

200 19 805 UV
SCI/SVE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 13. März 2020

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Schwitter

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. jur. B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
vertreten durch Rechtsanwalt C. _____
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 23. September 2019 (24.57761.17.4;
24.12518.18.0)



Sachverhalt:

A.

Der 1988 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als am 3. April 2017 ein Kollege beim ... stürzte und den Versicherten mitriss (Akten der Beschwerdegegnerin, 24.57761.17.4, [act. IIA] 1). Am 9. März 2018 stand er in einer Bar mit dem Rücken zu einem dahinter und oberhalb liegenden Dancefloor, worauf er von einer von dort herabsteigenden, fremden Person mit dem ... am Kopf getroffen wurde (Akten der Beschwerdegegnerin, 24.12518.18.0, [act. II] 1). Die Suva anerkannte die Ereignisse als Unfälle und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (vgl. u.a. act. II 6 f.; act. IIA 2). Nach Beizug diverser Arztberichte stellte sie die Versicherungsleistungen mit Verfügung vom 19. Februar 2019 (act. II 50) hinsichtlich der weiterhin geklagten Beschwerden per 1. März 2019 ein und verneinte mangels adäquater Unfallfolgen ferner auch einen Anspruch auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung. Daran hielt sie auf Einsprache hin (act. II 58, 67) mit Entscheid vom 23. September 2019 (act. II 71) fest.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. jur. B. _____, mit Eingabe vom 23. September 2019 Beschwerde. Er beantragt, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheides vom 23. September 2019 seien ihm die gesetzlichen Leistungen nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) zu gewähren. Eventualiter sei die Verfügung (recte: der Einspracheentscheid) vom 23. September 2019 aufzuheben und es sei über die gesetzlichen Ansprüche gegebenenfalls unter erneuter medizinischer Begutachtung neu zu befinden.

Die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwalt C._____, schliesst mit Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2020 auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 23. September 2019 (act. II 71). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit den Ereignissen vom 3. April 2017 und 9. März 2018 und dabei insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin die vorübergehenden Leistungen zu Recht per 1. März 2019 eingestellt und den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung verneint hat.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

2.2 Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2019 IV Nr. 9 S. 26 E. 3.1; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. September 2018, 8C_781/2017, E. 5.1). Für die Bejahung

des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 134 V 109 E. 9.5 S. 125, 123 V 43 E. 2b S. 45; SVR 2009 UV Nr. 3 S. 12 E. 8.3).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1 S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

2.4 Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist. Dabei hat die Beantwortung der Frage nach der Adäquanz von Unfallfolgen als einer Rechtsfrage - im Gegensatz zur Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang - nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erfolgen (BGE 112 V 30 E. 1b S. 33).

2.4.1 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 3.1).

2.4.2 Bei organisch nicht objektiv ausgewiesenen Beschwerden ist für die Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind je nachdem weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall werden diese Adäquanzkriterien unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 3.2 S. 358, 115 V 133 E. 6c aa S. 140), während bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule sowie Schädel-Hirntraumen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet wird (BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112; SVR 2018 UV Nr. 29 S. 101 E. 2.2). Dabei ist wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob die versicherte Person beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule, eine dem Schleudertrauma äquivalente Verletzung (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a, 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) oder ein Schädel-Hirntrauma (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3) erlitten hat, wobei die Schleudertrauma-Praxis nur dann Anwendung findet, wenn sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden Beschwerden in der Halsregion und der Halswirbelsäule (HWS) manifestieren (SVR 2009 UV Nr. 30 S. 107 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung.

2.5 Der Unfallversicherer hat den Fall unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente und Integritätsentschädigung abzuschliessen, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (Art. 19 Abs. 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201).

2.6 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Aufgrund der Akten erstellt und von den Parteien unbestritten ist, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Ereignisse vom 3. April 2017 und 9. März 2018 (act. IIA 1, act. II 2) die kumulativen Tatbestandsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllen. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht (vgl. u.a. act. II 6 f.; act. IIA 2). Umstritten ist jedoch, ob der Beschwerdeführer aufgrund der beiden Unfälle über die von der Beschwerdegegnerin verfügte Leistungseinstellung per 1. März 2019 hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Zu prüfen ist deshalb, ob die über den 1. März 2019 hinaus geklagten Beschwerden in einem anspruchsbegründenden natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zu den beiden Unfällen vom 3. April 2017 und 9. März 2018 stehen.

3.2 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten in Bezug auf den Unfall vom 3. April 2017 im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.2.1 Dr. med. D. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte anlässlich der Konsultation vom 7. April 2017 (act. IIA 41) eine Commotio cerebri am 3. April 2017 mit Vertigo (S. 2).

3.2.2 In verschiedenen Berichten vom 16. Juni 2017 über die Konsultationen vom 26. April (act. IIA 27), vom 8. Mai (act. IIA 27 S. 6) und vom 24. Mai 2017 (act. IIA 27 S. 10) diagnostizierten Prof. Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. F. _____, Fachärztin für Neurologie, ein posttraumatisches Syndrom nach Commotio cerebri, den Verdacht auf eine Contusio labyrinthi rechts (Differentialdiagnose [DD]: eine Exazerbation bei vorbestehender Vestibulopathie rechts) und eine HWS-Distorsion nach einem Ellenbogenschlag gegen links fazial im Rahmen eines ... Trainings am 3. April 2017, bei einem Status nach insgesamt sechs Commotio cerebri (Status nach Commotio cerebri am 9. Dezember 2004, am 16. März 2007 und am 17. Oktober 2009; Status nach Commotio cerebri mit einer HWS-Distorsion am 17. Oktober 2011; Status nach Commotio cerebri mit peripherer Vesti-

bulopathie rechts am 15. Februar 2017; Status nach einer HWS-Distorsion am 4. Januar 2016; S. 1 f.). Am Untersuchungstag seien die Schwindelbeschwerden, die ätiologisch am besten zu einem posttraumatischen Lage-rungsschwindel bei Verdacht auf eine Canalolithiasis bei posteriorem Bogengang links passten, klinisch predominant gewesen. Die im Vordergrund stehende Kopfschmerzkomponente würde zu der in der chiropraktischen Untersuchung objektivierten segmentalen Dysfunktion der HWK (Halswirbelkörper) C2/3, rechtsbetont, bei massiver Insuffizienz der Nacken stabilisierenden Muskulatur passen (S. 3).

Es erfolgten weitere Konsultationen bei Dr. med. F._____ am 7. Juni (act. IIA 32) sowie am 28. August 2017 (act. IIA 43), wobei sie anlässlich letztgenannter festhielt, der Verlauf sei positiv mit deutlichem Rückgang sämtlicher Symptome. An residuellen Beschwerden bestehe noch ein diskretes zerviko-occipitales Syndrom sowie der Verdacht auf eine erhöhte visuelle und vestibuläre Bewegungssensitivität (S. 3).

3.2.3 Im Bericht vom 25. September 2017 (act. IIA 52) diagnostizierten die Dres. med. G._____, Facharzt für Neurologie sowie Praktischer Arzt, und H._____, Assistenzärztin, ein posttraumatisches Syndrom nach Commotio cerebri, den Verdacht auf eine Contusio labyrinthi rechts und eine HWS-Distorsion nach Ellenbogenschlag gegen links fazial im Rahmen eines ... Trainings am 3. April 2017 bei einem Status nach insgesamt sechs Commotio cerebri und einem Status nach HWS-Distorsion am 4. Januar 2016. Hinsichtlich der kongenitalen Schielform hielten sie den Verdacht auf intermittierenden Strabismus divergens links, den Verdacht auf diskrete Schielamblyopie links, eine dissoziierte Vertikaldeviation sowie ein subnormales Binokularsehen fest. In der klinischen Untersuchung hätten sich abgesehen von diskreten Zeichen einer kongenitalen Schielform (Mikrostrabismus / intermittierender Strabismus mit Exophorie links / dissoziierte Vertikaldeviation / leichte Amblyopie / subnormales Binokularsehen) keine Hinweise auf eine posttraumatische Motilitätseinschränkung, insbesondere keine Trochlearisparese, gezeigt (S. 2).

3.2.4 Nach der Konsultation vom 22. Januar 2018 (act. IIA 51) änderte Dr. med. F._____ die Diagnose dahingehend ab, als dass sie den Verdacht auf ein zerviko-occipitales Syndrom mit sekundär zentraler Auswei-

tung, am ehesten im Rahmen einer zweiten Diagnose, sowie ein regredientes posttraumatisches Syndrom nach Commotio cerebri, den Verdacht auf eine Contusio labyrinthi rechts (DD: eine Exazerbation bei vorbestehender Vestibulopathie rechts) und eine HWS-Distorsion nach Ellenbogenschlag gegen links fazial im Rahmen eines ... Trainings am 3. April 2017, bei einem Status nach insgesamt sechs Commotio cerebri, aufführte (S. 1 f.). Der beschriebene Kopfschmerz sei am ehesten einem zerviko-occipitalen Syndrom mit sekundär zentraler Ausweitung zuzuordnen. Die Ursache der Insomnie bleibe bisher unklar im Rahmen einer Signalüberflutung an den Tagen mit Arbeit und Trainerfunktion (S. 3).

3.2.5 Dr. med. I. _____, Facharzt für Neurologie, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin der Suva, hielt in seiner neurologischen Aktenbeurteilung vom 5. Juni 2018 (act. IIA 55) fest, der Beschwerdeführer habe sich durch das Ereignis vom 3. April 2017 überwiegend wahrscheinlich einen einfachen Kopfanprall ohne leichte traumatische Hirnverletzung zugezogen. Eine Distorsion der Halswirbelsäule sei abgestützt auf die medizinisch dokumentierten Befunde möglich. Selbst unter Annahme einer solchen durch den Unfall ergebe sich keine Änderung in Bezug auf die Prognose und den Heilungsverlauf der Beschwerden. Es müsse davon ausgegangen werden, dass unfallbedingte Beschwerden spätestens zu einem Zeitpunkt drei Monate nach dem Unfall ohne Residuum ausgeheilt gewesen wären. Eine darüber hinaus differentialdiagnostisch diskutierte Contusio labyrinthi rechts sowie eine Exazerbation einer vorbestehenden Vestibulopathie rechts seien durch die Oto-Rhyno-Laryngologie zu beurteilen. Hierzu bleibe anzumerken, dass Dr. med. F. _____ von einem vorgängigen Ereignis am 15. Februar 2017 (vgl. act. IIA 27 S. 11) ausgegangen sei, welches der Suva nicht bekannt sei (S. 5). Aus neurologischer Perspektive sei bei einem einfachen Kopfanprall ohne leichte traumatische Hirnverletzung eine wie im vorliegenden Fall durchgeführte aufwändige apparative Diagnostik nicht notwendig. Aus neurologischer Perspektive und unfallbedingt seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit klinisch-neurologische Verlaufskontrollen höchstens bis Ende Juni 2017, d.h. drei Monate nach dem Unfall, begründbar. Aufgrund des klinischen Verlaufs mit regredienten Beschwerden in Form von Schwindel sei höchstens einmalig eine Posturographie (Equitest) erforderlich (Ziff. 1).

3.3 In Bezug auf den Unfall vom 9. März 2018 lassen sich den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.3.1 Anlässlich der Konsultation vom 12. März 2018 (act. II 17) diagnostizierte Dr. med. F._____ den Verdacht auf Concussion und HWS-Distorsion beim Schlag gegen Occiput am 9. März 2018. Als Nebendiagnosen führte sie ein regredientes posttraumatisches Syndrom nach Comotio cerebri, den Verdacht auf eine Contusio labyrinthi rechts (DD: eine Exazerbation bei vorbestehender Vestibulopathie rechts) und eine HWS-Distorsion nach Ellenbogenschlag gegen links fazial im Rahmen eines ... Trainings am 3. April 2017 auf (S. 1). Eine klare Zuordnung der Schwindelbeschwerden sei am Untersuchungstag noch nicht möglich gewesen. Bei vorbestehender vestibulärer Unterfunktion rechts sei sowohl eine peripher vestibuläre als auch zentrale Verarbeitungsstörung vorstellbar (S. 3). Anlässlich der Konsultation vom 15. März 2018 (act. II 16) hielt die Neurologin einen Rückgang der Kopfschmerzen bei Persistenz der Schwindelbeschwerden fest (S. 2).

Weitere Konsultationen erfolgten bei derselben Ärztin am 4. April (act. II 15) und am 9. Mai 2018 (act. II 23). Nach der letztgenannten Konsultation hielt Dr. med. F._____ fest, die Beschwerdekongstellatation aus Schwindel (DD: i.R. der bekannten peripher vestibulären Unterfunktion rechts) und Spannungstypkopfschmerz (DD: zervikogen mit sekundär zephaler Komponente) sei fortbestehend, primär jedoch nur bei Belastung auftretend (S. 3). Anlässlich der Konsultation vom 24. Mai 2018 (act. II 27) beurteilte dieselbe Ärztin die Situation dahingehend, dass ein erfreulicher Verlauf mit Linderung der Symptome (Kopfschmerz, Schwindel) seit dem 18. Mai 2018 feststellbar sei (S. 2). Über die Konsultation vom 6. Juni 2018 (act. II 29) führte die Neurologin dann aus, die Situation scheine aktuell etwas stagnierend, bei Steigerung der Arbeitsfähigkeit. Eine emotionale Komponente scheine aufgrund des vorbestehenden Jobwechsels auch vorstellbar (S. 3). Nach der Konsultation vom 18. Juni 2018 (act. II 28) hielt Dr. med. F._____ schliesslich ein erfreuliches, wenn auch zunächst nur temporäres, Ansprechen auf die Meditation (Form der vorbesprochenen Entspannung als Kopfschmerzprophylaxe) fest. Entscheidend seien das

adäquate Management der Symptome und die Einteilung der Tagesstruktur bei eher ambitionierter Persönlichkeit (S. 3).

3.3.2 Dr. med. K. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 21. Juni 2018 (act. II 36 S. 3) Anpassungsstörungen mit depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2). Das aktuelle Beschwerde-/Störungsbild sei momentan im Sinne einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion hinreichend erklärt. Möglicherweise müsse aber im weiteren Verlauf die Diagnose weiter modifiziert werden. Ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma vor dem Hintergrund wiederholt erlittener Kopftraumata könne derzeit nicht gestellt werden. Eine Selbst- und Fremdgefährdung bestehe nicht, der Patient distanzieren sich diesbezüglich glaubhaft und sei bündnisfähig.

3.3.3 Bei Dr. med. F. _____ erfolgten weitere Konsultationen am 8. August (act. II 34) und am 17. September 2018 (act. II 38), wobei die Ärztin einen positiven Verlauf bei bekannten peripher-vestibulären Defiziten und zentraler Integrationsstörung vestibulärer Informationen festhielt (act. II 38 S. 3; vgl. auch act. II 34 S. 3).

Über die Konsultation vom 12. November 2018 (act. II 43) führte sie aus, der Verlauf sei weiterhin stabil bei bekanntem peripher-vestibulärem Defizit und zentraler Integrationsstörung vestibulärer Informationen. Diese habe sich jedoch apparativ dokumentiert normalisiert. Einzig beständen noch diskrete Hinweise im Headshake-Senzory Organization Test. Die Restsymptome würden als residuell erachtet. Erfreulich sei, dass der Beschwerdeführer inzwischen gute Copingstrategien erlernt habe, um mit den Symptomen umzugehen, in Kombination mit physiotherapeutischen und sportneurologischen Massnahmen, die überwiegend als Heimprogramm durchgeführt werden könnten. Aufgrund der mnestischen Defizite werde eine neuropsychologische Untersuchung empfohlen (S. 3). Von weiteren therapeutischen Massnahmen werde aktuell abgesehen und mit dem Beschwerdeführer sei ein Behandlungsabschluss abgesprochen worden (S. 4).

3.3.4 Dr. med. I. _____ hielt in der neurologischen Aktenbeurteilung vom 21. Dezember 2018 (act. II 45) fest, abgestützt auf die dokumentierten Beschwerden und Befunde ergebe sich eine Regredienz des Beschwerdeführers.

verlaufs mit erstmals am 4. April 2018 angegebenen Konzentrationsstörungen. Die apparative Zusatzdiagnostik mit vestibulärer Batterie und Posturographie (vgl. act. II 15) habe keine eindeutig als pathologisch zu bezeichnenden Befunde ergeben. Die dynamische Posturographie habe im sensorischen Organisationstest keine Hinweise auf eine verminderte zentrale Integration des vestibulären, visuellen oder somatosensorischen Systems hervorgebracht. In der Video-Kopfimpuls-Test Diagnostik habe sich eine normale Funktion aller sechs Bogengänge gezeigt. Ein Spontannystagmus oder Provokationsnystagmus sei nicht festgestellt worden. Nach der Rückkehr aus den Ferien am 22. April 2018 habe der Beschwerdeführer berichtet, nicht mehr unter Schwindelbeschwerden oder Kopfschmerzen zu leiden. Seither sei anlässlich regelmässiger Kontrollen ein ungewöhnlich protrahiertes Verlauf mit sekundär wieder aufgetretenen Beschwerden in Form von Schwindel, Kopfschmerzen und kognitiven Beeinträchtigungen berichtet worden. Gestützt auf die dokumentierten Beschwerden und Befunde nach dem Ereignis vom 9. März 2018 könne höchstens ein einfacher Kopfanprall diagnostiziert werden. Zuverlässige Hinweise für eine zusätzlich erlittene Distorsion der Halswirbelsäule ergäben sich nicht, die Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule infolge des Unfalls vom 9. März 2018 sei nur möglich. Die diagnostischen Kriterien für eine leichte traumatische Hirnverletzung (Synonym: Mild Traumatic Brain Injury [MTBI]; früher: Commotio cerebri) seien nicht erfüllt. Die anlässlich der Verlaufskontrollen im J. _____ (durch Dr. med. F. _____) dokumentierten Befunde der apparativen Zusatzdiagnostik von Anfang April 2018 ergäben keine Hinweise auf eine unfallbedingte organische Grundlage der Beschwerden, weder im Hinblick auf das Ereignis vom 9. März 2018 noch im Hinblick auf die zum Vorzustand bekannten Ereignisse. Nach einem einfachen Kopfanprall hätten Beschwerden in Form von Kopfschmerzen und Schwindel typischerweise einen regredienten Verlauf mit vollständigem Abklingen der Beschwerden innerhalb von wenigen Tagen bis Wochen. Eine sekundäre Zunahme von Beschwerden nach einem einfachen Kopfanprall sei medizinisch nicht erklärbar. Damit habe sich der Beschwerdeführer durch den Unfall vom 9. März 2018 höchstens einen einfachen Kopfanprall zugezogen und die Beschwerden könnten höchstens bis zum 22. April 2018, jenem Zeitpunkt, zu dem der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. F. _____ eine Beschwerdefreiheit mitteilte (vgl. hierzu act. II 23 S. 2),

kausal auf den Unfall vom 9. März 2018 zurückgeführt werden (S. 4). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit lägen keine strukturell objektivierbaren Folgen der versicherten Unfälle vom 17. Oktober 2011, 15. Februar 2015, 1. Januar 2016, 3. April 2017 und 9. März 2018 vor. Von einer weiteren Behandlung der Unfallfolgen könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden (S. 5).

3.3.5 Dr. med. F. _____ diagnostizierte anlässlich der Konsultation vom 3. Juni 2019 (act. II 66) erstmals den Verdacht auf visuell induzierten Schwindel und ein persistentes zerviko-occipitales Syndrom voraussichtlich im Rahmen der zweiten Diagnose, welche einen Verdacht auf eine Concussion und eine HWS-Distorsion nach Schlag mit ... gegen das Occiput am 9. März 2018 als Risikofaktor für einen protrahierten Verlauf umfasste. Als weitere Diagnose führte sie ein regredientes posttraumatisches Syndrom nach Commotio cerebri, den Verdacht auf eine Contusio labyrinthi rechts (DD: eine Exazerbation bei vorbestehender Vestibulopathie rechts) und eine HWS-Distorsion nach Ellenbogenschlag gegen links fazial im Rahmen eins ... Trainings am 3. April 2017 auf (S. 1 f.).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft ei-

nes Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat sich in dem hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 23. September 2019 (act. II 71) massgeblich auf die Beurteilungen des Suva-Arztes Dr. med. I. _____ vom 5. Juni 2018 (act. IIA 55) und vom 21. Dezember 2018 (act. II 45) gestützt. Anders als in der Beschwerde vorgebracht (S. 6 f.) erfüllen diese versicherungsrechtlichen Beurteilungen von Dr. med. I. _____ die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor). Der Neurologe hat sich in seinen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und seine Schlussfolgerungen gestützt auf die Vorakten und die bildgebende Untersuchung getroffen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet.

3.5.1 So führt Dr. med. I. _____ nachvollziehbar und überzeugend aus, gestützt auf die zeitnah zum Unfall vom 3. April 2017 durch Dr. med. D. _____ dokumentierten Beschwerden (vgl. act. IIA 41 S. 2) und gemäss Klassifikation der European Federation of Neurological Societies (EFNS) / European Academy of Neurology (EAN) seien die diagnostischen Kriterien einer leichten traumatischen Hirnverletzung (Commotio cerebri) nicht erfüllt. So ist zeitnah zum Unfall keine Bewusstlosigkeit, keine posttraumatische Amnesie und kein Abfall auf der Glasgow Coma Scale (GCS) dokumentiert (act. IIA 55 S. 4). Objektivierbare neurologische Defizite waren nicht feststellbar (act. IIA 55 S. 4). Auch die bildgebende Abklärung des Schädels vom 4. Mai 2017 (vgl. act. IIA 40) war unauffällig. Hinweise auf eine posttraumatische Motilitätseinschränkung, insbesondere eine Trochlearisparese, fehlten (act. IIA 52 S. 2). Der Beschwerdeführer klagte initial lediglich über leichte Kopfschmerzen und setzte das Training nach kurzem Unterbruch gemäss eigenen Angaben denn auch fort (act. IIA 41 S. 2). Dass bei diesen Befunden die Beschwerden von Dr. med. F. _____ als posttraumatisches Syndrom nach Commotio cerebri gewertet werden (vgl. u.a. act. IIA 27 S. 1), überzeugt damit nicht. Bei der von dieser Ärztin festgehaltenen Contusio labyrinthi rechts handelt es sich im Übrigen lediglich um eine Verdachtsdiagnose und die differentialdiagnostisch aufgeführte Exazerbation bei vorbestehender Vestibulopathie rechts steht von vornherein höchstens im Zusammenhang mit einer für den 15. Februar 2017 geltend gemachten Commotio cerebri (act. IIA 27) und nicht mit dem vorliegend massgebenden Ereignis vom 3. April 2017, weshalb entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 7) eine zureichende Sachverhaltsabklärung erfolgte. Gestützt auf die hier massgebliche Beurteilung von Dr. med. I. _____ waren die unfallbedingten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens zu einem Zeitpunkt drei Monate nach dem Unfall ausgeheilt (act. IIA 55 S. 5). Dies korreliert im Übrigen auch mit dem durch Dr. med. F. _____ dokumentierten positiven Verlauf (vgl. u.a. act. IIA 27 S. 3, 11). Zudem gab der Beschwerdeführer anlässlich eines Telefonats am 16. März 2018 gegenüber der Beschwerdegegnerin an, der Schwindel und die Kopfschmerzen seien verschwunden gewesen (act. IIA 53).

3.5.2 Dr. med. F. _____ diagnostizierte nach dem Ereignis vom 9. März 2018 den Verdacht auf eine Concussion und eine Distorsion der Halswirbelsäule beim Schlag gegen das Occiput, ohne die Concussion näher zu codieren. In der gleichen Formulierung des ICD-10 in englischer Fassung werden die Diagnosen des Codes ICD-10 S06.X mit diesem Begriff versehen, der mithin die Diagnose aller „intrakraniellen Verletzungen“ umfasst (act. II 17). Diesbezüglich führte Dr. med. I. _____ einleuchtend und überzeugend aus, dass die diagnostischen Kriterien für eine leichte traumatische Hirnverletzung (Commotio cerebri) nicht erfüllt sind. So kam es zu keinem Bewusstseinsverlust wie auch zu keiner Amnesie. Anlässlich der Erstuntersuchung am 12. März 2018, d.h. drei Tage nach dem Vorfall, hielt die Neurologin (act. II 17) keine Verletzungszeichen am Kopf sowie auch keine objektivierbaren neurologischen Defizite fest. Klinisch neurologisch wurden keine neuen pathologischen Befunde diagnostiziert (vgl. act. II 17, act. IIA 27). Die apparative Zusatzdiagnostik mit vestibulärer Batterie und Posturographie anlässlich der Untersuchung vom 4. April 2018 ergab ebenfalls keine Hinweise auf unfallbedingte organische Ursachen der Beschwerden (vgl. act. II 15). Der Beschwerdeführer klagte seit dem Unfall zwar über Kopfschmerzen und Schwindel, die Kopfschmerzen waren jedoch bereits anlässlich der ersten Untersuchung regredient. Kognitive Beeinträchtigungen hat der Beschwerdeführer keine geltend gemacht (act. II 17 S. 2 f.). Gemäss den Kontrollen vom 15. März 2018 (vgl. act. II 16) und vom 4. April 2018 (vgl. act. II 15) sowie auch während des zweiwöchigen Urlaubs (Städtereise; vgl. act. II 15 S. 4, 23 S. 1) waren die Beschwerden rückläufig. Nach der Rückkehr am 22. April 2018 (vgl. act. II 23 S. 2) sei es ihm gut gegangen ohne Schwindelbeschwerden und ohne Kopfschmerzen. Die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma vor dem Hintergrund des wiederholt erlittenen Kopftraumas konnte ausgeschlossen werden (act. II 36 S. 3). Es fehlt damit entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 6) an objektivierbaren organischen Beschwerden. So wurde durch Dr. med. F. _____ denn auch ein überwiegend sich stetig verbessernder Zustand dokumentiert (vgl. act. II 15 S. 2 f., 16 S. 2 f., 17 S. 2 f., 23 S. 2 f., 29 S. 2 f., 27 S. 2 f., 28 S. 2 f., 34 S.2 f., 38 S. 2 f., 43 S. 2 f.). Anlässlich der Konsultation vom 12. November 2018 (act. II 43) gab der Beschwerdeführer an, zwei Mal pro Woche ... zu spielen, ohne Beschwerden zu verspüren (S. 2)

und es wurde schliesslich gänzlich von weiteren therapeutischen Massnahmen abgesehen (S. 4). Dr. med. I. _____ hat vor diesem Hintergrund überzeugend festgestellt (act. II 45 S. 5), dass die Beschwerden höchstens bis zum 22. April 2018, nämlich jenem Zeitpunkt, an dem der Beschwerdeführer erstmals selbst über eine Beschwerdefreiheit berichtete (vgl. act. II 14 S. 3 Ziff. 9, 23 S. 2) kausal auf den Unfall vom 9. März 2018 zurückgeführt werden können.

Nach dem soeben Dargelegten sind die geklagten Beschwerden hinsichtlich des Ereignisses vom 3. April 2017 höchstens während den drei darauf folgenden Monaten (act. IIA 55 S. 5 Ziff. 1) und hinsichtlich des Ereignisses vom 9. März 2018 höchstens bis zum 22. April 2018 (act. II 45 S. 4) auf den jeweiligen Unfall zurückzuführen. Darüber hinaus ist der natürliche Kausalzusammenhang (E. 2.3 hiervor) zwischen den geklagten Beschwerden und den beiden Ereignissen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Ebenso kann durch eine weitere Behandlung keine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden (act. II 45 S. 5).

3.6 Der Fallabschluss und die Einstellung der vorübergehenden Leistungen per 1. März 2019 ex nunc et pro futuro sind damit nicht zu beanstanden und jedenfalls nicht zum Nachteil des Beschwerdeführers (E. 2.5).

4.

4.1 Selbst wenn mit Blick auf die geklagten Beschwerden eine Adäquanzprüfung durchzuführen wäre, würde sich, wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, am Ergebnis nichts ändern. Es sind keine nachweisbar organischen und damit somatisch begründbaren Unfallfolgen ausgewiesen. Ein Schädel-Hirntrauma oder eine HWS-Distorsion ist nicht mit mindestens überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Folglich sind für die Adäquanzbeurteilung die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend (vgl. E. 2.4 hiervor).

4.2

4.2.1 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften - eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 76 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 36 E. 4.2.2).

4.2.2 Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel (vgl. jedoch BGE 140 V 356 E. 5.3 S. 360) ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung, aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu verursachen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6a S. 139).

4.2.3 Bei schweren Unfällen dagegen ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit in der Regel zu bejahen. Denn nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung sind solche Unfälle geeignet, invalidisierende psychische Gesundheitsschäden zu bewirken (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6b S. 140).

4.2.4 Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausalzusammenhang besteht, nicht auf Grund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles;
- die Schwere oder besondere Art der erlittenen (somatischen) Verletzungen, insbesondere ihre erfahrungsgemässe Eignung, psychische Fehlentwicklungen auszulösen;
- ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung;
- körperliche Dauerschmerzen;
- ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert;
- schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen;
- Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit.

4.2.5 Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so

müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 10 E. 5.1). Handelt es sich um einen mittelschweren Unfall im Grenzbereich zu den leichten Unfällen müssen für die Bejahung der Adäquanz vier Kriterien gegeben sein (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 102 E. 4.2.2). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, BGE 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

4.3 Hinsichtlich des für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Unfallereignisses (vgl. E. 4.2.1 hiervor) vom 3. April 2017 geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer durch einen Sturz eines Kollegen beim ... Training mitgerissen wurde, wobei dieser ihn mit seinem Ellbogen am Kopf traf (act. IIA 1). Betreffend den Unfall vom 9. März 2018 lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer mit dem Rücken zu einem dahinter- und oberhalb liegenden Dancefloor an einem Stehtisch stand, als eine von dort herabsteigende Person ihn von hinten mit dem ... am Kopf traf (act. II 3 S. 3). Ausgehend vom beschriebenen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften qualifizierte die Beschwerdegegnerin die Ereignisse im angefochtenen Einspracheentscheid als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend (act. II 71 S. 8 Ziff. 5.4.2). Mit Blick auf den objektiven Geschehensablauf sind die Ereignisse als leichte Unfälle einzustufen. Selbst wenn die Unfälle als mittelschwer, wie es der Beschwerdeführer (Beschwerde S. 9) geltend macht, eingestuft werden, ist der adäquate Kausalzusammenhang zu verneinen (vgl. nachfolgend).

4.4 Für die Bejahung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 müsste ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter oder mindestens drei Kriterien in einfacher Weise erfüllt sein (vgl. E. 4.2.5 hier vor).

4.4.1 Beiden Unfallereignissen muss bei objektiver Betrachtung eine besondere Eindrücklichkeit abgesprochen werden, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (so u.a. Entscheidung des BGer vom 15. Januar 2016, 8C_568/2015, E. 3.5). Besonders dramatische Begleitumstände sind jeweils ebenfalls nicht auszumachen.

Das Kriterium wurde bzw. wird denn auch nur in deutlich gravierenden Fällen bejaht (vgl. Entscheid des BGer vom 6. November 2012, 8C_398/2012, E. 6.1.1; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 69 f.). Das entsprechende Adäquanzkriterium ist folglich nicht erfüllt.

4.4.2 Wenn der Beschwerdeführer vorbringt, die wiederholte Verletzung müsse als Verletzung besonderer Art qualifiziert werden (Beschwerde S. 9), verkennt er, dass er durch die Unfälle eben gerade keine wesentlichen organischen Verletzungen erlitt. Somit waren auch keine solchen Verletzungen vorhanden, die geeignet gewesen wären, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen.

4.4.3 Der Beschwerdeführer konsultierte jeweils erst Tage nach den Ereignissen einen Arzt. Die Behandlung beschränkte sich im Wesentlichen auf die Durchführung von Untersuchungen, die Einnahme von Schmerzmitteln sowie Physiotherapie. Es fanden sich keine organischen Ursachen für die beklagten Beschwerden. Die ärztliche Behandlung der somatischen Unfallfolgen war somit nicht von langer und damit auch nicht von ungewöhnlich langer Dauer. Eine allenfalls psychisch bedingte Ursache der Behandlung müsste vorliegend zudem ausser Acht gelassen werden (E. 4.2.1 hiavor).

4.4.4 Ebenso kann vorliegend nicht von erheblichen Dauerschmerzen ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer klagt zwar über Kopfschmerzen und Schwindel, welche jedoch auch gemäss den dokumentierten Angaben des Beschwerdeführers jeweils einen regredienten Verlauf aufwiesen und nicht dauerhaft und ununterbrochen, sondern je nach Tätigkeit mehr oder weniger ausgeprägt geklagt wurden. Ebenso liegen auch beschwerdefreie Intervalle vor.

4.4.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ist nicht ersichtlich und wird auch nicht vorgebracht. Hinsichtlich der somatischen Aspekte sind weder ein schwieriger Heilungsverlauf noch erhebliche Komplikationen aktenkundig.

4.4.6 Nach dem Ereignis am 3. April 2017 war der Beschwerdeführer während knapp zweieinhalb Wochen (vgl. act. IIA 17 S. 1) vollständig und

bis Juli 2017 noch teilweise arbeitsunfähig (vgl. act. IIA 17, 19, 24, 25). Aufgrund der bloss kurzzeitigen vollständigen Arbeitsunfähigkeit und unter Berücksichtigung des Fehlens anderweitiger Verletzungen kann allerdings nicht von einem besonderen Grad oder einer besonders lang dauernden physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit gesprochen werden. Dasselbe gilt für das Ereignis vom 9. März 2018, war der Beschwerdeführer doch nur während knapp einer Woche vollständig (act. II 9) und bis Juli 2018 (vgl. Beschwerde S. 10, act. II 9, 11, 22, 25, 32) teilweise arbeitsunfähig, worauf die Beschwerdegegnerin zutreffend hingewiesen hat (Beschwerdeantwort S. 6).

4.4.7 Zusammenfassend ist keines der Kriterien erfüllt. Damit fehlte es, selbst wenn von einer natürlichen Kausalität der noch geklagten, somatisch nicht erklärbaren Beschwerden zum Unfall auszugehen wäre, am adäquaten Kausalzusammenhang. Es ist damit auch von daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fall abgeschlossen und einen über den 1. März 2019 hinausgehenden Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung verneint hat.

5. Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. jur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Rechtsanwalt C. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.