

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00288

vom 1. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2020.00288

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00288 du 1 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2020.00288 del 1 maggio 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, war seit 15. November 2013 in seiner eigenen Firma Y.____ GmbH als Chauffeur und Geschäftsführer tätig und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 2. März 2018 stürzte (vgl. Urk. 8/1). Die Suva erbrachte Versicherungsleistungen, stellte diese jedoch mit Verfügung vom 28. November 2018 (Urk. 8/57) per 31. Dezember 2018 ein. Nachdem der Versicherte dagegen Einsprache erhoben hatte (Urk. 8/67; Urk. 8/75), teilte die Suva dem Versicherten am 29. Mai 2019 mit, dass sie ab 1.

Januar 2019 weiterhin Leistungen erbringen werde (Urk. 8/78), und nahm weitere Abklärungen vor. Mit Verfügung vom 24. Februar 2020 stellte die Suva die Leistungen per 31. März 2020 ein (Urk. 8/141), wogegen die Krankenversicherung am 28. Februar 2020 (Urk. 8/156)

und der Versicherte am 25. März 2020 Einsprache erhoben (Urk. 8/160). Die Suva wies die Einsprachen mit Entscheid vom 12. November 2020 ab (Urk. 8/181 = Urk. 2).

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Die Versicherung erbringt ihre Leistungen auch bei den im Einzelnen in Abs. 2 aufgeführten Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind. Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen für Schädigungen, die der verunfallten Person bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Erleidet die versicherte Person durch den Unfall eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität, so hat sie Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung (Art. 24 Abs. 1 UVG).

E. 1.2

Gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG erbringt die Versicherung ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen sind: Knochenbrüche (lit . a); Verrenkungen von Gelenken (lit . b), Meniskusrisse (lit . c), Muskelrisse (lit . d), Muskelzerrungen (lit . e), Sehnenrisse (lit . f), Bandläsionen (lit . g) und Trommelfellverletzungen (lit . h).

Diese Aufzählung der den Unfällen gleichgestellten Körperschädigungen ist abschliessend (BGE 146 V 51 E. 7.1 sowie BGE 116 V 136 E. 4a, 147 E. 2b, je mit Hinweisen).

Seit dem Inkrafttreten der Revision des UVG und der dazugehörigen Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) per 1. Januar 2017 ist das Bestehen einer vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung nicht länger vom Vorliegen eines äusseren Ereignisses abhängig. Die Tatsache, dass eine in Art. 6 Abs. 2 UVG genannte Körperschädigung vorliegt, führt zur Vermutung, dass es sich hierbei um eine unfallähnliche Körperschädigung handelt, die vom Unfallversicherer übernommen werden muss. Dieser kann sich aber von der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnutzung oder Krankheit zurückzuführen ist (Zusatzbotschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [Unfallversicherung und Unfallverhütung; Organisation und Nebentätigkeiten der Suva] vom 19. September 2014, BBl 2014 7922 7934 f.).

Gemäss BGE 146 V 51 ergibt sich aus der in Art. 6 Abs.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige

Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 2.2 mit Hinweis auf BGE 134 V 109 E. 2.1).

E. 1.4

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzu beziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/ aa und 367 E. 6a).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten von versicherungsinernen Ärztinnen und Ärzten Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinernen Fachperson zum Versicherungsvertragsnehmer allein lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinernen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 2

UVG vorgesehene Möglichkeit des Gegenbeweises weiterhin die Notwendigkeit der Abgrenzung der vom Unfallversicherer zu übernehmenden unfallähnlichen Körperschädigung von der abnutzungs- und erkrankungsbedingten Ursache einer Listenverletzung und damit letztlich zur Leistungspflicht des Krankenversicherers. Insoweit ist die Frage nach einem initialen erkennbaren und benennbaren Ereignis - nicht zuletzt auch aufgrund der Bedeutung eines zeitlichen Anknüpfungspunktes (Versicherungsdeckung; Zuständigkeit des Unfallversicherers; Berechnung des versicherten Verdienstes; intertemporalrechtliche Fragestellungen) - auch nach der UVG-Revision relevant. Lässt sich dabei kein initiales Ereignis erheben oder lediglich ein solches ganz untergeordneter respektive harmloser Art, so verneint dies zwangsläufig in aller Regel den Entlastungsbeweis des Unfallversicherers. Denn bei der in erster Linie von medizinischen Fachpersonen zu beurteilenden Abgrenzungsfrage ist das gesamte Ursachenspektrum der in Frage stehenden Körperschädigung zu berücksichtigen. Neben dem Vorzustand sind somit auch die Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden näher zu beleuchten. Die verschiedenen Indizien, die für oder gegen Abnutzung oder Erkrankung sprechen, müssen aus medizinischer Sicht gewichtet werden. Damit der Entlastungsbeweis gelingt, hat der Unfallversicherer gestützt auf beweiskräftige ärztliche Einschätzungen - mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit - nachzuweisen, dass die fragliche Listenverletzung vorwiegend, das heisst im gesamten Ursachenspektrum zu mehr als 50

%, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist. Besteht das Ursachenspektrum einzig aus Elementen, die für Abnutzung oder Erkrankung sprechen, so folgt daraus unweigerlich, dass der Entlastungsbeweis des Unfallversicherers erbracht ist und sich weitere Abklärungen erübrigen (E. 8.6).

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Es sei auf die kreisärztlichen Beurteilungen abzustellen. Der Beschwerdeführer habe sich anlässlich des Unfalls vom 2. März 2018 eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) zugezogen bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der HWS und ohne überwiegend wahrscheinliche unfallbedingte zusätzliche strukturelle Läsionen. Es sei davon auszugehen, dass die HWS-Distorsion spätestens nach 6-12 Wochen als folgenlos abgeheilt zu gelten habe. Es sei zudem lediglich möglicherweise zu einer Kontusion der linken Schulter gekommen, nicht aber zu strukturell objektivierbaren Folgen. Hingegen

zeigten sich degenerative Veränderungen an der linken Schulter, weshalb es möglicherweise unfallbedingt zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes gekommen sei. Dies sei aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Ansonsten wäre von einer vollständigen Erholung und Wiedererlangung des Vorzustandes nach spätestens 6-8 Wochen auszugehen. Die erst anderthalb Jahre nach dem Unfall aufgetretene Frozen

Shoulder / Kapsulitis sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallkausal (S. 13 Ziff. 5.2-5.3). Hinsichtlich der geklagten von der HWS ausgehenden Beschwerden sei kein unfallbedingtes organisches Substrat nachweisbar (S. 14 Ziff. 5.4). Der Fallabschluss sei erfolgt, weil durch weitere Behandlung keine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten sei (S. 15 Ziff. 6.2). Die Adäquanz der nicht nachweisbaren Beschwerden sei nach der Schleudertrauma-Rechtsprechung zu beurteilen (S. 16 Ziff. 7.1). Der Unfall sei als mittelschwer an der Grenze zu leicht einzustufen (S. 17 Ziff. 7.3), wobei keines der erforderlichen Kriterien erfüllt sei (S. 18 Ziff. 7.5).

Eine psychiatrische Diagnose sei nie gestellt worden und es finde sich kein Hinweis auf eine entsprechende Erkrankung, weshalb keine weiteren Abklärungen nötig seien (Urk.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 1), er habe sich anlässlich des Unfalls vom 2. März 2018 im Nacken- und Kopfbereich sowie an den Armen und am Rücken verletzt. Er sei aus einer Höhe von 6 bis 7 Treppenstufen gefallen und mit dem Kopf linksseitig auf dem Boden aufgeschlagen. Dabei sei es zu einer Knickbewegung des Halses/Nackens nach hinten gekommen. Unmittelbar danach seien starke Schmerzen, Schwindel, Nausea und so weiter aufgetreten. Der Aufprall sei sehr heftig gewesen und die Fallhöhe habe insgesamt fast drei Meter betragen (S.

2 Ziff. 1). Auf die kreisärztliche Beurteilung könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden, insbesondere seien mehrere Disziplinen abzuklären (S. 4 f. Ziff. 5). Kreisarzt Dr. Z.____ sei als Facharzt für orthopädische Chirurgie zur Beurteilung eines komplexen Gesundheitsschadens nicht fachkundig (S. 5 f. Ziff. 6). Es sei deshalb ein externes Gutachten einzuholen (S.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist die Unfallkausalität der Beschwerden sowie die Frage, ob über den 31. März 2020 ein Leistungsanspruch besteht. 3. 3.1

In der Bagatellunfall-Meldung vom 12. März 2018 (Urk. 8/1) wurde zum Unfall vom 2. März 2018 Folgendes festgehalten (Ziff. 6): «Bin von der Gartentreppe gestürzt, weil mein Hund mir zwischen die Beine lief und ich dadurch einen Treppentritt verpasste». Als verletztes Körperteil wurde die Halswirbelsäule und als Art der Schädigung «Schmerzen Kopf Nacken» angegeben (Ziff. 9). 3.2

Anlässlich der Erstbehandlung vom 10. März 2018 (Urk. 8/13) diagnostizierte Dr.

med. A.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, eine HWS-Distorsion und hielt zur Anamnese fest, der Beschwerdeführer sei vor einer Woche auf der Treppe gestürzt, nach vorne gefallen, habe sich mit beiden Armen etwas abgestützt, aber auch das Gesicht angeschlagen mit Hyperextension der HWS. Seither habe er Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in beide Arme symmetrisch. Er stelle sich mit anhaltenden Schmerzen im

Nacken und beiden Schultern vor. 3.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt mit Schreiben vom 15. Juni 2018 (Urk. 8/16) fest, der Beschwerdeführer habe sich am 19. März 2018 erstmals bei ihm gemeldet, wobei er immer noch über starke Nackenschmerzen geklagt habe. Er sei immer noch stark blockiert im Nackenbereich und habe Sensibilitätsstörungen; er könne maximal eine Stunde Autofahren oder am Computer sitzen, weil dann die Arme wieder schmerzen und ein Schlafen würden. So könne er maximal zwei Stunden pro Tag arbeiten (S. 1). 3.4

Dr. med. C.____, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 22. August 2018 (Urk. 8/31) einen Status nach HWS-Distorsionstrauma sowie Commotio cerebri und labyrinthi am 2. März 2018 (S. 1). Die Schmerzen seien so wie sie der Patient schildere nicht nachvollziehbar. Es sei nicht verständlich, dass er bei diesem gut trainierten Körper nach fünf Monaten keine Muskelatrophie zeige bei den starken Schmerzen und der physischen Inaktivität, weshalb eine Schmerzverarbeitungsstörung vorliegen könnte (S. 2). In ihrem Verlaufsbericht vom 6. September 2018 (Urk. 8/36) führte Dr. C.____ aus, der Beschwerdeführer klagt nach wie vor über starke Schmerzen im Bereich des linken Oberarms und der Schulter. 3.5

Eine bildgebende Untersuchung vom 26. März 2018 (Urk. 8/40) ergab keine Hinweise auf eine intrakranielle Blutung, eine einzelne unspezifische Demyelinisierung frontal rechts sowie eine diskossäre Einengung des rechten Neuroforamens auf Höhe des Halswirbelkörpers (HWK) 4/5 und HWK 5/6 mit Kontakt zur entsprechenden C5 und C6 Wurzel intraforaminal, jedoch keine Hinweise auf eine Myelopathie (S. 1). 3.6

Dr. C.____ hielt mit Bericht vom 8. November 2018 (Urk. 8/50) fest, man komme ambulant nicht mehr weiter. Es sei dringend ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt zu empfehlen. Eine otoneurologische Untersuchung erachte sie als nicht notwendig, zum jetzigen Zeitpunkt sogar als kontraproduktiv, da durch die forcierten Bewegungen im Bereich der Nacken-/Schultermuskulatur die Symptomatik mit Sicherheit verstärkt werde. Die klinischen Tests seien praktisch unauffällig. Es sei möglich, dass eine leichte Störung des Vestibularapparates vorliege, diese sei aber mit Sicherheit nicht limitierend und vorerst von untergeordneter Wichtigkeit. 3.7

Kreisarzt Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt mit Stellungnahme vom 27.

November 2018 (Urk. 8/55) fest, es lägen gemäss MRI vom 26. März 2018 keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen vor. Es sei durch eine weitere Behandlung nicht mit einer wesentlichen Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu rechnen. Beim Unfallereignis sei es bei vorbestehender degenerativer Veränderung der HWS zu einer Distorsion ohne überwiegend wahrscheinlich unfallbedingte zusätzliche strukturelle Läsionen gekommen. Eine HWS-Distorsion sei im natürlichen Verlauf nach spätestens 6 bis 12 Wochen folgenlos ausgeheilt (S. 2 unten). Die aktuell vorliegenden Schmerzen und die zunehmende Ausweitung deuteten auf eine Schmerzwahrnehmungsstörung psychogener Ursache hin, die überwiegend wahrscheinlich nicht unfallkausal sei (S. 3). 3.8

Dr. med. D.____, Leitender Arzt Neurologie der Klinik E.____, stellte mit Bericht vom 17. Dezember 2018 (Urk. 8/66) folgende Diagnosen (S. 1): - chronifiziertes, multilokuläres Schmerzsyndrom unklarer Ätiologie mit und bei - klinisch-neurologisch altersentsprechend

normalem Status - anamnestisch seit einem Sturz nach vorne auf den Gesichts- und linken Hemithorax -Bereich vom 2. März 2018 - MRI vom 26. März 2018: keine posttraumatische Veränderungen und leichtgradige Chondrose mit relativer foraminaler Enge betont C5/6 beidseits, keine zervikale Myelopathie - chronisches, belastungsbetontes Nackenschultererschmerzsyndrom beidseits - differentialdiagnostisch myofaszial - Verdacht auf depressives Zustandsbild - aktuell unter Mirtazapin Die klinisch-neurologische Untersuchung sei bis auf myofasziale Komponenten im betont oberen HWS-Bereich unauffällig ausgefallen ohne Hinweise für eine zentrale oder peripher-neurologische Ausfallsymptomatik. In der Bildgebung zervikal wie auch zerebral zeigten sich keine posttraumatischen Veränderungen oder Hinweise für eine zervikale Myelopathie. Im Sitzen sei der Beschwerdeführer aktiv/passiv schmerzbedingt kaum untersuchbar. Es finde sich eine ausgeprägte Myogelose im Nackenschultergürtelbereich. In Rückenlage trete eine markante muskuläre Entspannung und eine gute passive Beweglichkeit der HWS ein. Es bestünden positive Irritationszeichen der oberen HWS-Segmente beidseits (S.

23) . 3.9

Eine 3-Phase-Skelettszintigraphie und SPECT-CT Fusion sowie eine Computertomographie der HWS vom 27. Dezember 2018 (Urk. 8/97) ergaben eine diskret aktivierte Osteochondrose TH3/4. Die bilateral starken Spondylarthrosen TH3/4 und die leichten Spondylarthrosen TH2/3 seien nicht aktiviert. Die Atlantodentalarthrose und die dorsal betonte Osteochondrose C2/3 seien jeweils nicht aktiviert. Ein MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 24. Januar 2019 (Urk. 8/96) ergab keinen Nachweis durchgemachter Frakturen, eine leichte Segmentdegeneration auf Höhe L3/L4 mit minimaler Tangierung der absteigenden Nervenwurzel L4 rechts rezessal sowie keine Diskopathie und keine neurale Tangierung auf Höhe L4/L5.

Die bildgebende Untersuchung der Ellbogen vom 8. Mai 2019 ergab rechts eine leichte Reizung des Trizeps Sehnenansatzes, möglicherweise nach Zerrung, keine Ruptur/Partialruptur der Trizepssehne, keine Fraktur und kein Knochenmarksödem sowie unauffällige Weichteile (Urk. 8/92). Links zeigte sich eine diskrete Reizung des Trizeps Sehnenansatzes, möglicherweise nach Zerrung, keine Ruptur/Partialruptur der Trizepssehne und unauffällige Verhältnisse der übrigen Knochen und der Weichteile (Urk. 8/93).

Im Bericht über das ambulante Assessment in der Rehaklinik F.____ vom 16.

Juli 2019 (Urk. 8/98) wurden folgende, hier gekürzt wiedergegebene Diagnosen gestellt (S. 1): - Unfall vom 2. März 2018: Sturz von Treppe im Garten - HWS-Distorsion - Beschwerden LWS - Beschwerden Schultergelenke beidseits Die psychische Verfassung sei unauffällig. Es sei insgesamt eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Durch weitere ambulante Therapien sei mit keiner Verbesserung zu rechnen. Aufgrund der erheblichen Symptomausweitung habe der Beschwerdeführer auch in einem Reha-Setting leider kaum Rehabilitationspotential. Er habe im bisherigen Verlauf suffiziente Therapien gehabt und aus medizinischer Sicht wäre eine sukzessive Besserung der Beschwerden zu erwarten, welche aber bisher nicht eingetreten sei (S. 3). Unter Beachtung der Therapieempfehlungen (Heimprogramm, selbständiges Training in einem Trainingscenter) sei von einer raschen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 3 unten f.). Zu den hauptsächlichen Befunden wurde festgehalten, die Muskulatur des Nackens und des Schultergürtels sei unauffällig, ebenso der Nacken- und Schultergürtel links. Es bestehe eine ausgeprägte Handbeschwellung mit offenen Blasen beidseits (S. 7 unten). Die

Symptomausweitung sei erheblich. Die Angabe von starken Schmerzen entspreche nicht dem wenig leidenden Eindruck, den der Beschwerdeführer während Aktivitäten vermittelt habe. Es sei weiter eine Diskrepanz bei der Handkraft im Sinne eines Varianzkoeffizienten von über 15 % fest gestellt worden (S. 10 unten). 3.11

Das Arthro-MRI der linken Schulter vom 18. September 2019 (Urk. 8/114) ergab eine mässige Tendinopathie der Supraspinatussehne, etwas geringer auch der Infraspinatussehne, keine Rupturen der Rotatorenmanschette und eine leichte Bursitis subacromialis / subdeltoidea. 3.12

Die Ärzte der Schulter- und Ellbogenchirurgie an der Klinik E. ___ diagnostizierten mit Bericht vom 18. Oktober 2019 (Urk. 8/119) eine Frozen

Shoulder

links, bildgebend mit Hinweisen auf eine retraktive

Kapsulitis und Bursitis subacromialis Schulter rechts mit funktioneller muskulärer Dysbalance; beide Schulterschmerzen nach Sturz am 2. März 2018 (S. 1). Im Bereich der linken Schulter sei von einer reaktiven Kapsulitis und einer Bursitis subacromialis auszugehen. Im Bereich der rechten Schulter gebe es keine Hinweise für eine strukturelle Läsion. Die Schmerzsituation sei links nachzuvollziehen, rechts nicht (S. 2). 3.13

Mit Bericht vom 18. November 2019 (Urk. 8/121) nannten die Ärzte des Zentrum s

G. ___ folgende Diagnosen (S. 1): - aktuell kein Hinweis auf eine vestibuläre Funktionsstörung bei asymptomatischem Patienten - Verdacht auf möglichen stattgehabten benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel - aktuell vollständig regrediente Symptomatik - leichtgradige sensorineurale Schwerhörigkeit mit Hochtönenabfall beidseits - traumatische HWS-Distorsion bei Status nach Treppensturz am 2. März 2018

- Klinik: schmerzbedingt starke Einschränkung der HWS-Beweglichkeit sowie der weiteren Wirbelsäulenabschnitte, starke schmerzbedingte Einschränkung der Funktion der linken Schulter - Verdacht auf posttraumatischen Spannungskopfschmerz Eine Verlaufskontrolle sei bei subjektiv fehlendem Schwindel nicht geplant (S. 3). 3.14

Kreisarzt

Dr. Z. ___ hielt mit Stellungnahme vom 17. Januar 2020 (Urk.

8/132) fest, es lägen wie in der Beurteilung vom 27. November 2018 fest gestellt keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen vor. Medizinisch sei eine weitere Behandlung/Therapie bereits mit Beurteilung vom 27. November 2018 als nicht sinnvoll bezeichnet worden. Die weitere Behandlung und Fallübernahme sei rein administrativ erfolgt (S. 1).

In sämtlichen Berichten zuvor würden multiple diffuse Beschwerden festgehalten. Eine Bewegungseinschränkung oder Kräfteinbusse im linken Schultergelenk werde nicht dokumentiert. Stets werde davon ausgegangen, dass die Beschwerden in beiden Schultergelenken durch eine Ausstrahlung von der Halswirbelsäule ausgehend vorlägen. Die neurologischen Abklärungen zeigten keine Einschränkungen im Bereich der Beweglichkeit der oberen Extremität und insbesondere der Schultergelenke. Es würden jeweils eine ausführliche Beurteilung der Schultergelenke und der Schulter-Nacken-Region durchgeführt und vor allem Verspannungen und Myogelosen sowie eine Irritation der

oberen Halswirbelsäule festgehalten, jedoch keine Einschränkung des linken Schultergelenks in Beweglichkeit oder Bewegungsumfang. Auch bildgebend seien keine Hinweise für eine Verletzungsfolge im linken Schultergelenk vorhanden; konkrete Abklärungen des linken Schultergelenks seien bis zum 18. September 2019 nicht durchgeführt worden (S. 2).

Die linke Schulter sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen, denn es bestehe eine Tendinopathie der Sehne des M. supra- und infraspinatus. Bei einer Tendinopathie handle es sich um eine degenerative Veränderung der Sehne, wie sie im MRI sehr gut dargestellt und auch vom Radiologen bestätigt worden sei (S.

2 unten). Die Diagnose der Frozen

Shoulder erst eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis sei überwiegend wahrscheinlich nicht auf dieses zurückzuführen (S. 3). 3.15

Eine weitere bildgebende Untersuchung vom 22. Januar 2020 (Urk. 8/160/13-14) ergab die Diagnose einer Frozen

Shoulder links nach Treppensturz am 2. März 2018 (S. 1). 3.16

Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, führte mit zuhause des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers am 4. Februar 2020 verfasstem Bericht (Urk. 8/160/11-12) aus, es bestehe ein Schmerzkomplex im Bereich der HWS sowie der Nacken- und Schultermuskulatur mit erheblicher Einschränkung der Beweglichkeit beziehungsweise der Funktion. Die Schmerzen verursachten Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 80 % (S. 2).

3.17

Kreisarzt Dr. med. I.____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, hielt mit Stellungnahme vom 20. Februar 2020 (Urk. 8/140) fest, es ergäben sich keine Hinweise für eine Verletzung im Hals-Nasen-Ohrenbereich, im Speziellen der vestibulo-cochleären Organe, aufgrund des Unfallereignisses. 3.18

Kreisarzt Dr. Z.____ hielt mit Stellungnahme vom 2. April 2020 (Urk. 8/163) fest, eine erst eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis aufgetretene Frozen

Shoulder sei nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal (S. 2). 3.19

PD Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte im Kurzbericht vom 3. Juli 2020 (Urk. 8/170/2-3) über die Verlaufskontrolle folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Frozen

Shoulder links nach Treppensturz am 2. März 2018 - Status nach Untersuchung Schulter links in Narkose und Schulterarthroskopie, zirkumferenzielle

Kapsulotomie, Bicepstenotomie und - Tenodese sowie subacromiale

Bursektomie mit Entnahme von Gewebeproben Schulter links am 25. Mai 2020 (vgl. Urk. 8/175) Der Verlauf sei nicht unerwartet langsam. So sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig (S. 1 unten).

Ergänzend hielt PD Dr. J.____ am 20. Juli 2020 (Urk. 8/178/1-2) fest, es habe sich bei der Operation ein deutlich entzündetes, eingesteiftes Gelenk inklusive einer entzündeten langen

Bizepssehnen gefunden. Diese entzündlichen Veränderungen der Schulter erklärten die starken Schmerzen und passten vollumfänglich zum Unfall vom 2. März 2018 (S. 1). 3.20

Am 3. November 2020 nahm Dr. Z.____ eine ergänzende Beurteilung vor (Urk. 8/179) und hielt fest, dass eine vorübergehende oder richtunggebende Verschlimmerung eines Vorzustandes möglich sei. Eine direkte Verletzung der linken Schulter beim Unfallereignis sei nicht dokumentiert. Es könne maximal zu einer Kontusion des Schultergelenkes gekommen sein. Davon ausgehend sei lediglich mit dem Beweisgrad der Möglichkeit von einer vorübergehenden Verschlimmerung des bekannten (MRI vom 18. September 2019) degenerativen Vorzustandes der Supra- und Infraspinatussehne auszugehen. Ausgehend von einer möglichen Kontusion sei hinsichtlich der linken Schulter im natürlichen Verlauf von einer vollständigen Erholung und Wiedererlangung des Vorzustandes spätestens nach sechs bis acht Wochen auszugehen. Erwähnenswert sei nochmals, dass die diagnostizierte Frozen

Shoulder / Capsulitis mit Einsteifung der Schulter erst anderthalb Jahre nach dem Unfallereignis aufgetreten sei. Eine solche Diagnose trete durchaus häufig im Rahmen einer spontanen Erkrankung auf und sei nicht zwangsläufig Folge eines Traumas. Ein spontanes Auftreten anderthalb Jahre nach dem Unfallereignis sei nicht überwiegend wahrscheinlich als unfallkausal zu beurteilen (S. 1). Im Operationsbericht von Dr. J.____ werde ein partiell rupturierter Ansatz der Bizepssehne festgehalten, die Rotatorenmanschette werde als intakt beschrieben bei nur minimaler Unterflächenpartialruptur an der Supraspinatussehne. Eine solche sei durch ein Anpralltrauma nicht überwiegend wahrscheinlich zu erklären. Als technische Verrichtung werde in der Operation neben der Narkosemobilisation und Kapsolyse eine Tenotomie und Tenodese der langen Bizepssehne durchgeführt. Der beschriebene Befund mit ursprungsnaher partieller Ruptur der Bizepssehne spreche überwiegend wahrscheinlich für eine degenerative Ursache, auch sei eine Läsion der langen Bizepssehne beziehungsweise des Bizepssehnenankers nicht durch eine Kontusion der Schulter zu erklären. 3.21

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen beziehungsweise der Einspracheentscheidungen in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Jedoch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verwaltungsverfügung beziehungsweise der Einspracheentscheidung zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 mit Hinweisen).

Diese Voraussetzungen sind für das Schreiben von Dr. B.____ vom 7. Juli 2021 (Urk. 20/1) erfüllt, weshalb es vorliegend Berücksichtigung findet.

Darin hielt Dr. B.____ fest, der Beschwerdeführer habe bis zum Unfallereignis nicht unter muskuloskelettalen Beschwerden gelitten. Am 19. März 2018 sei er erstmals nach dem Unfallereignis in die Praxis gekommen. Dabei sei die Schulterbeweglichkeit beidseitig schmerzhaft eingeschränkt gewesen, ebenso die HWS-Rotation. Es hätten auch Kribbelparästhesien in den Armen und Fingern beidseits bei einer ausgesprochen

schmerzhaften Verspannung im Schulter-/Nackenbereich bestanden. Erst später sei eine Verletzung der Schulter diagnostiziert worden, welche dann operiert werden müsse. Da zuvor der Beschwerdeführer ein gesunder Mann gewesen sei, sei der kausale Zusammenhang des Schulterleidens mit dem Unfall gegeben. 4. 4.1

Zu prüfen ist zunächst die Beeinträchtigung der linken Schulter. In der Unfallmeldung vom 12. März 2018 wurde hinsichtlich des zehn Tage vorher erlittenen Unfalls keine Beeinträchtigung der linken Schulter erwähnt. Als verletztes Körperteil wurde einzig die Halswirbelsäule und als Art der Schädigung Schmerzen im Kopf und Nacken angegeben (vgl. vorstehend E. 3.1). Sollte sich der Beschwerdeführer dabei, wie geltend gemacht (vgl. vorstehend E. 2.2), an den Armen so verletzt haben, dass es zehn Tage nach dem Ereignis noch spürbar war und nach seiner Darstellung bis heute Beschwerden verursacht, so ist nicht nachvollziehbar, weshalb dies nicht Eingang in die Unfallmeldung fand. Dies insbesondere, als er am 10. März 2018 bei Dr. A.____ erstmals in Behandlung war und ihr gegenüber Schmerzen im Nacken und beiden Schultern angab (vgl.

vorstehend E. 3.2), wobei Dr. A.____

einzig eine HWS-Distorsion diagnostizierte und keine spezifischen Schulterbefunde erhob. In der Folge stellte Dr. C.____ mit Bericht vom 22. August 2018 (vgl. vorstehend E. 3.4) fest, dass die Schmerzen, so wie der Beschwerdeführer sie schildere, nicht nachvollziehbar seien. Denn es sei nicht verständlich, weshalb nach fünf Monaten mit angeblich starken Schmerzen und physischer Inaktivität keine Muskelatrophie sichtbar sei, sondern ein gut trainierter Körper. In der Rehaklinik F.____ wurden noch im Juli 2019 bei unauffälliger Schultergürtelmuskulatur eine ausgeprägte Handbeschwellung mit offenen Blasen festgestellt, was sich mit den geltend gemachten angeblich unfallbedingten Schulterbeeinträchtigungen

in keiner Weise vereinbaren lässt. Der Schwerpunkt der Untersuchungen im Nachgang zum Unfallereignis lag denn auch auf der HWS (vgl. vorstehend E. 3.4 - 3.6 sowie 3.8 - 3.9), der LWS und den Ellbogen (vgl. vorstehend E. 3.9). Die Tendinopathie der Supra- und Infraspinatussehne und die Frozen

Shoulder wurden erst im Herbst 2019 festgestellt (vgl.

vorstehend E. 3.11-3.12).

4.2

Bei näherer Beleuchtung der Umstände des erstmaligen Auftretens der Beschwerden (vgl. vorstehend E. 1.2) zeigt sich daher, dass das initiale Ereignis maximal untergeordneter respektive harmloser Art war. Eine Beteiligung erscheint lediglich als möglich; was den Entlastungsbeweis der Beschwerdegegnerin vereinfacht. Denn eine bloße Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. vorstehend E. 1.3). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass Dr. Z.____

(vgl. vorstehend E. 3.14 und 3.20) die Beeinträchtigung der linken Schulter als vorbestehend beurteilte. Er legte schlüssig dar, dass trotz ausführlichen Beurteilungen der Schultergelenke und der Schulter-Nackenregion keine Einschränkung des linken Schultergelenks in Beweglichkeit oder Bewegungsumfang dokumentiert und bis September 2019 gar keine konkreten Abklärungen durchgeführt worden seien. Die Tendinopathie sei als degenerative Veränderung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorbestehend. Dass die Frozen

Shoulder

ebenfalls nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall zurückzuführen ist, wird wie dargelegt - nebst dem Fehlen zeitnah dokumentierter Einschränkungen - durch den Umstand untermauert, dass auf grund der unveränderten Bemuskelung und der offensichtlich erheblichen Beanspruchung der Hände mit offenen Blasen nicht von einer Schonung nach dem Unfallereignis

auszugehen ist. Dr. Z.____ wies denn auch darauf hin, dass eine Frozen

Shoulder häufig spontan auftreten könne. Zur von PD Dr. J.____ versorgten Ruptur der Bicepssehne hielt Dr. Z.____ fest, diese sei nicht durch eine Kontusion zu erklären (vgl. vorstehend E.3.20).

An dieser Einschätzung vermögen die Berichte von Dr. J.____, Dr. H.____ und Dr. B.____ (vgl. vorstehend E. 3.16, 3.19 und 3.21) keine Zweifel zu wecken, da sie auf das Fehlen zeitnah aufgetretener Beschwerden und den nicht auflösbaren Widerspruch zwischen den geltend gemachten Schmerzen und den eindeutigen Zeichen körperlicher Aktivität gar nicht eingingen. Im Übrigen reicht es zur Begründung von geringen Zweifeln an der versicherungsinternen Einschätzung (vgl. vorstehend E. 1.5) nicht aus, wenn behandelnde Fachärzte lediglich eine andere Meinung vertreten, ohne die gesamte Sachlage objektiv zu würdigen, ansonsten der Beweiswert versicherungsinterner Berichte regelmässig ausgehebelt würde und in jedem Fall, in dem ein behandelnder Arzt oder privater Gutachter eine - nicht schlüssig begründete - andere Meinung vertritt, ein externes Gutachten einzuholen wäre. Vergleichbar zu Rechtsprechung im Bereich der Invalidenversicherung ist es nicht geboten, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil 9C_725/2013 vom 29. Januar 2014 E. 4.2 mit Hinweis). 4.3

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltungsbeziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Wenn, wie vorliegend, ein Zusammenhang bloss möglich ist, so genügt dies für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Weitere Abklärungen sind somit nicht notwendig. 4.4

Nach dem Gesagten ist hinsichtlich der Schulterbeschwerden zusammenfassend festzuhalten, dass die Leistungseinstellung per 31. März 2020, somit zwei Jahre nach dem Ereignis, nicht zu beanstanden ist. 5. 5.1

Es bleibt die Unfallkausalität der HWS-Beschwerden zu prüfen. Dabei ist unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 2. März 2018 eine HWS-Distorsion zugezogen hat. Für die geltend gemachten verbleibenden Beschwerden wurde jedoch kein organisches Korrelat gefunden. So wies Dr. C.____ darauf hin, dass die Schmerzen nicht nachvollziehbar seien (vgl. vorstehend E. 3.4); die klinischen Tests seien unauffällig (vgl. vorstehend E. 3.6). Bildgebend wurde keine Verletzung festgestellt (vgl. vorstehend E. 3.5; 3.9). Auch Dr. D.____ hielt fest, dass die klinisch-neurologische Untersuchung bis auf myofasziale Komponenten unauffällig ausgefallen sei (vgl. vorstehend E. 3.8). In F.____

wurde eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt (vorstehend E. 3.1 0). Am Universitätsspital K. ___ wurde kein Hinweis auf eine vestibuläre Funktionsstörung bei dem asymptomatischen Beschwerdeführer gefunden, jedoch eine schmerzbedingt starke Einschränkung der HWS-Beweglichkeit (vorstehend E. 3.13), wobei ein organisches Korrelat nicht thematisiert wurde. Eine psychiatrische Diagnose wurde nicht gestellt. 5.2

Dementsprechend prüfte die Beschwerdegegnerin die Adäquanz nach der Schleudertrauma-Rechtsprechung und stufte den Unfall, bei dem der Beschwerdeführer einen Sturz von der Gartentreppe

erlitt, als ihm sein Hund zwischen die Beine lief, als mittelschwer an der Grenze zu den leichten Unfällen ein (vgl. vorstehend E. 2.1). Dies ist nicht zu beanstanden und wird vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten.

Die Adäquanz eines Kausalzusammenhanges der Beschwerden ist dann zu bejahen, wenn vier der massgeblichen Kriterien (oder eines der Kriterien ausgeprägt) erfüllt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_833/2016 vom 14. Juni 2017 E. 6.1; vgl. auch vorstehend E. 1.4). 5.3

Der Berücksichtigung des Kriteriums der besonders dramatischen Begleitumstände oder besonderen Eindrücklichkeit des Unfalls liegt der Gedanke zugrunde, dass solche Umstände geeignet sind, bei der betroffenen Person während des Unfallgeschehens oder nachher psychische Abläufe in Gang zu setzen, die an den nachfolgenden psychischen Fehlentwicklungen mitbeteiligt sein können (Urteil des Bundesgerichts 8C_473/2019 vom 11. November 2019 E. 5.2). Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalles vorliegen, beurteilt sich objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person. Zu beachten ist, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann. Es wird nur das Unfallgeschehen an sich und nicht die dabei erlittene Verletzung betrachtet. Der nachfolgende Heilungsprozess wird bei diesem Kriterium nicht einbezogen (Urteil des Bundesgerichts 8C_114/2018 vom 22. August 2018 E. 6.3 mit Hinweisen, unter anderem auf nicht publizierte E. 3.5.1 des Urteils BGE 137 V 199).

Vorliegend stürzte der Beschwerdeführer über seinen Hund und die Gartentreppe hinunter. Eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls oder besonders dramatische Begleitumstände sind zu verneinen.

Es liegt keine besondere Art der erlittenen Verletzungen vor. Der Beschwerdeführer erlitt eine HWS-Distorsion und begab sich 10 Tage später in ärztliche Behandlung. Aus objektiver Sicht kann nicht von schweren oder besonderen Verletzungen gesprochen werden.

Was das Kriterium der «fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung» betrifft, muss eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustands gerichtete fachärztliche Behandlung, welche von ungewöhnlich langer Dauer oder in anderer Hinsicht mit einer deutlichen Mehrbelastung verbunden gewesen ist, vorliegen (Urteil des Bundesgerichts 8C_749/2010 vom 1. Juni 2011 E. 6.3.2). Dies ist vorliegend unter Ausklammerung der Schulterbeschwerden klar zu verneinen.

Der Beschwerdeführer begab sich lediglich in Abklärungen; eine spezifische Behandlung war weder fortgesetzt noch belastend. Das Kriterium der fortgesetzten spezifischen und

belastenden ärztlichen Behandlung ist vorliegend also nicht erfüllt.

Keine Hinweise ergeben sich sodann auf eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, und auch ein schwieriger Heilungsverlauf oder erhebliche Komplikationen sind ohne Weiteres zu verneinen.

Von den verbleibenden beiden Kriterien der erheblichen Beschwerden sowie der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen müsste für eine Bejahung der Adäquanz mindestens eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein.

Die Erheblichkeit der Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person im Lebensalltag wegen ihnen erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Vorliegend sind im Zeitpunkt der Leistungseinstellung vor allem vorliegend rechtlich unbeachtliche Beeinträchtigungen der Schulter dokumentiert. Im Dezember 2018 (vgl.

vorstehend E.

3.8) war die klinisch-neurologische Untersuchung unauffällig. Im November 2019 war bei subjektiv fehlendem Schwindel keine Verlaufskontrolle geplant (vgl.

vorstehend E. 3.13). Dr. H.____ stellte im Februar 2020 einen Schmerzkomplex fest, differenzierte jedoch nicht zwischen Schulter- und Nackenbeschwerden (vgl. vorstehend E. 3.16). Erhebliche unfallbedingte andauernde HWS-Beschwerden sind somit nicht ausgewiesen. Eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen ist ebenfalls zu verneinen; soweit eine solche noch dokumentiert ist, ist sie ebenfalls auf die Schulterbeschwerden zurückzuführen. 5.4

Nach dem Gesagten ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen allfälligen nach dem 12. November 2020 weiterbestehenden Beschwerden und dem Unfallereignis vom 2. März 2018 zu verneinen, weshalb die Leistungseinstellung auch bezüglich dieser Beeinträchtigungen nicht zu beanstanden ist. Weitere Abklärungen sind nicht vorzunehmen.

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Suva - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensLienhard

E. 7

f., vgl. auch Urk. 14). Die Schulterbeschwerden seien im Übrigen unmittelbar nach dem Unfall aufgetreten und zeitnah dokumentiert worden (Urk. 19).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.