
Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Der 1993 geborene Beschwerdeführer war seit dem 1. August 2009 als Geschäftsführer in einem Elektrikerbetrieb angestellt und in dieser Eigenschaft bei der Beschwerdegegnerin obligatorisch gegen Unfallfolgen versichert. Am 3. Mai 2024 liess er von seiner Arbeitgeberin melden, dass er am Morgen des 13. März 2024 bei der Arbeit von einem schweren, sich ablösenden Kabel im Nacken getroffen worden sei. Nachdem er am selben Abend aufgrund eines Schwindelanfalls mit Kopfschmerzen und Erbrechen ins nahegelegene Spital überführt und dort ein Kleinhirnininfarkt festgestellt worden war, wurde er am Folgetag notoperiert und im Anschluss in eine Rehaklinik verlegt. Die Beschwerdegegnerin anerkannte am 10. Mai 2024 ihre Leistungspflicht im Zusammenhang mit dem besagten Unfall und erbrachte Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen. Nach medizinischen Abklärungen und Rücksprache mit dem internen versicherungsmedizinischen Dienst, teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 21. August 2024 mit, die Leistungen mangels fehlender Unfallkausalität der gesundheitlichen Beschwerden per sofort einzustellen. Nach dagegen gerichteten Einwänden des Beschwerdeführers holte die Beschwerdegegnerin auf Anraten ihres versicherungsmedizinischen Dienstes eine konsiliarische neuroradiologische Beurteilung ein und hielt nach erneuter Rücksprache mit dem versicherungsmedizinischen Dienst mit Verfügung vom 20. Januar 2025 an ihrer Leistungseinstellung per 21. August 2024 fest. Die dagegen gerichtete Einsprache des Beschwerdeführers vom 21. Februar 2025 wies die Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit ihrem versicherungsmedizinischen Dienst und neuerlicher Gewährung des rechtlichen Gehörs des Beschwerdeführers mit Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 ab.

2.

2.1.

Gegen diesen Entscheid erhob der Beschwerdeführer am 30. Oktober 2025 fristgerecht Beschwerde beim hiesigen Gericht und stellte die folgenden Rechtsbegehren:

- "1. Der Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 sei aufzuheben, und dem Beschwerdeführer seien über den 21. August 2024 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
2. Eventualiter sei die Sache für weitere Abklärungen und anschliessender Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zzgl. Auslagen und gesetzlicher Mehrwertsteuer zulasten der Beschwerdegegnerin."

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 12. November 2025 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit Replik vom 8. Januar 2025 [recte: 2026] hielt der Beschwerdeführer vollumfänglich an den gestellten Rechtsbegehren fest.

2.4.

Mit Duplik vom 15. Januar 2026 hielt die Beschwerdegegnerin am Antrag auf Beschwerdeabweisung fest.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 120) zu Recht an der Einstellung der im Zusammenhang mit dem (angeblichen; vgl. E. 2 hiernach) Unfallereignis vom 13. März 2024 erbrachten Taggelder und Heilbehandlungsleistungen per 21. August 2024 festgehalten hat.

2.

2.1.

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). Der Unfallbegriff enthält somit fünf Tatbestandsmerkmale (Körperverletzung [bzw. Tod], äussere Einwirkung, Plötzlichkeit, fehlende Absicht und Ungewöhnlichkeit [der äusseren Einwirkung]; BGE 134 V 72 E. 2.3 S. 75).

2.2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Glaubhaftigkeit des vom Beschwerdeführer bzw. dessen Arbeitgeberin mit Unfallmeldung vom 3. Mai 2024 behaupteten Unfallereignisses (Schlag auf den Nacken durch ein schweres Kabel) vom Morgen des 13. März 2024 (VB 1) erstmals in ihrer Vernehmlassung vom 12. November 2025 angezweifelt. Im Verwaltungsverfahren, und insbesondere im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 (VB 120), wurde dies nicht geltend gemacht. Die Frage, ob diese erst in der Vernehmlassung neu vorgebrachte (zusätzliche) Begründung der Beschwerdegegnerin rechtsmissbräuchlich war – wie der Beschwerdeführer geltend macht (Replik, Ziff. 5 ff.) – bzw. ob die Beschwerdegegnerin damit ihre Begründungspflicht nach Art. 49 Abs. 3 ATSG und damit den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) verletzt hat, kann vorliegend offenbleiben. So kann ein allfälliger Begründungs-

mangel im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der vorinstanzlichen Behörde nachgeschoben wird, die beschwerdeführende Partei dazu Stellung nehmen kann und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 2C_762/2011 vom 15. Juni 2012 E. 4.1). Dies ist vorliegend der Fall. Das hiesige Gericht verfügt über volle Kognition und der Beschwerdeführer hatte im Rahmen des Replikrechts die Möglichkeit, sich zur von der Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung neu vorgebrachten Behauptung ausführlich zu äussern, was er denn auch getan hat (vgl. Replik vom 8. Januar 2026; vgl. zum Replikrecht BGE 138 I 484 E. 2.1 f. S. 485 f.; 133 I 98 E. 2.2 S. 99; Urteil des Bundesgerichts 9C_641/2014 vom 16. Januar 2015 E. 2 mit Hinweisen).

Auffällig ist, dass das behauptete Unfallereignis seitens der Beschwerdegegnerin bis zur besagten Vernehmlassung im gut eineinhalb Jahre dauernden Verwaltungsverfahren zu keinem Zeitpunkt angezweifelt wurde. Die neu vorgebrachten Zweifel am Unfallereignis vermögen nicht zu überzeugen. Es ist nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer, welcher aufgrund eines plötzlichen Schwindelanfalls mit Kopfschmerzen und Erbrechen am Abend des 13. März 2024 mit dem Rettungsdienst von zu Hause abgeholt und ins nächste Spital gebracht wurde (VB 12 S. 2; 2), den erstbehandelnden Ärzten diesen (abendlichen) Vorfall meldete (VB 12 S. 2) und – insbesondere als medizinischer Laie – nicht automatisch einen Zusammenhang mit dem am Morgen desselben Tages (08:30 Uhr; vgl. VB 1; 54 S. 2) stattgehabten Kabelschlag auf den Nacken erkannt und entsprechend erwähnt hat. Die behandelnden Ärzte gingen sodann zunächst von einer anderen möglichen Ursache der Symptome aus, weshalb sich eine gezielte Befragung zu einem Unfallereignis nicht aufdrängte (vgl. VB 12 S. 2 f.; 60 S. 2 ff.; 29). Zudem war bereits in der vom Beschwerdeführer mit Replik eingereichten WhatsApp-Nachricht vom 21. April 2024 und damit entgegen dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin (Vernehmlassung, Ziff. 6) nicht erst in der Unfallmeldung vom 3. Mai 2024 erstmals von einem "Schlag an diesem [Unfall-]Tag" die Rede (Beilage 2). Dass in der besagten WhatsApp-Nachricht von Prof. h.c. PD Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Angiologie, als "befreundeter Venenarzt" gesprochen wird, wobei es sich bei einem Venenarzt fachsprachlich um einen Phlebologen und nicht um einen Angiologen handeln würde (vgl. Duplik, Ziff. 2), vermag daran keine Zweifel zu erwecken. Es handelt sich um eine Korrespondenz zwischen medizinischen Laien, sodass solchen fachmedizinischen Details kein entscheidendes Gewicht beizumessen ist. Auch die Tatsache, dass Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie, in seinem Erstbericht vom 11. Juni 2024 als Unfallzeitpunkt den frühen Nachmittag genannt hat (VB 47 S. 3), dies jedoch in seinem späteren Bericht vom 26. August 2024 (noch bevor Zweifel an der Glaubhaftigkeit des Unfallereignisses geäussert wurden) auf "ca. 08:30" korrigiert hat (VB 54 S. 2), ist nicht geeignet,

Zweifel an der Glaubhaftigkeit des behaupteten Unfallgeschehens am Morgen des 13. März 2024 zu erwecken (vgl. Vernehmlassung, Ziff. 6). Dasselbe gilt für den in der Unfallmeldung anders als im Bericht von Dr. med. E. _____ vom 11. Juni 2024 unerwähnt gebliebenen Sturz nach dem Kabelschlag (a.a.O.), welcher – unbestrittenermassen – keinen Einfluss auf die gesundheitlichen Beschwerden hatte. Auch sonst sind aus den Akten keine Inkonsistenzen hinsichtlich des massgeblichen Unfallgeschehens ersichtlich, die geeignet wären, Zweifel am behaupteten Ereignis zu begründen. Das vom Beschwerdeführer bzw. seiner Arbeitgeberin behauptete Unfallereignis (Schlag auf den Nacken durch ein schweres Kabel) vom Morgen des 13. März 2024 hat damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429) stattgefunden.

Damit erübrigt sich die vom Beschwerdeführer in der Replik (Ziff. 25) beantragte Zeugenbefragung. Zu prüfen bleibt folglich die Rechtmässigkeit der von der Beschwerdegegnerin verfügten Leistungseinstellung per 21. August 2024.

3.

3.1.

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden 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 (BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 111 f.; 129 V 402 E. 4.3.1 S. 406).

3.2.

Darüber, ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, hat die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181 mit Hinweisen). Die Sozialversicherungsorgane und das Gericht haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360).

3.3.

Die Anerkennung der Leistungspflicht durch den Unfallversicherer ist in rechtlicher Hinsicht von Belang. Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht

(mehr) die natürliche und adäquate (dazu bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen BGE 134 V 109 E. 2.1 S. 112 mit Hinweis auf BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103) Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2019 vom 25. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen). Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

4.

Aus den medizinischen Akten ergibt sich vorliegend im Wesentlichen Folgendes:

4.1.

Im Notfallbericht des Spitals P._____ vom 13. März 2024 hielten die erstbehandelnden Ärzte fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer um ca. 18:25 Uhr aufgetretenen plötzlichen Schwindelattacke mit Erbrechen und bei Übelkeit und rezidivierendem Erbrechen mit Nystagmus, Hörsturz rechts und Tinnitus links sowie zunehmenden Nacken- und Kopfschmerzen eingeliefert worden sei. In einem sogleich durchgeführten CT Schädel Hals Angio wurde keine intrakranielle Blutung, eine sehr schwächliche Arteria vertebralis rechts ohne Anhalt für eine vertebralis Dissektion und ausgeprägte Konturirregularitäten der Arteria basilaris, nicht sicher artefiziell, festgestellt, welche eine Basilaristhrombose möglich machten. Bei hochgradigem Verdacht auf eine Basilaristhrombose wurde der Beschwerdeführer zur weiteren Diagnostik und Therapie ins Spital Q._____ verlegt (VB 12 S. 2 f.).

4.2.

Dem Verlegungsbericht des Spitals Q._____ vom 16. und dessen Austrittsberichten vom 20. März 2024 kann entnommen werden, dass in einem noch am 13. März 2024 durchgeführten cCTA+P unter anderem ein Perfusionsdefizit cerebellär rechts mit relativ grossem Infarktkern festgestellt worden sei. In einem am Folgetag durchgeführten cMRI sei eine akute Ischämie im Stromgebiet der PICA-AICA Variante rechts sowie im Stromgebiet der PICA links sowie eine akute und im Vergleich zu den

oberen frischere Ischämie im Stromgebiet der SCR rechts (DD Basilaristhrombose) festgestellt worden. Zudem habe man eine hochgradige Abgangsstenose der im Seitenvergleich hypoplastischen Arteria vertebralis rechts, jedoch keine Vertebralisdissektion oder intrakranielle Blutung erkannt. In einem am selben Tag durchgeführten nvUS habe sich diese deutliche Hypoplasie der Arteria vertebralis rechts bestätigt (VB 60 S. 2 f.). Aufgrund des Nachweises des ausgedehnten Kleinhirnininfarkts rechts bei Variante der PICA-AICA rechts sowie einer hochgradigen Abgangsstenose der hypoplastischen Arteria vertebralis rechts bei jungem Patientenalter und hoher Wahrscheinlichkeit eines zunehmend raumfordernden Effektes erfolgte am 14. März 2024 ein notfallmässiger operativer Eingriff in Form einer Kraniotomie und Resektion des Kleinhirnininfarktes (VB 29 S. 1 f.; 60 S. 3; 42). In der weiteren Ursachenabklärung des Schlaganfalls habe sich am 15. März 2024 eine tiefe, kurzstreckige Thrombose in einem Ast der Vena tibialis posterior im linken Unterschenkel sowie gleichentags ein grosses persistierendes Foramen ovale gezeigt, sodass die behandelnden Ärzte die Infarkte am ehesten mit einer gekreuzten Embolie begründeten bzw. als embolischer Genese werteten (VB 29 S. 2; 60 S. 3).

4.3.

Im Rahmen einer angiologischen Nachkontrolle vom 11. Juni 2024 berichtete Prof. h.c. PD Dr. med. D. _____ davon, weder klinisch noch aufgrund der Zusatzuntersuchungen eine Veränderung der angiologischen Situation verglichen mit seiner Voruntersuchung vom 1. Februar 2023, insbesondere keine Thrombose oder postthrombotische Veränderungen im Bereich der Venae tibiales posteriores links, erkannt zu haben. Eine durchgemachte Thrombose sei damit aber nicht definitiv ausgeschlossen (VB 31 S. 3).

4.4.

Prof. h.c. PD Dr. med. D. _____ bat seinen Kollegen und neuroangiologischen Konsiliarium Prof. Dr. med. E. _____ um Re-Evaluation der Ursache der vom Beschwerdeführer erlittenen Kleinhirnininfarkte (vgl. VB 47 S. 2). Dieser hielt im Bericht vom 11. Juni 2024 hinsichtlich seiner neurologischen Untersuchung des Beschwerdeführers unter anderem fest, es habe sich am 13. März 2024 aufgrund eines Aufpralls eines abgesprungenen schweren Kabels aus ca. einem Meter Höhe ein heftiges Peitschen- bzw. Handkantenschlag-ähnliches Occiput-/Nackentrauma ereignet. Prof. h.c. PD Dr. med. D. _____ nannte erstmals die Möglichkeit bzw. den Verdacht, dass die a priori reduzierte Perfusion in der rechten Arteria vertebralis durch den Schlag vasospastisch eine additive Minderversorgung von AICA und PICA und damit den wenige Stunden nach dem Nackentrauma erlittenen ausgedehnten cerebellären Infarkt rechts bewirkt haben könnte, dieser also traumatischer Ursache sein könnte. Diese Variante sei im März 2023 (recte: 2024) nicht beschrieben worden. Möglich wäre aber grundsätzlich auch die bisher postulierte

Ursache einer venösen Thrombose in der Vena tibialis posterior links mit vertebrobasilärer Embolisierung via PFO (VB 47 S. 2 f.).

4.5.

Dr. med. G. _____, Facharzt für Neurologie, Spital Q. _____, bestätigte am 11. Juni 2024 gegenüber Prof. Dr. med. E. _____ eine hypoplastische rechte Vertebralarterie und erkannte eine Diffusionsstörung in PICA und AICA beidseits sowie in der SCA rechts. Somit denke er, dass es sich ätiologisch um eine proximale Emboliequelle handle. Ein Zusammenhang mit dem Trauma am Hals (recte: Nacken) sei zwar möglich, aber aufgrund der normalen Darstellung der linken Vertebralarterie schwierig nachzuweisen. Eine paradoxe Embolie (PFO) sei durchaus möglich (VB 76 S. 55 f.). Am 12. Juni 2024 ergänzte er gegenüber Prof. Dr. med. E. _____, dass dessen (hiervor wiedergegebene) Beurteilung sehr klar formuliert sei und der zeitliche Zusammenhang mit dem Unfall eine traumatische Ätiologie zumindest differentialdiagnostisch vermuten lasse. Eine eventuelle Pathologie (DD Dissektion, DD Spasmus) der rechten hypoplastischen Vertebralarterie könne die Ischämien im Versorgungsgebiet der linken PICA sowie der rechten SCA nicht ausreichend erklären. Auch sehe man in der CTA vom 13. März 2024 eine Kaliberunregelmässigkeit (thrombotisches Material?) in der Basilaris, die danach in der MRA vom 14. März 2024 nicht mehr sichtbar sei. Somit denke er, dass die beschriebenen multiplen Ischämien im vertebrobasilären System über die linke, kaliberstarke Vertebralarterie gekommen seien. Eine Dissektion dieser sei auf den Bildern nicht sichtbar, was aber nicht bedeute, dass eine traumatische Ursache völlig ausgeschlossen wäre. Der Beweis eines kausalen Zusammenhangs mit dem Unfall werde sich aber schwierig gestalten (VB 76 S. 56).

4.6.

Im Bericht vom 28. Juni 2024 stellte Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Hämatologie, hinsichtlich der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 10. Juni 2024 unter anderem fest, dass eine neurochirurgische Operation, wie sie beim Beschwerdeführer durchgeführt wurde, zu den thrombogensten zähle, die es gebe. Gleichzeitig sei man nach neurochirurgischen Eingriffen sehr zurückhaltend mit der medikamentösen Thromboseprophylaxe, da Nachblutungen schwerwiegende Komplikationen nach sich ziehen könnten. Die (vom Spital Q. _____ festgestellte) Beinvenenthrombose sei daher mit höchster Wahrscheinlichkeit erst postoperativ aufgetreten. Dass eine unentdeckte Beinvenenthrombose zufällig wenige Stunden nach einem "Schleudertrauma" zu einer gekreuzten Embolie geführt hätte, welches Kleinhirngewebe nekrotisch habe werden lassen, schein ihm sehr unwahrscheinlich zu sein (VB 76 S. 61).

4.7.

Mit an Prof. h.c. PD Dr. med. D. _____ adressierter E-Mail vom 25. Juni 2024 merkte Prof. Dr. med. L. _____, Facharzt für Radiologie, an, sein Kollege Prof. Dr. med. K. _____, Facharzt für Radiologie, habe in der Bildgebung des Spitals Q. _____ einen Verdacht auf Vorliegen einer kleinen Dissektion im V1 Segment links festgestellt. Diese wäre somit wohl Verursacherin des von Dr. med. G. _____ beschriebenen und behandelten Thrombus mit temporärem Verschluss der AICA/PICA rechts, verantwortlich für den Infarkt. Die Arteria vertebralis rechts und ihre geringe Versorgung scheine ihres Erachtens nicht zuständig für den Infarkt gewesen zu sein. Es werde nach der geplanten Untersuchung des Beschwerdeführer am 3. Juli 2024 neu berichtet (VB 76 S. 57).

4.8.

In ihrem Bericht vom 5. Juli 2024 hielten die Profs. Dres. med. L. _____ und K. _____ bezüglich des gleichentags durchgeführten MR Schädel und MRA Halsgefäss als "[k]linkische Angabe" einen "Status nach Dekompression bei grossem Kleinhirnininfarkt rechts nach Schlag auf den Kopf durch Elektrokabel" fest. Es seien keine seit dem 3. April 2024 neu aufgetretenen Embolien im Gehirn festzustellen. Nach Dekompression rechts zerebellär im grossen ursprünglichen Infarktbereich zeige sich aktuell ein unveränderter Parenchymdefekt mit Gliose (VB 76 S. 67). Auch die damals vorgelegenen kleinen embolischen Infarzierungen links zerebellär und pontin seien mittlerweile gliotisch abgebaut. Bei stark hypoplastischer Arteria vertebralis rechts in allen vier Segmenten seien hiervon ausgehende Embolien lumenbedingt wenig wahrscheinlich. In den Voraufnahmen vom 14. März 2024 habe sich jedoch als mögliche Emboliequelle auf der gegenüberliegenden linken Seite eine kurzstreckige Dissektionssichel im V1-Segment direkt am Abgang sowie knapp unterhalb des Foramen transversariums (Tandem-Sichel) gezeigt. Bei der stark ausgeprägten rechts-konvexen zervikothorakalen Skoliose wäre es möglich, dass es bei dem Schlag durch das Elektrokabel am Kopf/Nacken zu einem Zug auf die kaliberstarke Arteria vertebralis links unterhalb des Foramen transversariums und am Abgang gekommen sei. Die grosse Infarzierung im Kleinhirn rechts sei dann über eine gekreuzte Embolie von links nach rechts über die Arteria basilaris zustande gekommen (behandelter Thrombus mit temporärem Verschluss der AICA/PICA rechts). Die linksseitigen kleineren embolischen Infarzierungen pontin und zerebellär wären dann durch ipsilaterale Embolien aus dem V1-Segment der Arteria vertebralis links erklärbar. Aktuell seien keine Dissektionssicheln im V1-Segment mehr abgrenzbar (VB 76 S. 68).

4.9.

Am 29. Juli 2024 nahm der Versicherungsmediziner der Beschwerdegegenerin Dr. med. M. _____, Facharzt für Neurologie, erstmals Stellung zum Fall. Unter Verweis auf die Unfallmeldung vom 3. Mai 2024 (VB 1), die Berichte des Spitals P. _____ (E. 4.1. hiervor) und des Spitals Q. _____

(E. 4.2. hiervor) mit entsprechender Bildgebung, den Bericht bezüglich der angiologischen Nachkontrolle von Prof. h.c. PD Dr. med. D._____ vom 12. (recte: 11.) Juni 2024 (E. 4.3. hiervor) und den Austrittsbericht der den Beschwerdeführer im Anschluss an die dortigen stationären Aufenthalte behandelnden Rehaklinik (vgl. VB 44 S. 1 f.; vgl. letzteren in VB 39) hielt er fest, er schliesse sich bezüglich der Ursachenabklärung für den Kleinhirnfarkt neurologisch-versicherungsärztlich der Bewertung des Spitals Q._____ entsprechend dessen Bericht vom 20. März 2024 an (Ursache sei am ehesten die tiefe Beinvenenthrombose und das persistierende Foramen ovale; vgl. E. 4.2. hiervor). Damit bestehe allein bei embolischer Genese keine überwiegend wahrscheinliche Unfallkausalität. Ergänzend werde festgestellt, dass gegen eine äussere Verletzung im Bereich des Nackens durch ein Kabel eine radiologisch bestätigte, fehlende Weichteilschwellung bestanden habe und damit weder aus klinisch-neurologischer Sicht noch bilddiagnostisch die vermutete Schädigung durch ein Kabel entsprechend der Schadensmeldung (vom 3. Mai 2024) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bestätigen sei (VB 44 S. 3). Die Gesundheit des Beschwerdeführers sei hinsichtlich Migräne und beschriebener Schwindelsymptomatik bereits vor dem besagten Unfallereignis betroffen gewesen. Die Unfallfolgen hätten nie eine Rolle in dessen Beschwerdebild gespielt (VB 44 S. 3 f.).

4.10.

Mit E-Mail vom 24. August 2024 stellte Prof. h.c. PD Dr. med. D._____ hinsichtlich des Entscheids der Beschwerdegegnerin vom 21. August 2024, die Leistungen per sofort einzustellen (vgl. VB 53), ein Wiedererwägungsgesuch. Die Beurteilung von Dr. med. M._____ (vom 29. Juli 2024; E. 4.9.) scheine ihm zwar, aufgrund der diesem damals vorgelegenen Unterlagen, sehr plausibel. Inzwischen seien aber neue Aspekte aufgetreten und der Beschwerdeführer sei von mehreren Topspezialisten beurteilt worden. Er sei der Meinung, dass dem Beschwerdeführer krasses Unrecht widerfahre, wenn das Ereignis vom 13. März 2024 nicht als Unfall anerkannt werde (VB 67 S. 1).

4.11.

Prof. Dr. med. E._____ nahm am 26. August 2024 nach Eingang der Beurteilung durch die Profs. Dres. med. L._____ und K._____ vom 5. Juli 2024 (E. 4.8. hiervor) erneut eine Einschätzung vor. Er fasste zusammen, dass diese in der zur Verfügung stehenden Bildgebung die bereits bekannte hypoplastische Arteria vertebralis rechts und die AICA/PICA-Variante rechts bestätigten, neu aber, was bisher übersehen worden sei, einen Status nach Dissektion der kaliberstarken Arteria vertebralis links im Bereich des Abgangs und knapp distal davon (Tandemsicheln) festgestellt hätten. Er nannte daher neu folgende "[d]efinitive Diagnose" (VB 54 S. 3):

A. Traumatisch induzierter Spasmus der A. vertebralis li im Bereich des Abgangs.

B. Akute Apopositions-Thrombose → Embolisation in die A. basilaris → AICA & PICA-Perfusionsausfall re → grösser[er] cerebellärer ischämischer Insult re.

C. Zudem via kleines pontines Gefäss dortige Miniläsion und v.a. PICA/AICA li mehrere kleinere Läsionen cerebellär li."

Die Nachbeurteilung der Bildgebung (durch die Profs. Dres. med. L. _____ und K. _____) habe Dr. med. M. _____ nicht zur Verfügung gestanden, sodass es diesem nicht möglich gewesen sei, die Klinik mit dem Unfall zu korrelieren. Wie von den Profs. Dres. med. K. _____ und L. _____ verifiziert, sei in der Nachbeurteilung der initialen MRA-Bilder eine residuelle Pathologie im Bereich des Abgangs der linken Arteria vertebralis aufgefallen, d.h. ein St.n. Dissektion im proximalen V1-Segment. Diese Unfallgetriggerte Gefässpathologie sei Ansatzstelle einer Thrombose gewesen, welche innerhalb weniger Stunden progredient gewesen sei, nach distal embolisiert habe und eine transiente Obliteration der Arteria basilaris mit Minderversorgung der AICA/PICA-Variante rechts und der Arteria cerebelli inferior anterior und evtl. posterior links bewirkt hätte, mit ischämischen Läsionen v.a. cerebellär rechts und weniger ausgeprägt links. Die Thrombose-Residuen seien im Früh-CT noch sichtbar, im etwas später durchgeführten MRI/MRA aber nicht mehr nachweisbar gewesen. Prof. Dr. med. E. _____ führte aus, er hätte das nun Festgestellte bereits in seinem Untersuchungsbericht vom 11. Juni 2024 (vgl. E. 4.4. hiervor) als Differenzialdiagnose postulieren können, obwohl bei der auf seine Bitte erfolgten Nachbeurteilung der RX-Dokumentation im Spital Q. _____ die residuelle Vertebralis-Abgangspathologie nicht verifiziert worden sei. Abschliessend hielt Prof. Dr. med. E. _____ fest, dass die klinische Symptomatik, aufgetreten wenige Stunden nach dem Nackentrauma, als unfallbedingt zu klassifizieren sei (VB 54 S. 3).

4.12.

Nachdem Dr. med. M. _____ von der Beschwerdegegnerin aufgrund der Einwände des Beschwerdeführers gegen den leistungseinstellenden Vorbescheid (vgl. VB 53; 67; 76) erneut um Stellungnahme gebeten worden war (VB 81), stellte dieser am 29. Oktober 2024 fest, dass das Dossier durch den Bericht von Prof. Dr. med. E. _____ vom 11. Juni 2024 ergänzt worden sei und gab diesen in Kurzform wieder. Sodann erachtete er ein neuroradiologisches Konsil durch Prof. Dr. med. O. _____, Facharzt für Radiologie, als angezeigt (VB 82). Am 25. November 2024 erteilte Dr. med. M. _____ dem Prof. Dr. med. O. _____ unter Beilage von Bilddokumenten vom 13. März, 3. April und 5. Juli 2024 sowie dem Befundbericht von Prof. Dr. med. E. _____ vom 11. Juni 2024 den entsprechenden Auftrag (VB 89).

4.13.

Prof. Dr. med. O. _____ würdigte in seinem neuroradiologischen Konzil-Bericht vom 17. Dezember 2024 vorweg die der Anfrage von Dr. med. M. _____ beigelegte Bildgebung (Angio-CT und CT Neurokranium vom 13. März 2024 sowie MRTs Neurokranium vom 3. April und vom 5. Juli 2024; VB 93 S. 2 f.). Gestützt darauf hielt er fest, dass "[a]lle genannten Läsionen inklusive PICA Versorgungsgebiet links" der linken Arteria vertebralis zugeordnet werden könnten. Die rechte Arteria vertebralis (hypoplastisch) könne insbesondere die Läsion im PICA-Versorgungsgebiet links nicht erklären. Initial bestehe ein eindeutiger Thrombus im Bereich des Truncus basilaris. Eine eindeutige Ursache für den stattgehabten Kleinhirnfarkt sei im vorliegenden Bildmaterial nicht nachweisbar. Im klinischen Kontext mit möglichem Trauma des Nackens sowie angesichts der diskreten Irregularität der Arteria vertebralis links im V4-Segment könne es sich am ehesten um eine posttraumatische geringe Dissektion der Arteria vertebralis links handeln. Die Differenzialdiagnose einer kardioembolischen Läsion sei möglich, jedoch aufgrund des vorliegenden Bildmaterials weniger wahrscheinlich. In diesem Zusammenhang sei erwähnenswert, dass keine weiteren neuroradiologischen Marker einer zerebrovaskulären Erkrankung vorliegen würden. Auch angesichts des Alters des Beschwerdeführers von 31 Jahren zum Unfallzeitpunkt sei eine kardioembolische Ursache prinzipiell möglich, seiner Meinung nach jedoch weniger wahrscheinlich. Im vorliegenden Bildmaterial finde sich überdies keine eindeutige Weichteilverletzung (VB 93 S. 24).

4.14.

Am 9. Januar 2025 gab Dr. med. M. _____ eine erneute Beurteilung ab. Er verwies dabei auf seine frühere Einschätzung vom 29. Juli 2024 (E. 4.9.), die Beurteilung von Prof. Dr. med. E. _____ vom 11. Juni 2024 (E. 4.5.) und die jene von Prof. Dr. med. O. _____ vom 17. Dezember 2024 (E. 4.13.). Letzterer habe in seiner Beurteilung hinsichtlich der Frage der Genese des Kleinhirnfarkts Folgendes festgestellt (VB 96 S. 1):

- "1. Dass für die Beurteilung die obengenannte vaskuläre Variante entscheidend war und für die Läsion inklusive des PICA-Versorgungsgebietes links die Arteria vertebralis links zuzuordnen war, jedoch auch die rechte Arteria vertebralis, welche hypoplastisch war, konnte somit eine Läsion im Versorgungsgebiet links nicht erklären.
2. Bereits initial bestand ein eindeutiger Thrombus im Bereich des Truncus basilaris (Anmerkung: Eindeutig vor den beiden Vertebralarterien).
3. Eine eindeutige Ursache konnte nicht festgestellt werden bei Gefäßirregularitäten der Arteria vertebralis links im V4 Segment mit möglicher geringer Dissektion, als auch eine kardioembolische Genese aufgrund des vorliegenden Bildmaterials wahrscheinlich (weniger) war."

In Übereinstimmung mit dem neuroradiologischen Konzil von Prof. Dr. med. O. _____ sei die von Prof. Dr. med. E. _____ postulierte

Genese des Hervorrufens eines Kleinhirnfarkts rechts durch eine hypoplastische Arteria vertebralis nach heftigem Nackentrauma nicht überzeugend, da sich auch im PICA-Versorgungsgebiet links ischämische Läsionen finden würden, welche dadurch nicht überzeugend erklärbar seien. Im Übrigen habe bereits initial ein eindeutiger Thrombus im Bereich des Truncus basilaris bestanden, welcher in beide Stromgebiete bilateral fortgeleitet worden sei und letztlich zum Kleinhirnfarkt rechts geführt habe. Damit sei an seiner Beurteilung vom 29. Juli 2024 festzuhalten (VB 96).

4.15.

Im Einspracheverfahren reichte der Beschwerdeführer unter anderem eine Stellungnahme von Prof. h.c. PD Dr. med. D. _____ vom 7. Februar 2025 ein. Dieser führte darin aus, dass die vom Spital Q. _____ aufgestellte Verursacherthese, dass es ausgehend von der kurzstreckigen Thrombose der Vena tibialis posterior links zu einer gekreuzten Embolisation über ein offenes Foramen ovale ins vertebrobasiläre Stromgebiet gekommen sei (vgl. E. 4.2. hiervor), an sich und erst recht bei einem jungen Patienten ein sehr seltenes Ereignis darstellen würde. Zudem würde er oft Fehldiagnosen bei der Diagnostik von Unterschenkelvenenthrombosen sehen. Dagegen sei die "Unfallthese" durch die von Prof. Dr. med. L. _____ (und Prof. Dr. med. K. _____) festgestellte Gefässdissektion (vgl. E. 4.6. f.) "sehr wahrscheinlich" gemacht worden. Die in der Folge bei Prof. Dr. med. E. _____ veranlasste Nachbeurteilung (E. 4.11.) habe diese These noch weiter in den Vordergrund gerückt. Die Ablehnung der Leistungspflicht durch die Beschwerdegegnerin am 21. August 2024 sei in Kenntnis der Erstbeurteilung durch Prof. Dr. med. E. _____ erfolgt, was ihm aufgrund des damaligen Kenntnisstandes der Beschwerdegegnerin nachvollziehbar erschienen sei, aber zu einem Wiedererwägungsgesuch (E. 4.10. hiervor) Anlass gegeben habe (VB 109 S. 1). Die Ablehnung des Wiedererwägungsgesuches durch die Beschwerdegegnerin am 20. Januar 2025 (gemeint ist die die Leistungseinstellung per 21. August 2024 bestätigende Verfügung der Beschwerdegegnerin in VB 99) sei dagegen in Kenntnis der Beurteilung von Prof. Dr. med. L. _____ (und Prof. Dr. med. K. _____) und der Nachbeurteilung von Prof. Dr. med. E. _____ erfolgt und damit nicht nachvollziehbar. Die besagten Beurteilungen schienen dabei in keiner Weise gewürdigt worden zu sein und seiner Ansicht nach werde dem Beschwerdeführer krasses Unrecht getan. Falls diese Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht genügen sollten, rate er dringend zu einem Gutachten bei Prof. Dr. med. E. _____ (VB 109 S. 2).

4.16.

In seiner abschliessenden Beurteilung vom 26. August 2025 führte der Versicherungsmediziner Dr. med. M. _____ unter Verweis auf seine Beurteilung vom 9. Januar 2025 aus, dass Prof. Dr. med. O. _____ in seiner

Beurteilung vom 17. Dezember 2024 hinsichtlich der Frage der Genese eines Kleinhirnfarktes festgestellt habe, dass eine hypoplastische rechte Arteria vertebralis nicht eine Läsion im Versorgungsgebiet links habe erklären können und bereits initial ein unfallfremder, nicht unfallkausaler eindeutiger Thrombus im Bereich des Truncus basilaris vorgelegen habe. Eine eindeutige Ursache habe nicht festgestellt werden können bei Gefässirregularitäten der Arteria vertebralis links im V4-Segment als mögliche geringe Dissektion bzw. bei kardioembolischer Genese. In Übereinstimmung mit Prof. Dr. med. O._____ sei die von Prof. Dr. med. E._____ postulierte Genese eines Kleinhirnfarktes aufgrund einer hypoplastischen Arteria vertebralis nicht überzeugend, "da sich weder die hypoplastische Arteria vertebralis auf der richtigen Seite befand, sondern ein bereits vorbestehender eindeutiger Thrombus im Truncus basilaris Berücksichtigung fand." Prof. h.c. PD Dr. med. D._____ verweise im Schreiben vom 7. Februar 2025 erneut auf die Bewertungen von Prof. Dr. med. E._____ und Prof. Dr. med. L._____ (und Prof. Dr. med. K._____), jedoch werde nicht auf das neuroradiologische Konsil von Prof. Dr. med. O._____ vom 17. Dezember 2024 hinsichtlich der fehlenden überwiegend wahrscheinlichen Unfallkausalität eingegangen. Bei insgesamt fehlenden neuen Erkenntnissen werde an der Beurteilung vom 19. Juli 2024 und 9. Januar 2025 festgehalten (VB 116).

Insbesondere gestützt auf diese Beurteilung verneinte die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 die Unfallkausalität des stattgehabten Kleinhirnfarktes (VB 120, vgl. insb. S. 13 f.).

5.

5.1.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.2.

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zu (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). Zwar lässt das Anstellungsverhältnis der versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee

S. 353 ff.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

5.3.

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

6.

Vorliegend unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer am 13. März 2024 einen Kleinhirnfarkt (Ischämie) rechts erlitten hat. Medizinisch umstritten ist derweil dessen Ursache.

6.1.

Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 (VB 120; vgl. VB 99) bestätigte die Beschwerdegegnerin die Leistungseinstellung per 21. August 2024. Sie begründete dies damit, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis des Beschwerdeführers vom 13. März 2024 (vgl. E. 2.2. hiervor) und dem von diesem am selben Tag erlittenen Kleinhirnfarkt überwiegend wahrscheinlich fehle. In medizinischer Hinsicht stützte sich Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die Beurteilungen ihres Versicherungsmediziners Dr. med. M._____, welcher als Ursache des Infarkts auf eine embolische und damit unfallfremde Genese schloss (vgl. E. 4.9.; 4.14 und 4.16 hiervor).

Diese Ursachenhypothese wurde erstmals von den Erstbehandlern des Spitals Q._____ im Rahmen der Notbehandlung im März 2024 aufgestellt (E. 4.2. hiervor). Bereits im Rahmen der angiologischen Nachkontrolle vom 11. Juni 2024 äusserte Prof. h.c. PD Dr. med. D._____ erste Zweifel daran, indem er festhielt, dass er im Bereich der Venae tibiales links entgegen den Behandlern des Spitals Q._____ weder eine Thrombose noch postthrombotische Veränderungen habe feststellen können (E. 4.3.). Der hämatologische Facharzt Dr. med. J._____ verstärkte diese Zweifel, indem er es in seinem Bericht vom 28. Juni 2024 als sehr unwahrscheinlich erachtete, dass eine zuvor unentdeckte Beinvenenthrombose zufällig wenige Stunden nach einem „Schleudertrauma“ zu einer gekreuzten Embolie geführt haben soll, in deren Folge Kleinhirngewebe nekrotisch

geworden sei. Er erachtete die Beinvenenthrombose – auch vor dem Hintergrund des bei operativen Eingriffen grundsätzlich erhöhten Thromboserisikos – als mit höchster Wahrscheinlichkeit erst postoperativ nach dem Eingriff vom 14. März 2024 aufgetreten (E. 4.6. hiervor). Spätestens nachdem die neuroradiologischen Fachärzte Profs. Dres. med. L._____ und K._____ am 5. Juli 2024 mit der Theorie der durch den erlittenen Nackenschlag verursachten Dissektion in der linken Arteria vertebralis eine neue, unfallbedingte mögliche Ursache anführten (E. 4.8.; dazu E. 6.2. hiernach) erachteten auch die Profs. h.c. PD Dr. med. D._____ und Dr. med. E._____ die vom Spital Q._____ aufgestellte Hypothese der Beinvenenthrombose nicht mehr als wahrscheinlich (E. 4.10. f.; vgl. E. 4.15.). Auch der von der Beschwerdegegnerin bzw. deren Versicherungsmediziner Dr. med. M._____ konsiliarisch beigezogene Neuroradiologe Prof. Dr. med. O._____ erachtete eine kardioembolische Läsion (wie bei der Beinvenenthrombose) letztlich zwar als möglich, jedoch aufgrund des vorliegenden Bildmaterials, den fehlenden weiteren neuroradiologischen Markern einer zerebrovaskulären Erkrankung und des geringen Alters des Beschwerdeführers als weniger wahrscheinlich als die von den Profs. Dres. med. L._____ und K._____ angenommene unfallbedingte Ursache (E. 4.13. hiervor).

Dr. med. M._____ hat sich in seinen Beurteilungen (E. 4.12.; 4.14 und 4.16 hiervor) inhaltlich weder mit diesen Zweifeln an der vom Spital Q._____ aufgestellten und von ihm bestätigten Annahme einer embolischen Genese auseinandergesetzt noch hat er die neu von den Profs. Dres. med. L._____ und K._____ vorgebrachte und von den Profs. h.c. PD Dr. med. D._____ und Dr. med. E._____ als überzeugend erachtete unfallbedingte Ursache einer posttraumatischen Dissektion der Arteria vertebralis links gewürdigt. Vielmehr hat er in seinen Stellungnahmen vom 9. Januar (E. 4.14.) und 26. August 2025 (E. 4.16.) lediglich erneut seine Zweifel an der von Dr. med. E._____ am 11. Juni 2024 (E. 4.4.) vorgebrachten Hypothese der hypoplastischen Arteria vertebralis rechts als Infarktursache hervorgehoben, welche jedoch im besagten Zeitpunkt bereits übereinstimmend – auch von Dr. med. E._____ selbst (E. 4.11.) – verworfen worden ist (vgl. E. 4.5., 4.8. und 4.13. hiervor). Zudem gab Dr. med. M._____ in seiner Stellungnahme vom 9. Januar 2025 (E. 4.14) die Beurteilung des von ihm um fachliche Einschätzung ersuchten neuroradiologischen Konsiliararztes Prof. Dr. med. O._____ vom 17. Dezember 2024 (E. 4.13.) verkürzt und inkorrekt wieder. Dadurch entstand eine inhaltlich abweichende Darstellung, die Prof. Dr. med. O._____ in dieser Form nicht vorgenommen hatte (vgl. Ziff. 3 in E. 4.14. im Vergleich zu E. 4.13. hiervor). Prof. Dr. med. O._____ erachtete im Gegensatz zu Dr. med. M._____ eine unfallkausale Ursache als überwiegend wahrscheinlich, womit seine Einschätzung die Beurteilung von Dr. med. M._____ letztlich nicht stützt.

Insgesamt bestehen nach dem Dargelegten zumindest geringe Zweifel an der Beurteilung des versicherungsinternen Facharztes Dr. med. M._____. In Anbetracht der strengen Anforderungen an reine Aktenbeurteilungen durch versicherungsinterne medizinische Fachpersonen als Beweisgrundlage (vgl. E. 5.2. hiervor) lässt sich der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers (bzw. dessen Ende) daher gestützt darauf nicht abschliessend beurteilen.

6.2.

Eine solche abschliessende versicherungsmedizinische Beurteilung lassen aber auch die vorliegenden Berichte der weiteren Fachärzte nicht zu. Es handelt sich um eine medizinisch komplexe Fragestellung, was allein die Tatsache zeigt, dass im Laufe der umfangreichen Abklärungen durch verschiedenste Fachärzte immer wieder neue Hypothesen hinsichtlich der Ursache für den vom Beschwerdeführer am 13. März 2024 erlittenen Kleinhirnfarkt aufgestellt, angezweifelt und teils wieder verworfen worden sind (vgl. E. 4. hiervor). Allein schon daher rechtfertigt sich die Einholung eines unabhängigen, externen medizinischen Fachgutachtens. Zudem fehlt es bei Annahme einer unfallkausalen Verletzung infolge des am selben Tag erlittenen Kabelschlags in den vorliegenden medizinischen Akten bis zuletzt an einer nachvollziehbaren Erklärung für die von Dr. med. M._____ erwähnte (vgl. E. 4.9.) und von Prof. Dr. med. O._____ bestätigte (vgl. E. 4.13 hiervor) radiologisch festgestellte und bis zuletzt unbestritten gebliebenen fehlende Weichteilverletzung im Nackenbereich.

6.3.

Der anspruchsrelevante medizinische Sachverhalt – namentlich die Frage des Kausalzusammenhangs zwischen dem vom Beschwerdeführer am 13. März 2024 erlittenen Unfall und dem am selben Tag aufgetretenen Kleinhirnfarkt – erweist sich damit als unvollständig und im Lichte der Untersuchungsmaxime (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG; BGE 133 V 196 E. 1.4 S. 200; 132 V 93 E. 5.2.8 S. 105; 125 V 193 E. 2 S. 195) nicht rechtsgenügend abgeklärt, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines externen medizinischen Fachgutachtens zurückzuweisen ist (vgl. E. 5. hiervor). Gestützt auf das entsprechende Gutachten hat die Beschwerdegegnerin in der Folge erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers bzw. dessen Ende zu verfügen.

7.

7.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

7.2.

Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG).

7.3.

Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der richterlich festzusetzenden Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG), denn die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen gilt als anspruchsbegründendes Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235 mit Hinweisen).

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2025 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer die Parteikosten in richterlich festgesetzter Höhe von Fr. 2'500.00 zu bezahlen.

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

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

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

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

Aarau, 8. Mai 2026

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

2. Kammer

Der Präsident:

Der Gerichtsschreiber:

Roth

Siegenthaler