. act. G 1.2). Selbst gegenüber den letztgenannten Sachverhalten stellt ein solches Gewicht ein nur geringes Gewicht dar. Der Beschwerdeführer bewirtschaftet eine private Landwirtschaft und ist es zudem offensichtlich gewohnt, mit einer Motorsense Gras zu mähen (vgl. Suva-act. 11).

**4.3.** Entgegen der Beurteilung der Beschwerdegegnerin ist jedoch anzuerkennen, dass der Bewegungsablauf des Beschwerdeführers beim Ziehen der Motorsense durch eine relevante Programmwidrigkeit im Sinne eines einmaligen, unerwartet oder plötzlich einsetzenden Vorgangs gestört wurde.

**4.3.1.** Zunächst handelt es sich beim Ziehen an einem landwirtschaftlichen Gerät - selbst wenn dabei eine Drehbewegung mit dem Körper, konkret der Schulter und Hüfte, sowie eine Gewichtsverlagerung des Körpers ausgeführt werden - um eine normale Bewegung, die bei einer landwirtschaftlichen Tätigkeit mit dem Körper ausgeführt werden kann. Es ist eine Erfahrungstatsache, dass selbst im Rahmen einer anstrengenden körperlichen Betätigung mässige Verdrehungen oder ein gewisser Zug auf Sehnen, Muskeln, Bänder und Gelenke nichts Aussergewöhnliches darstellen, sondern die genannten Körperteile gerade ein normales und verletzungsfreies Funktionieren im täglichen Leben sowie verschiedenste Bewegungen, Drehungen, Gewichtsverlagerungen und dergleichen gewährleisten. Der erstbehandelnde Arzt Dr. C. \_\_\_ diagnostizierte am 15. Oktober 2019 eine Distorsion der linken Schulter beim Trimmen von hohem Gras (Suva-act. 9). Gerade Distorsionen zeichnen sich durch unterschiedliche Schweregrade aus und können auch nach einem geringfügigen Trauma auftreten (Alfred M. Debrunner, Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. 2002, S. 1097; vgl. dazu auch Urteil des EVG vom 30. August 2001, U 277/99). Damit ist allgemein gesagt, dass eine Distorsion nicht in jedem Fall einem Unfall mit unphysiologischer, programmwidriger Beanspruchung eines Körperteils im Sinne eines ungewöhnlichen äusseren Faktors entspricht. Beim Beschwerdeführer ist allerdings ein Faktor hinzugetreten, der davon ausgehen lässt, dass sein linkes Schultergelenk bei der Betätigung mit der Motorsense übermässig beansprucht wurde. Er spürte einen stechenden Schmerz nicht bereits beim zweimaligen gewöhnlichen Ziehen der



Motorsense, sondern erst beim dritten Versuch, die Motorsense von dem noch nicht abgemähten Gras, das sich im Sternaufsatz verwickelt hatte, freizubekommen. Um eine grösstmögliche Kraft zu erzielen, vollzog er dabei mit seiner linken Hüfte und linken Schulter eine Drehbewegung, worin - wie gesagt - noch keine besonderen Vorkommnisse zu sehen sind. Vergleichbar mit einem Anstossen oder Sturz entstand jedoch in der Rückwärtsbewegung durch die unbestrittenermassen zum Einsatz gelangende "Wucht" bzw. den vom Beschwerdeführer genommenen "Anlauf" und den gleichzeitigen Widerstand durch das im Sternaufsatz festsitzende Gras - wie in der Einsprache vom 21. Januar 2020 beschrieben (Suva-act. 31) - ein plötzlicher Abbau der Energie im Bereich des Schultergelenks. Dadurch kam es zu einer unkontrollierbaren Zugkraft auf das linke Schultergelenk und es ist nachvollziehbar, dass insgesamt, also in Kombination mit der abgedrehten Schulter, aussergewöhnlich ungünstige Kräfte auf das Schultergelenk einwirkten, welche selbst im Rahmen einer landwirtschaftlichen Betätigung nicht mehr als üblich und gewohnt betrachtet werden können. Demgemäss kann von einem programmwidrigen Überschreiten der physiologischen Belastungsgrenze ausgegangen werden.

**4.3.2.** Anzufügen ist, dass die Bejahung eines Unfalls im Sinne von Art. 4 ATSG allgemein nicht von der Schwere der dabei erlittenen Verletzung abhängig gemacht werden darf. Wird der natürliche Ablauf durch ein besonderes Vorkommnis, d.h. eine Programmwidrigkeit gestört, ist für die Annahme eines Unfalls im Sinne von Art. 4 ATSG lediglich gefordert, dass das Vorkommnis schädigend auf den Körper der versicherten Person eingewirkt und dadurch eine kausale Beeinträchtigung ihrer Gesundheit zur Folge gehabt hat. Genauso wie es für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ohne Belang ist, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich gezogen hat, kann nicht entscheidend sein, dass die Folgen nur leicht ausgefallen sind.

**4.4.** Nach dem Gesagten kann mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer am 11. Juli 2019 ein Ereignis erlitten hat, welches die Voraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Art. 4 ATSG erfüllt.

## 5.

**5.1.** Der Umstand allein, dass bestimmte Ereignisse, wie eine Überdehnung des Schultergelenks, potentiell geeignet wären, körperliche Verletzungen herbeizuführen, bedeutet jedoch nicht, dass zwingend für alle Beschwerden im Bereich eines vom konkreten Unfall betroffenen Körperteils dieser Unfall verantwortlich sein muss und



damit auch natürlich kausale Unfallfolgen vorliegen (Art. 6 Abs. 1 UVG). Mit dem alleinigen Vorliegen eines Gesundheitsschadens ist demnach nicht in jedem Fall auch mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dessen Unfallkausalität ausgewiesen (vgl. dazu Erwägung 2.2). Auch bei einem Unfall ist entscheidend, welche Verletzungen die betroffene Person tatsächlich erlitten hat. Im konkreten Fall ist streitig und zu prüfen, ob es beim Unfall vom 11. Juli 2019 zu einer Schädigung des linken Schultergelenks gekommen ist bzw. ob die von Dr. D.\_\_\_\_ am 15. Januar 2020 operativ behandelten Schultergelenksläsionen links (act. G 3.1) durch den Unfall vom 11. Juli 2019 verursacht worden sind.

**5.2.** Kreisarzt Dr. F.\_\_\_\_ nimmt nur in seiner ärztlichen Beurteilung vom 11. August 2020 (act. G 7.1) explizit zu Fragen der natürlichen Kausalität zwischen den Körperschädigungen im Bereich des linken Schultergelenks und dem Ereignis vom 11. Juli 2019 Stellung. In seinen Beurteilungen vom 20. Dezember 2019 (Suva-act. 12), 16. Januar 2020 (Suva-act. 24) und 11. Mai 2020 (act. G 3.3) äussert er sich demgegenüber zum Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 lit. f UVG (Sehnenrisse). Wie bereits erwähnt (vgl. Erwägung 2.3), beschlägt jedoch der Gegenbeweis der vorwiegend abnützungs- und krankheitsbedingten Verursachung ebenfalls den natürlichen Kausalzusammenhang. Vor diesem Hintergrund kann den vorgenannten Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ ebenfalls Beweiskraft für die Frage der Unfallkausalität der Schultergelenksproblematik links zukommen. Ist die Leistungspflicht des Unfallversicherers für unfallkausale Gesundheitsschäden zu prüfen, ist jedoch zu beachten, dass es bereits genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen, insbesondere auch degenerativen oder krankheitsbedingten Ursachen, die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat (Teilkausalität), der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (vgl. KOSS UVG-Nabold, N 52 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 65 zu Art. 6; BGE 129 V 181 E. 3.1, 117 V 376 E. 3a; SVR 2007 UV Nr. 28 S. 94, U 413/05, E. 4.1). Betreffend Teilursächlichkeit wurde weder vom höchsten Gericht noch vom Gesetzgeber ein Mindestsatz bestimmt. Auch in Art. 36 Abs. 1 UVG wird von einer solchen Regelung abgesehen. Der Unfallversicherer ist also nur dann nicht leistungspflichtig, wenn der Gesundheitsschaden ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Im Folgenden ist zu prüfen, ob anhand der vorhandenen medizinischen Akten in Bezug auf das zuvor Gesagte ein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt festgelegt werden kann.



**5.3.** Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351, E. 3a mit Hinweis). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 351, E. 3a mit Hinweis 122 V 157). Die Beschwerdegegnerin stützt sich in medizinischer Hinsicht bei ihrer Leistungsablehnung für die beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 11. Juli 2019 aufgetretene Schulterproblematik links insbesondere auf die in Erwägung 5.2 angeführten Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ (Suva-act. 12, 24, act. G 3.3, G 7.1). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden. Auf deren Ergebnis kann jedoch nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 470 E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C\_385/2014, E. 4.2.2; SVR 2018 IV, Nr. 4, S. 12, E. 3.2). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass auch reine Beurteilungen aufgrund der Akten, wie sie vorliegend von Dr. F.\_\_\_\_ vorgenommen wurden (Suva-act. 12, 24, act. G 3.3, G 7.1), beweiskräftig sein können, 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Juni 2014, 9C\_196/2014, E. 5.1.1). Den Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2020 (Suva-act. 24), 11. Mai 2020 (act. G 3.3) und 11. August 2020 (act. G 7.1) ist zu entnehmen, dass diese in Kenntnis der Vorakten vorgenommen wurden. So führte Dr. F.\_\_\_\_ den jeweiligen aktualisierten "aktenmässigen Verlauf" lückenlos auf. Sie enthalten sodann ausführliche Erwägungen zur Kausalitätsfrage der Gesundheitsschäden im linken Schultergelenk bzw. dazu, weshalb Dr. Köster bezüglich der Gesundheitsschäden im linken Schultergelenk mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von degenerativen Gesundheitsschäden ausgeht.



Ob letztlich auf die Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt werden kann, ist im Rahmen der nachfolgenden materiell-rechtlichen Beurteilung bzw. Beweiswürdigung zu prüfen.

### 6.

**6.1.** Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen wird im Regelfall eine strukturelle Läsion oder eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten oder der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit - wissenschaftlich anerkannten - apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, MRT, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 121 E. 9, 134 V 232 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C\_216/2009, E. 2; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen [U479/05]).

**6.2.** In der am 30. Oktober 2019 in der Netzwerk Radiologie durchgeführten MR-Arthrographie des linken Schultergelenks zeigte sich laut dem von den untersuchenden Ärzten gleichentags erstellten Untersuchungsbericht und dem Korrekturnachtrag vom 31. Oktober 2019 eine ausgedehnte Rim-Rent-Läsion der Supraspinatussehne ohne Nachweis einer höhergradigen Dehizensenz, eine Tendinopathie der Subscapularissehne am Ansatz mit möglicher Einreissung, eine concomitante Bursitis subcoracoidea, eine Bizepssehnen-Tendinopathie der proximalen langen Bizepssehne, wie sie in Begleitung von Supraspinatussehnenläsionen immer wieder vorkomme, eine geringgradige glenohumerale Arthrose sowie superoanterior eine breite Auffüllung mit Kontrastmittel anterior bis in den Bereich des ödematös aufgequollenen Bicepsankers, bei der differentialdiagnostisch eine ausgedehnte Variante des Weitbrecht-Foramens bis in den Recessus sublabralis zwar möglich sei, andererseits eine SLAP-Läsion mit Einriss des Labrums durchaus infrage komme (Suva-act. 4). Dr. D.\_\_\_\_ entnahm im Untersuchungsbericht vom 19. November 2019 dem MR-Arthrographie-Untersuchungsbericht eine Läsion der Supraspinatussehne mit Sehnenrest am Tuberculum majus, keine Retraktion, keine Muskelatrophie, einen hochgradigen Verdacht auf eine SLAP-Läsion mit zusätzlicher Tendinopathie der langen Bizepssehne und stellte die Diagnose Supraspinatussehnenläsion und hochgradiger Verdacht auf eine SLAP-Läsion Schulter links (Suva-act. 3). Am 15. Januar 2020 führte Dr. D.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer eine diagnostische und therapeutische Arthroskopie des linken Schultergelenks durch. Laut Operationsbericht vom 17. Januar 2020 diagnostizierte er eine SLAP-Läsion II und eine Supraspinatussehnenruptur Schulter links und nahm eine Supraspinatussehnennaht (Speed-Fix) und eine subpectorale Tenodese der langen



Bicepssehne vor. Unter der Rubrik "Technisches Vorgehen" hielt Dr. D.\_\_\_\_ eine ausgeprägte Synovitis im gesamten Gelenk fest. Der Knorpelbelag am Glenoid sei etwas aufgeraut. Der Humeruskopf und das Glenoid seien auffällig. Im Bereich des Bicepsankers sei die Sehne leicht gerötet. Diese lasse sich mitsamt dem anterioren, vor allem aber dorsosuperioren Labrum, abheben. Die lange Bicepssehne zeige interartikulär im Verlauf leichte degenerative Veränderungen. Es werde eine Tenotomie entschieden. Die Subscapularissehne sei intakt, doch zeige sich eine Läsion im Supraspinatus im anterioren Bereich. Der dorsale Supraspinatus, Infraspinatus und Teres minor seien intakt (act. G3.1).

**6.3.** Als unfallkausale Gesundheitsschäden stehen die in der MR-Arthrographie sowie intraoperativ erhobene Supraspinatussehnenläsion und die von Dr. D.\_\_\_\_ im Operationsbericht diagnostizierte SLAP-Läsion II zur Diskussion. Dr. F.\_\_\_\_ verneint in seiner Beurteilung vom 16. Januar 2020 (Suva-act. 24) eine traumatische Supraspinatussehnenläsion und geht (nur) von einer degenerativ bedingten Zusammenhangstrennung infolge einer den Ansatzbereich der Rotatorenmanschette betreffenden Tendinopathie oder Enthesiopathie aus. In seiner Beurteilung vom 11. Mai 2020 (act. G 3.3) verneint er sodann eine SLAP-Läsion II und sieht lediglich ein Abheben der Bicepssehne bei leichter Rötung im Bereich des Bicepsankers mitsamt dem anterioren, vor allem dorso-superioren Labrum, im Sinne einer leichten degenerativen Veränderung. Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber in der Beschwerde vom 20. April 2020 den Standpunkt, er habe beim Unfall vom 11. Juli 2019 eine Supraspinatussehnen- und SLAP II-Läsion erlitten (act. G 1).

**6.4.** Allgemein ist vorwegzunehmen, dass die Ausdrücke "Läsion" (= Verletzung oder Störung der Funktion, Schaden) und "Ruptur" (= Zerreissung) nicht automatisch auf eine Unfallkausalität hindeuten (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 412, 628, 722, 724 f., 728 f., 732, 975; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 250, 1576, 1646; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 1681). In Bezug auf die Rotatorenmanschette und insbesondere deren Supraspinatus- und Subscapularissehne gilt es zu beachten, dass diese zur Degeneration neigen. Die Rotatorenmanschette kann allerdings auch als Folge eines Traumas ein- oder abreißen (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 628, 724 f., 728 ff; Roche Lexikon, Medizin, 5. Aufl. 2003, S. 1681; Pschyrembel, a.a.O., S. 1576, 1646). Ebenso kann eine SLAP-Läsion Folge eines vorangegangenen Traumas (insbesondere einer Luxation) sein. Sie wird jedoch in der medizinischen Literatur ebenfalls als degenerativer Gesundheitsschaden beschrieben (Debrunner, a.a.O., S. 722, 732, vgl. auch S. 975). Eine Tendinopathie, wie sie in der MR-Arthrographie bei der Bicepssehne erhoben



wurde, stellt demgegenüber eine Entzündung der Sehne in Ansatznähe und damit grundsätzlich ein krankheitsbedingtes Leiden bzw. eine degenerative Veränderung dar, die - im Gegensatz zu einer Rotatorenmanschetten- und SLAP-Läsion - als unfallkausaler Gesundheitsschaden höchstens sekundär, d.h. als (Spät-)Folge einer primären Verletzung, beispielsweise einer Fraktur oder Ruptur, auftreten kann (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 1107; Pschyrembel, a.a.O., S. 1782; Roche Lexikon, a.a.O., S. 1808). Zumindest partielle Sehnenrisse bzw. Teilrupturen lassen sich in der Regel klinisch nicht von sekundären entzündlichen Reaktionen wie einer Tendinopathie unterscheiden. Intraoperativ oder durch Kontrastmitteldarstellung in einer MR-Arthrographie (vgl. dazu Debrunner, a.a.O., S. 217; Pschyrembel, a.a.O., S. 152; Roche Lexikon, a.a.O., S. 133) können sie indessen in der Regel medizinisch eindeutig festgestellt werden (vgl. dazu BGE 114 V 298; Urteil des EVG vom 29. August 2000, U 441/99, E. 4 mit Hinweisen). Schliesslich ist anzufügen, dass eine unterschiedliche Befundsituation von MRI und Arthroskopie damit erklärt werden kann, dass die Arthroskopie gegenüber dem MRI durch den direkten Einblick in die intraartikulären Strukturen in vielen Fällen eine nochmals feinere diagnostische Differenzierung zulässt (Pschyrembel, a.a.O., S. 153 f.; Debrunner, a.a.O., S. 247 f., 725 f.).

**6.5.** In Bezug auf die von Dr. F. \_\_\_ im vorliegenden Fall als objektiviert betrachteten Gesundheitsschäden ist zunächst festzuhalten, dass die Ärzte der Netzwerk Radiologie lediglich in Bezug auf die Subscapularissehne eine Tendinopathie feststellten, hinsichtlich der Supraspinatussehne jedoch eine ausgedehnte Rim-Rent-Läsion nannten (Suva-act. 4). Im Operationsbericht wurde sodann ebenfalls eine Supraspinatussehnenruptur diagnostiziert, die Läsion wurde als u-förmig beschrieben und es wurde entsprechend eine Refixation mit dem Speed-Fix-Verfahren durchgeführt (act. G 3.1). Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, inwiefern Dr. F. \_\_\_ eine Sehnenruptur als nicht objektiviert betrachtet und nur von einer Tendinopathie ausgeht. Eine Supraspinatussehnenruptur ist hinreichend nachgewiesen. Dr. F. \_\_\_ erwähnt in der Beurteilung vom 16. Januar 2020 (Suva-act. 24) im Weiteren eine ansatznahe Partialruptur bzw. knöcherne Signalstörung im Ansatzbereich der Subscapularissehne. Diese zeigte sich jedoch in der Arthroskopie anders als in der zehn Wochen zuvor durchgeführten MR-Arthrographie als intakt (act. G 3.1). In seiner Beurteilung vom 11. Mai 2020 (act. G 3.3) hält Dr. F. \_\_\_ sodann zutreffend fest, dass Dr. D. \_\_\_ im Operationsbericht eine SLAP II-Läsion diagnostiziert habe (act. G 3.1), und erklärt in Übereinstimmung mit der medizinischen Literatur, dass man unter einem Typ II den kompletten Abriss des Labrum-Bicepssehnen-Komplexes vom superioren Glenoid nach cranial verstehe (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 732; [https://schulterinfo.de/slap\\_laesionen.html](https://schulterinfo.de/slap_laesionen.html); <https://flexikon.doccheck.com/de/SLAP-L%C3%A4sion>; <https://>



[www.dr-gross.de/schulterzentrum-saar/slap-laesion-schulter.html](http://www.dr-gross.de/schulterzentrum-saar/slap-laesion-schulter.html), alle abgerufen am 27. November 2020). Er bemerkt andererseits ebenfalls korrekt, dass im Operationsbericht unter der Rubrik "Technisches Vorgehen" kein Abriss des Labrum-Bicepssehnen-Komplexes beschrieben wird, sondern - wie bereits erwähnt - ein Abheben der Sehne bei leichter Rötung im Bereich des Bicepsankers mitsamt dem anterioren, vor allem dorso-superioren Labrum. Auch die lange Bicepssehne im intraartikulären Verlauf wird mit leichten degenerativen Veränderungen beschrieben. Dass Dr. F. \_\_\_ angesichts des Gesagten eine SLAP II-Läsion nicht als gegeben betrachtet, ist nachvollziehbar und schlüssig. Zusammenfassend ist zu sagen, dass im konkreten Fall als durch den Unfall verursachte neue, strukturelle Gesundheitsschädigung nur noch die Supraspinatussehnenruptur in Betracht kommt. Nachfolgend ist mithin zu prüfen, von welcher Kausalitätsvariante - traumatisch oder degenerativ - in Bezug auf die Supraspinatussehnenruptur überwiegend wahrscheinlich auszugehen ist.

**6.6.** Dr. F. \_\_\_ verneint zunächst eine traumatische Supraspinatussehnenveränderung in den Beurteilungen vom 16. Januar und 11. August 2020 (Suva-act. 24, act. G 7.1), indem er auf die in der MR-Arthrographie festgestellte Kontinuitätsunterbrechung der ansatznahen humeralseitigen Supraspinatussehne und die gelenkseitig ansatznahe Signalstörung der Subscapularissehne hinweist und festhält, diese müssten als Ausdruck einer degenerativ bedingten Zusammenhangstrennung infolge einer den Ansatzbereich der Rotatorenmanschette betreffenden Tendinopathie oder Enthesiopathie bezeichnet werden. In seiner Begründung lehnt sich Dr. F. \_\_\_ offensichtlich an die grundsätzlich schlüssige Argumentation an, dass in die Beurteilung einer Unfallkausalität die Gesamtsituation eines Gelenks einzubeziehen sei. So ist es verständlich, dass bei Vorliegen umfassender degenerativer Gesundheitsschäden im Bereich eines Körperteils die Herauslösung eines einzigen Gesundheitsschadens und dessen Betrachtung als unabhängigen, traumatisch bedingten Gesundheitsschaden ohne konkreten Grund kein nachvollziehbares Ergebnis darstellt. Zumindest ist es nicht wahrscheinlicher als eine durch Degeneration begünstigte Entwicklung. Seine Feststellung vermag jedoch insofern nicht zu überzeugen und als Begründung für eine degenerative Genese zu genügen, als - wie in Erwägung 6.4 f. dargelegt - eine Supraspinatussehnenruptur als nachgewiesen gilt und eine Tendinopathie einzig in der MR-Arthrographie in Bezug auf die Subscapularissehne erhoben wurde, in der Arthroskopie jedoch gar nicht mehr gesehen werden konnte. Von der kreisärztlichen Einschätzung bleibt damit nur noch die unbegründete Feststellung übrig, dass bei der ansatznahen humeralseitigen Supraspinatussehne eine Kontinuitätsunterbrechung festgestellt worden sei, welche



auf eine degenerative Genese hinweise. Schliesslich ist festzustellen, dass sich sowohl in der MR-Arthrographie vom 30. Oktober 2019 (Suva-act. 4) als auch in der diagnostischen Arthroskopie vom 15. Januar 2020 (act. G 3.1) nur leichte Degenerationen erheben liessen (Suva-act. 4: geringgradiger Osteophyt im glenohumeralen Gelenk, geringgradige glenohumerale Arthrose; act. G 3.1: leichte degenerative Veränderungen der langen Bicepssehne, etwas aufgerauter Knorpelbelag am Glenoid) und sich in der MR-Arthrographie insbesondere der Supraspinatusmuskel eutroph und ohne Verfettung (Goutallier Grad 0/Thomazeau 0) zeigte (Suva-act. 4). Leichte Degenerationen kommen laut medizinischer Literatur ab einem gewissen Alter (etwa ab 40 Jahren) häufig vor und sollten daher ohnehin nicht mehr berücksichtigt werden, um eine degenerative von einer traumatischen Läsion zu unterscheiden (vgl. Debrunner, a.a.O., S. 586; <https://medicalforum.ch/article/doi/smf.2019.03247>, abgerufen am 27. November 2020). Die Herauslösung der Supraspinatussehnenruptur von den degenerativen Veränderungen und deren Betrachtung als unabhängigen, traumatisch bedingten Gesundheitsschaden würde damit kein Ergebnis darstellen, welches nicht als nachvollziehbar betrachtet werden könnte.

**6.7.** Dr. F.\_\_\_\_ sieht jedoch in seiner Beurteilung vom 11. August 2020 (act. G 7.1) aus der Aktenlage noch andere Indizien, welche für eine verschleissbedingte Ursache der Rotatorenmanschette sprechen.

**6.7.1.** Erkenntnisse für seine Kausalitätsbeurteilung entnimmt er insbesondere der Art und Weise der echtzeitlich aufgetretenen Beschwerden sowie dem zeitlichen Ablauf. Grundsätzlich ist nicht zu bezweifeln, dass eine bestimmte Verletzung in der Regel mit typischen klinischen Befunden bzw. mit verletzungsspezifischen Symptomen einhergeht und insofern die klinischen Befunde des konkreten Falls von Bedeutung sind. Entsprechend ist das zeitliche Zusammentreffen von verletzungsspezifischen Symptomen mit einem Unfall grundsätzlich als Indiz für eine Unfallkausalität zu werten. Laut Dr. F.\_\_\_\_ spricht der klinische Erstbefund vom 25. Oktober 2019 mit lediglich eingeschränkter Abduktion und Flexion eher für eine verschleissbedingte Rotatorenmanschette, da bei einer traumatisch verursachten Schädigung der Rotatorenmanschette medizinisch eher ein Kraft- und Funktionsverlust im linken Schultergelenk im Sinne einer Pseudoparalyse bzw. eines Drop-Armzeichens zu erwarten gewesen wäre (act. G 7.1). Der medizinischen Literatur ist zwar zu entnehmen, dass ein typisches Symptom einer Läsion der Supraspinatussehne die Pseudoparalyse ist, bei welcher der Arm nicht mehr aktiv über die Horizontale gehoben werden kann, doch wird die Pseudoparalyse nicht nur auf die traumatische Supraspinatussehneläsion beschränkt (Debrunner, a.a.O., S. 728; Pschyrembel, a.a.O., S.



1576). Der Beschwerdeführer begab sich - entgegen der Feststellung von Dr. F.\_\_\_\_ - erstmals am 15. Oktober 2019 bei seinem Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ in ärztliche Behandlung. Dessen Arztzeugnis UVG vom 9. Dezember 2019 sind hinsichtlich der Beschwerdesymptomatik die subjektive Schmerzangabe des Beschwerdeführers - er habe seit dem Ereignis in seinem Garten persistierende Schmerzen in der linken Schulter -, die Feststellung von Dr. C.\_\_\_\_ - der Schmerz werde im Bereich des Delta-Muskels wahrgenommen - und der klinische Befund - das Schulterrelief sei äusserlich unauffällig - zu entnehmen. Ein konkreter Befund entsprechend einer Pseudoparalyse ist im Arztzeugnis UVG nicht zu finden (Suva-act. 9). Dieser Umstand allein erscheint jedoch insofern nicht relevant, als die Befundangaben im Arztzeugnis UVG generell wenig aussagekräftig und unspezifisch erscheinen. So ist nicht ersichtlich, welche klinischen Untersuchungen und Tests Dr. C.\_\_\_\_ zur Diagnostik des linken Schultergelenks, insbesondere hinsichtlich dessen Beweglichkeit, durchgeführt hat. Am 25. Oktober 2019 wurde der Beschwerdeführer sodann durch Dr. D.\_\_\_\_ untersucht. Dieser erhob folgenden Status: "Äusserlich unauffälliges Schulterrelief, negativer Yergason Test, Aussenrotation von 40° (Gegenseite 60°), Kraft M 5 aber leicht schmerzhaft, Innenrotation zum lumbosakralen Übergang (Gegenseite LWS) mit negativem Lift off Test aber angedeutet positivem Bear Hug und Belly press Test, keine Krepitation am Codman Punkt, Abduktion und Flexion endgradig leicht eingeschränkt, Jobe Test unauffällig, angedeutet positiver Supraspinatusstarter Test. Yokum, Impingement, Cross body und Palm up Test stark positiv, AC-Gelenk und Sulcus bicipitalis druckindolent" (Suva-act. 2). Die dargelegten Befunde wiesen teilweise eindeutig auf eine Rotatorenmanschettenläsion hin, waren zum Teil aber auch unauffällig. Dies obwohl die nachfolgende MR-Arthrographie vom 30. Oktober 2019 eine ausgedehnte Rim-Rent-Läsion der Supraspinatussehne ergab (Suva-act. 4). Die eingeschränkte Aussenrotation weist zudem auf eine Pseudoparalyse hin. Angesichts der dargelegten Sachlage, ist es in Bezug auf den konkreten Fall fraglich, ob sich aus den klinischen Befunden überzeugende Hinweise für oder gegen eine Unfallkausalität ableiten lassen. Der Beschwerdeführer begab sich nach dem Unfall, wie bereits erwähnt, erstmals am 15. Oktober 2019 in ärztliche Behandlung (Suva-act. 9). Eine Latenzzeit von rund drei Monaten bis zu einer ärztlichen Erstbehandlung ist an sich lang und spricht grundsätzlich in Übereinstimmung mit Dr. F.\_\_\_\_ gegen eine traumatische Rotatorenmanschettenproblematik. Der Beschwerdeführer rechtfertigt jedoch den zeitlichen Ablauf in der Beschwerde vom 20. April 2020 (act. G 1) damit, dass er zuerst versucht habe, eine Heilung mit regelmässigem Auftragen von Voltaren, später mit einer Pferdesalbe, zu erzielen. Er habe während dieser Zeit die vielen Geschäftsaufträge erledigen und auch unterrichten können. Am besten sei es gewesen,



den linken Arm hängen zu lassen. Die Schmerzen seien vor allem in der Nacht aufgetreten. Da leider keine Linderung eingetreten sei, habe er den Hausarzt aufgesucht. Besteht eine Beschwerdesymptomatik nach einem Unfall hauptsächlich aus bewegungsabhängigen Schmerzen und zeigt sich der betroffene Körperteil wie im vorliegenden Fall unauffällig (vgl. Suva-act. 2, 9), erscheint es durchaus plausibel, wenn eine versicherte Person nicht unverzüglich einen Arzt konsultiert und zunächst abwartend auf Selbstheilung durch Eigenbehandlung hofft. Die Beschreibung, dass die Situation bei hängendem Arm am besten gewesen sei, deckt sich im Übrigen mit den Angaben in der medizinischen Literatur (Debrunner, a.a.O., S. 727) und macht erkennbar, dass sich der Beschwerdeführer zunächst bestmöglichst an die Schmerzsituation angepasst hatte. In Bezug auf den konkreten Fall ist ausserdem zu berücksichtigen, dass seit dem Unfall vom 11. Juli 2019 bis zur Operation der Suprapsinatussehnenläsion sogar sechs Monate vergangen waren, innerhalb derer der Beschwerdeführer ebenfalls mit seinen Schmerzen und seiner Bewegungseinschränkung zurechtkommen musste und vor allem ohne Arbeitsunfähigkeit immer seiner Arbeit nachzugehen vermochte. Er übt eine Konstruktors- und Bürotätigkeit als Ingenieur aus (Suva-act. 1, 2, 11), bei welcher das Anheben der Arme über die Horizontale nicht zwingend oder jedenfalls nicht häufig erforderlich ist. Zudem ist der Beschwerdeführer Rechtshänder (Suva-act. 2), geschädigt war hingegen die linke Schulter. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich aus dem Beschwerdeablauf bzw. dem gesamten zeitlichen Ablauf im konkreten Fall ebenfalls keine überzeugenden Anhaltspunkte für eine traumatische oder eine degenerative Suprapsinatussehnenläsion ergeben.

**6.7.2.** Auch aufgrund der epidemiologischen Betrachtung von Dr. F.\_\_\_\_ in der Beurteilung vom 16. Januar 2020 (Suva-act. 24) drängt sich ein rein degenerativer Prozess ohne unfallbedingten Ursachenbeitrag (im Zeitpunkt des Unfalls war der Beschwerdeführer 63 Jahre alt) nicht unbedingt auf. In der medizinischen Literatur sowie in medizinischen Fachartikeln finden sich Erhebungsergebnisse, welche keine derart hohe Häufigkeit des Auftretens von degenerativ bedingten Rotatorenmanschettendefekten wiedergeben, dass von einer degenerativ bedingten Rotatorenmanschettendefekt auszugehen wäre. Abgesehen davon ist das Alterskriterium ein allgemeines Beurteilungskriterium statistischer Natur und berücksichtigt - abgesehen vom Alter der konkreten Person - die Aspekte des Einzelfalls wie initiale Beschwerdesymptomatik, Diagnosen, Befunde und radiologische Untersuchungsergebnisse sowie zeitlicher Ablauf nicht. Sprechen diese für eine traumatische Genese, kann im Einzelfall durchaus auch bei einem älteren Menschen



auf eine traumatische Läsion geschlossen werden. Wie in den Erwägungen 6.6 und 6.7.1 dargelegt, schliessen die einzelfallbezogenen Beurteilungskriterien eine traumatische Ätiologie der Supraspinatussehnenruptur nicht überwiegend wahrscheinlich aus. Schliesslich ist zu ergänzen, dass die Erkrankung nachvollziehbarerweise meist den dominanten Arm trifft. Beim rechtsdominanten Beschwerdeführer liegt jedoch eine linksseitige Supraspinatussehnenläsion vor (vgl. zu allem Pschyrembel, a.a.O., S. 1576; <https://medicalforum.ch/article/doi/smf.2019.03247>, [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/033-041I\\_S2e\\_Rotatorenmanschette\\_2017-04\\_02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-041I_S2e_Rotatorenmanschette_2017-04_02.pdf); abgerufen am 27. November 2020).

### 6.8.

**6.8.1.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass an der Zuverlässigkeit der Beurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ (Suva-act. 24, act. G 3.3, G 7.1), wonach die am 15. Januar 2020 arthroskopisch behandelte Supraspinatussehnenruptur links (act. G 3.1) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich einen degenerativ-verschleissbedingten Vorzustand darstelle (vgl. act. G 7.1), zumindest Zweifel bestehen, weil gestützt auf die von ihm thematisierten, an sich massgebenden Beurteilungskriterien, in Bezug auf den konkreten Fall eine traumatische Ätiologie nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Eine andere ärztliche Kausalitätsbeurteilung liegt nicht vor. Dem Gericht ist es jedoch allein gestützt auf die Aktenbeurteilungen von Dr. F.\_\_\_\_ nicht möglich, mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu beurteilen, ob bei der Arthroskopie vom 15. Januar 2020 eine traumatische Verletzung oder ein degenerativer Vorzustand behandelt worden ist. Angesichts des Gesagten wäre die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zur Einholung einer nicht vorbefassten Begutachtung verpflichtet gewesen (BGE 135 V 470 E. 4.4). Nachdem - wie gesagt - bereits geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte ergänzende Abklärungen erforderlich machen, wird sie solche nachzuholen haben. Die Angelegenheit ist mithin zur Veranlassung einer solchen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**6.8.2.** Dazu bleibt, wenn auch nur im Rahmen eines obiter dictum zu ergänzen, dass - sofern die weiteren Abklärungen ergeben sollten, dass es sich bei der Supraspinatussehnenruptur nicht um eine beim Unfall vom 11. Juli 2019 erlittene neue, strukturelle Verletzung, sondern um einen degenerativen Vorzustand gehandelt hat - eine vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes in Betracht kommt (vgl. Erwägung 2.4). So erwähnt Dr. F.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom



11. August 2020, das Ereignis vom 11. Juli 2019 habe (lediglich) zu einem Symptomatischwerden eines verschleissbedingten Vorzustandes ohne strukturelle Verletzung geführt (act. G 7.1). In diesem Fall hätte die Beschwerdegegnerin Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit den Unfällen stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante würde eine Teilursächlichkeit wieder entfallen (RKUV 1194 Nr. U 206 S. 328 f. E. 3b, mit Hinweisen; BSK UVG-Hofer, N 71 zu Art. 6; KOSS UVG-Nabold, N 54 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 54; SVR 2020 UV Nr. 31 S. 125, 8C\_816/2009, E. 4.3). Solange der Status quo sine vel ante aber noch nicht wieder erreicht wäre, hätte die Beschwerdegegnerin gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen, worunter auch die Heilbehandlungskosten nach Art. 10 UVG fielen. Unter Umständen hätte der Beschwerdeführer damit Anspruch auf eine, operative Eingriffe miteinschliessende, zweckmässige Behandlung, wenn diese im Gesamtkontext gesehen letztlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der (vorzeitigen) Beseitigung der von den Unfällen zumindest mitverursachten Schmerzen dienen würde und nicht gesagt werden könnte, die Operation sei auch ohne den durch den Unfall bewirkten Beschwerdeschub überwiegend wahrscheinlich im selben Zeitpunkt notwendig geworden (Urteile des Bundesgerichts vom 26. Februar 2013, 8C\_423/2012, E. 5.3, und 24. Juni 2008, 8C\_326/2008).

### 7.

**7.1.** Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 9. April 2020 (Suva-act. 35) teilweise gutzuheissen und die Streitsache zu ergänzenden Abklärungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**7.2.** Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Partei hingegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als volles Obsiegen gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Eine Parteienschädigung fällt jedoch ausser Betracht, nachdem der Beschwerdeführer nicht anwaltlich vertreten ist.

### Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 9. April 2020 aufgehoben und die Streitsache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und anschliessend neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

**2.**

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.