

UV 200 2024 83
FRC/IMD/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 14. Juli 2025

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiber Imhasly

A. _____,
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____

Beschwerdeführer

gegen

HDI Global SE

Hannover, Niederlassung Zürich / Schweiz, Hardstrasse 201, 8005 Zürich
vertreten durch Rechtsanwälte C. _____ und D. _____

Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2023



Sachverhalt:

A.

Der ... geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war bei der E._____ als professioneller Eishockeyspieler angestellt und dadurch bei der HDI Global SE, Hannover, Niederlassung Zürich / Schweiz (HDI bzw. Beschwerdegegnerin), obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als er sich gemäss Schadenmeldung vom 27. Januar 2020 am TT. MM 2020 bei einem Check gegen den Kopf eine Hirnerschütterung zuzog (Akten der HDI [act. IIA] K1). Die HDI erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Taggeld und Heilkosten; vgl. act. IIA K7 f., K13, K31, K99, K105/2) und tätigte Abklärungen in medizinischer Hinsicht; namentlich beauftragte sie Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, mit der Erstellung eines neurologisch-psychiatrischen Aktengutachtens (act. IIA K49; Gutachten vom 28. August 2022 [Akten der HDI {act. II} M71]). Der Versicherte äusserte sich am 3. Januar 2023 (act. IIA K113) zum Gutachten; die Gutachterin nahm hierzu am 31. August 2023 (act. II M72) Stellung. Mit Verfügung vom 5. Oktober 2023 (act. IIA K118) stellte die HDI die vorübergehenden Versicherungsleistungen rückwirkend per 19. Februar 2020 ein. Auf eine Rückforderung der nach diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen verzichtete sie. Im Wesentlichen erwog die HDI, der Status quo ante sei per 19. Februar 2020 erreicht worden, die ab diesem Zeitpunkt geklagten Beschwerden stünden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis vom TT. MM 2020. Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIA K119) wies sie mit Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2023 (act. IIA K120) ab, soweit sie darauf eintrat.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 29. Januar 2024 Beschwerde mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2023 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer für die Periode vom 7. Januar 2021 bis 5. Mai 2022 (484 Tage à Tagessatz Fr. 324.82) Fr. 157'212.88 zuzüglich Zins zu 5 % seit dem 6. September 2021 (mittlerer Verfall) aus der UVG-Police Nr. ... zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, Ersatz für die seit April 2021 in den ... angefallenen Behandlungskosten zu leisten sowie Kostengutsprache für die verweigerten Behandlungen (insbesondere MRI und CT) zu erteilen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2024 schliesst die Beschwerdegegnerin, vertreten durch Rechtsanwälte C. _____ und D. _____, 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 Abs. 2 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 Verwaltungsrechts-

pfllege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2023 (act. IIA K120). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom TT. MM 2020 über den 19. Februar 2020 hinaus.

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 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt (u.a.) voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358).

2.3 Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere ("conditio sine qua non"; BGE 147 V 161 E. 3.2 S. 163; SVR 2023 UV Nr. 39 S. 139, 8C_305/2022 E. 3.1).

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 Beweismwürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs 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. 120, 8C_537/2009 E. 5.1).

Steht aufgrund einer speziellen Adäquanzprüfung fest, dass ein allfällig bestehender natürlicher Kausalzusammenhang nicht adäquat und damit nicht rechtsgenügend wäre, braucht die Frage, ob der natürliche Kausalzusammenhang tatsächlich besteht, nicht geprüft zu werden (BGE 148 V 301 E. 4.5.1 S. 309, 147 V 207 E. 6.1 S. 211, 135 V 465 E. 5.1 S. 472).

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 148 V 356 E. 3 S. 358, 129 V 177 E. 3.2 S. 181).

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 Gesundheitsschäden deckt sich die natürliche weitgehend mit der adäquaten Unfallkausalität. Hier spielt mithin die unter Adäquanzgesichtspunkten entscheidende Frage, ob das Unfallereignis 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, für die Begründung der Leistungspflicht praktisch keine Rolle (BGE 149 V 218 E. 5.2 S. 220).

Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 136, 8C_627/2019 E. 3.2).

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. 100, 8C_860/2015 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. 105, 8C_413/2008 E. 5.2). Liegt keine der erwähnten Verletzungen vor, gelangt die Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden zur Anwendung.

2.4.3 Nach der Schleudertrauma-Praxis ist analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen (BGE 115 V 133) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall für die Entstehung der Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359; SVR 2019 UV Nr. 41 S. 155, 8C_632/2018 E. 8.1) – zwischen banalen bzw. leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Dabei können die erlittenen Verletzungen Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten (SVR 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 E. 4.2.2). Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen (BGE 134 V 109 E. 10.1 S. 126; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 41, 8C_525/2017 E. 8.2.1). Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs 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 oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Andererseits kann im gesamten mittleren Bereich ein einziges Kriterium genügen, wenn es in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist. Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in be-

sonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9, 8C_147/2017 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 2019 UV Nr. 11 S. 41, 8C_525/2017 E. 8.4). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung des adäquaten Kausalzusammenhangs (BGE 117 V 359 E. 6 S. 366, 117 V 369 E.4c S. 384).

Der Katalog der – abschliessend aufgezählten (BGE 134 V 109 E. 10.2 S. 127) – adäquanzrelevanten Kriterien lautet (BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130; SVR 2017 UV Nr. 41 S. 141, 8C_833/2016 E. 6.1):

- besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls;
- 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.

2.4.4 Diese Rechtsprechung betrifft nicht nur "klassische" Schleudertraumen (d.h. Beschleunigungsmechanismen der Halswirbelsäule ohne Kopfanprall mit der Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule bzw. des Nackens), sondern auch "äquivalente" Unfallmechanismen, wenn es zum Kopfanprall mit Abknickung der Halswirbelsäule kommt. Voraussetzung ist jedoch, dass Beeinträchtigungen bestehen, die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule (vgl. BGE 117 V 359 E. 4b S. 360) gehören (SVR 1997 UV Nr. 95 S. 346 E. 2a). Auch wenn und soweit sich die Folgen eines Schädel-Hirntraumas (SHT) mit jenen eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule vergleichen lassen, rechtfertigt es sich, die zu Verletzungen nach klassischem Schleudertrauma entwickelte Rechtsprechung sinngemäss anzuwenden (BGE 117 V 369 E. 4b S. 382; SVR 2023 UV Nr. 42 S. 149, 8C_565/2022 E. 3.2.3, 2001 UV Nr. 1 S. 2 E. 3). Erreicht ein allfälliges SHT höchstens den Schweregrad einer Comotio cerebri nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri, so genügt

dies grundsätzlich nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis. Diesfalls erfolgt die Prüfung der adäquaten Kausalität anhand der Rechtsprechung zu unfallbedingten psychischen Störungen (SVR 2023 UV Nr. 42 S. 149, 8C_565/2022 E. 3.2.3, 2019 UV Nr. 41 S. 155, 8C_632/2018 E. 7.2.2).

Die Diskussion der Frage, nach welchen Regeln die Adäquanz zu beurteilen ist, kann unterbleiben, wenn der Kausalzusammenhang auch nach der Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) zu verneinen ist (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 3, 8C_100/2012 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_248/2010 vom 17. Juni 2010 E. 3.3).

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 149 V 224 E. 6.3.1 S. 235, 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201). Die Besserung bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, soweit unfallbedingt beeinträchtigt, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE 134 V 109 E. 4.3 S. 115). Diese Frage ist prospektiv zu beurteilen (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 11, 8C_283/2009 E. 8.2; zum Ganzen SVR 2020 UV Nr. 40 S. 162, 8C_183/2020 E. 2.3).

Der Unfallversicherer hat die Möglichkeit, die durch Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld anerkannte Leistungspflicht mit Wirkung ex nunc et pro futuro ohne Berufung auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung oder der prozessualen Revision einzustellen, d.h. den Fall abzuschliessen, dies mit der Begründung, ein versichertes Ereignis liege – bei richtiger Betrachtungsweise – gar nicht vor. Eine solche Einstellung kann grundsätzlich auch rückwirkend erfolgen, sofern der Unfallversicherer keine Leistungen zurückfordern will. In gleichem Sinne ist auch hinsichtlich der Prüfung der adäquaten Kausalität zwischen Unfall und Gesundheitsscha-

den zu entscheiden. Danach kann der Unfallversicherer trotz vorheriger Ausrichtung von Heilbehandlung und Taggeld ohne Berufung auf Wiedererwägung oder prozessuale Revision die Adäquanz verneinen und gestützt hierauf die Leistungen ex nunc einstellen. Nur im Rahmen einer allfälligen Leistungsrückerstattung sind die Rückkommensvoraussetzungen zu beachten (vgl. BGE 150 V 188 E. 7.2 S. 193 und E. 7.3.5 S. 196, 130 V 380 E. 2.3.1 S. 384).

2.6 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, 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 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

3.1 Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass das Ereignis vom TT. MM 2020 (act. IIA K1) die kumulativen Anspruchsvoraussetzungen des Unfallbegriffs gemäss Legaldefinition (vgl. E. 2.1 hiervor) erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen erbracht (vgl. act. IIA K7 f., K13, K31, K99, K105/2). Umstritten ist hingegen, ob der Beschwerdeführer – basierend auf dem besagten Unfall – über die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Leistungseinstellung per 19. Februar 2020 (act. IIA K118) hinaus Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung hat. Aus den medizinischen Unterlagen ergibt sich hierzu – soweit entscheidwesentlich – das Folgende:

3.1.1 Im Austrittsbericht des Spitals G. _____ vom 25. Januar 2020 (act. II M7) wurde eine Commotio cerebri diagnostiziert. Zum Verlauf wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei notfallmässig stationär zur Commotio-Überwachung aufgenommen worden. Er habe während eines Eishockey-Spiels einen Check erhalten und sei danach bewusstlos zu Boden gestürzt. Die computertomographische Untersuchung des Hirnschädels habe keine differenzierbaren Traumafolgen gezeigt. Die regelmässigen

Kontrollen der Vigilanz und der Vitalparameter seien unauffällig geblieben. Unter einer adäquaten Analgesie seien die Beschwerden rückläufig gewesen. Auch im Verlauf seien keine neurologischen Ausfälle aufgetreten. Der Beschwerdeführer habe am 25. Februar (richtig: Januar) 2020 in gutem Allgemeinzustand und schmerzkomponiert nach Hause entlassen werden können.

3.1.2 Dr. med. H. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in der Krankengeschichte (act. II M30) betreffend Konsultation vom 26. Januar 2020 eine mittelschwere Commotio cerebri am TT. MM 2020 mit einer Bewusstlosigkeit von zirka 30 Sekunden sowie einer antero- und retrograden Amnesie von etwa 45 Minuten sowie einen Status nach mindestens sechs Commotiones cerebrales, eine davon mit Bewusstlosigkeit.

3.1.3 Im Bericht vom 31. Januar 2020 (act. II M15) betreffend Magnetresonanztomographie des Schädels führte Dr. med. I. _____, Facharzt für Radiologie, aus, es hätten sich keine frischen intrakraniellen Blutungen/Blutungsresiduen und keine posttraumatischen Parenchymdefekte gezeigt. Das Hirnparenchym sei unauffällig. Für die Symptomatik (posttraumatische Kopfschmerzen vom Migräne-Typ, zervikozephalisches Syndrom mit muskulärer Komponente, Schwankschwindel und Balancestörung, Visusstörung bei Funktionsstörung der Okulomotorik und Konvergenz und kognitive Beeinträchtigungen) sei keine strukturelle Läsion ursächlich abgrenzbar.

3.1.4 Aus dem Bericht des J. _____ vom 6. Februar 2020 bezüglich Konsultationen vom 29. bis 31. Januar 2020 (act. II M3) geht hervor, aus sportneurologischer Sicht bestehe keine Kontraindikation für eine stufenweise, symptomangepasste Rückkehr in den Sport gemäss Return-to-Sport-Protokoll (RTS-Protokoll; vgl. <www.sihf.ch/media/4924/rtp-ed-24-11-09-hoch.pdf>). Als Eishockey-Profi bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum Abschluss des individuell und symptomangepassten multimodalen Trainingsprogrammes.

Ebenfalls am 6. Februar 2020 (act. II M2) wurde bezüglich der Konsultation vom 4. Februar 2020 über einen positiven Verlauf berichtet. Der Befund

habe sich gegenüber den letzten Tagen erfreulicherweise weiter verbessert, v.a. was die kognitive Belastbarkeit und die Balance (bzgl. die koordinativen Augen-/Kopfbewegungen) betreffe. Im cerebralen MRI hätten sich keine Anhaltspunkte für cerebrale Pathologien ergeben.

Im Bericht vom 12. Februar 2020 (act. II M4) wurde ein gegenüber der Konsultation vom 4. Februar 2020 positiver Verlauf festgehalten. Das Beschwerdebild habe sich deutlich verbessert.

Am 19. Februar 2020 (act. II M6) wurden die regulären Behandlungen entsprechend dem positiven Verlauf am J._____ vorerst abgeschlossen. Betreffend Rückkehr zum Spielen solle der Versicherte gemäss RTS-Protokoll vor der Rückkehr zunächst mit dem Team inklusive Körperkontakt spielen und dann bei positivem Verlauf in das Match-Spiel einsteigen.

3.1.5 In der an Dr. med. H._____ adressierten E-Mail vom 15. Juni 2020 (act. II M35) führte der Mannschaftsarzt Dr. med. K._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, der Beschwerdeführer habe im Spiel vom TT. MM 2020 Ende des zweiten Drittels einen Check erwischt, mit anschliessendem kurzem Liegenbleiben und Unsicherheit auf den Schlittschuhen. Im zweiten Drittel sei er aufgrund der ärztlichen Empfehlung nicht mehr auf dem Eis gewesen. Die medizinische Untersuchung in der Pause sei unauffällig gewesen. Der Beschwerdeführer habe leichte Kopfschmerzen gehabt. Entgegen der ärztlichen Empfehlung sei er im letzten Drittel wieder auf die Spielerbank gegangen und habe auch wieder Einsätze gehabt. Mehr als ein Herumkurven sei nicht zu sehen gewesen.

3.1.6 Im Bericht des J._____ vom 4. August 2020 (act. II M10) wurde festgehalten, gegenüber der letzten Konsultation im Februar 2020 zeigten sich klinisch und fachsportphysiotherapeutisch Verbesserungen in den Bereichen des Gleichgewichts, des Zervikozephalosyndroms sowie der Kopfschmerzen. Konkret zeige der Versicherte noch leichte Defizite der Balance während vestibulären Aufgaben, leicht optokinetische Sensitivität sowie eine leichte Halswirbelsäuleninstabilität. In der neurologischen Untersuchung zeigten sich noch leichte Defizite der Okulomotorik, gegenüber Januar 2020 sei der klinische Befund insgesamt unverändert, einzig habe

nun kein Blickrichtungsnystagmus nach links mehr festgestellt werden können. Der Versicherte bemerke subjektiv keine somatischen Einschränkungen mehr. Ebenso berichte er über ein seit Juni deutlich verbessertes Gedächtnis. Aus sportneurologischer Sicht werde der Versicherte für das Spiel freigegeben.

3.1.7 Dem Bericht der Klinik L._____ vom 11. August 2020 (act. II M14) betreffend die neuropsychologische Untersuchung vom 5. August 2020 ist die Diagnose leichte neuropsychologische Funktionsstörung (ICD-10: F07.2) zu entnehmen. Die neuropsychologische Untersuchung habe zusammenfassend im Vordergrund stehende minimal bis leichte Aufmerksamkeitsdefizite im Sinne einer erhöhten Ablenkbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Mühe bei der schnellen Erfassung von komplexeren Situationen ergeben. Dazu hätten sich leichte Gedächtnisprobleme beim figuralen Langzeitgedächtnis gezeigt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei der Beschwerdeführer im Zuge der laufenden Abklärungen zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Aus neuropsychologischer Sicht seien keine Interventionen erforderlich. Ein schrittweiser Wiedereinstieg und der Einbezug der sportlichen Bezugspersonen wären empfehlenswert, um vorhandene Einschränkungen bei der Belastbarkeit und den Kognitionen zu berücksichtigen und Missverständnissen vorzubeugen.

3.1.8 Im Bericht des Spitals M._____ vom 2. September 2020 (act. II M18) wurde festgehalten, im MRI vom 28. August 2020 (vgl. act. II M17) hätten sich keine Traumafolgen, insbesondere keine Läsionen suspekt auf "Shearing injuries", nachweisen lassen. Die klinisch-neurologische Untersuchung sei unauffällig gewesen. In den bereits durchgeführten Abklärungen mittels MRI und EEG hätten sich zudem altersentsprechende Normalbefunde gezeigt. Es bestehe vorbekannt ein postkommotionelles Syndrom mit aktuell dominierenden subjektiv empfundenen kognitiven Einschränkungen mit Tendenzen zu einer postkommotionellen Depression.

3.1.9 Aus dem Bericht des J._____ vom 26. November 2020 (act. II M19) geht hervor, zusammenfassend müsse nun zirka elf Monate nach der letzten Concussion von einem protrahierten posttraumatischen Verlauf ausgegangen werden. Der Verlauf spreche relativ gegen ein CTE

(chronisch traumatische Enzephalopathie). Aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht sei der Versicherte für das reguläre Spiel freigegeben.

3.1.10 Der Vertrauensarzt Dr. med. N. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 28. Januar 2021 (act. II M21) aus, der Versicherte habe als Eishockeyspieler rezidivierende Schädel-Hirn-Traumen erlitten. Es sei bekannt, dass danach eine Dauerschädigung eintreten könne, so dass eine lange Arbeitsunfähigkeit erfolge bis zur Invalidität als Eishockeyspieler. Es sei die Summe von Ereignissen, welche schlussendlich zur Invalidisierung führe. Die Unfallkausalität sei gegeben. Aufgrund eines Vorzustandes sei nun eine erneute Traumatisierung eingetreten. Es bestehe Teilkausalität. Die Arbeitsunfähigkeit (bis zum 11. Oktober 2020) sei ausgewiesen. Bei nun voller Arbeitsfähigkeit als Eishockeyspieler könne per Ende Januar 2021 der Fallabschluss vorgenommen werden. Der Status quo sine sei erreicht.

3.1.11 Am 23. Februar 2021 (act. II M22) berichteten die Ärzte des J. _____ über anhaltende Beeinträchtigungen im Bereich Koordination, Reaktionsschnelligkeit, Handlungsausführung, Angst und Schmerz. In der Untersuchung hätten nebst den somatischen Beschwerden vor allem die affektiven Beeinträchtigungen im Vordergrund gestanden. Der Versicherte hätte im Gegensatz zu den früheren Untersuchungen introvertierter, nachdenklicher und niedergestimmter gewirkt.

3.1.12 Im Bericht der Klinik L. _____ vom 23. März 2021 (act. II M44) betreffend die neuropsychologische Untersuchung vom 12. März 2021 wurde festgehalten, es sei weiterhin von einer reduzierten Belastbarkeit mit visueller Überforderung, Kopfschmerzen und einem erhöhten Bedürfnis nach Pausen nach längerer Belastung auszugehen. Obwohl die Defizite noch immer als leicht zu bewerten seien, stelle das aktuelle neuropsychologische Profil eine leichte Verschlechterung gegenüber der Untersuchung im August 2020 dar. Der Rückgang der kognitiven Leistungen sei nicht eindeutig einer einzelnen Ursache zuzuordnen und könnte einerseits durch die aktuell deutlichen Auffälligkeiten beim Affekt, zum anderen jedoch möglicherweise durch die Folgen der wiederholten Hirnschädigungen erklärt werden.

3.1.13 Dr. med. F._____ diagnostizierte im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 28. August 2022 (act. II M71) unfallkausal ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma (SHT Grad I) vom TT. MM 2020 bzw. Commotio cerebri (Gehirnerschütterung) mit zeitnah rückläufigem post-commotionellem Syndrom (ICD-10: S06.0) ohne Residualsyndrom (Vollremission [act. II M71/132]). In der neuroradiologischen Verlaufsbildgebung hätten keine primär-traumatischen Hirnschädigungen und auch keine Spätfolgen objektiviert werden können (act. II M71/121). Gegen eine substanzielle Hirnschädigung einschliesslich einer traumatischen Schädigung der zentralen Sinnesorgane und gegen einen Dauerschaden sprächen die fehlenden neurologischen Ausfälle (act. II M71/121 f.). Bereits am 19. Februar 2020 habe der Versicherte sein kognitives Baseline-Niveau erreicht, seien die vestibulo-okulären Funktionen, die vestibulo-spinalen Funktionen (normale dynamische Posturographie), die Erkennungs- und Bewegungssehschärfe, das Hörvermögen (normale Kalorik) und die vegetativen Funktionen normal gewesen, sein Sozialverhalten kooperativ-angepasst und sein sportliches Leistungsverhalten zielgerichtet. Somit sei am 19. Februar 2020 auf neurologischem und auf psychiatrischem Fachgebiet der Status quo ante (Vollremission nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma vom TT. MM 2020) erreicht gewesen (act. II M71/125). Spätestens am 13. September 2020 sei nach Erreichen der Return-to-Sport-Stufe 6 und der Match-/Wettkampffreigabe die volle Arbeitsfähigkeit als professioneller Eishockey-Spieler erreicht gewesen (act. II M71/126). Die Diagnose organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2) sei nicht zu stellen (act. II M71/128 ff.). Weder die klinischen noch die neuroradiologischen Symptomkonstellationen für ein CTE hätten vorgelegen (act. II M71/131). Ein Kausalzusammenhang zwischen dem Schädel-Hirn-Trauma vom TT. MM 2020 und den in der neuropsychologischen Testung vom 12. März 2021 ermittelten unterdurchschnittlichen Testleistungen könne nicht hergeleitet werden. Die Ergebnisse seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch die Einnahme von Venlafaxin in charakteristischer Weise negativ verzerrt worden (act. II M71/136 ff.). Ebenso bestehe zwischen dem Unfall und der am 26. Februar 2021 erstdiagnostizierten "depressiven Verstimmung" mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Kausalzusammenhang (act. II M71/140 ff.).

In der Stellungnahme vom 31. August 2023 (act. II M72) bestätigte die Gutachterin die im Gutachten getätigten Ausführungen. Sie führte aus, gemäss eigenanamnestischen Angaben lasse sich auf eine – die diagnostischen Kriterien erfüllende – vorausgegangene Gehirnerschütterung im Alter von 21 Jahren schliessen. Aufgrund der hohen zeitlichen Latenz stelle dieses selbstbenannte Ereignis keinen Risikofaktor für einen protrahierten Verlauf bzw. für eine Komplikation nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma vom TT. MM 2020 dar. Weder auf der Befund- und Verhaltensebene noch auf der Behandlungsebene sei der objektive Nachweis vorausgegangener Schädel-Hirn-Traumata erbracht worden.

3.2

3.2.1 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).

3.2.2 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 eines 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).

3.2.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Urteil des BGer 8C_383/2011 vom 9. November 2011 E. 4.2).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützte den angefochtenen Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2023 (act. IIA K120) auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. med. F. _____ vom 28. August 2022 (act. II M71) samt deren Stellungnahme vom 31. August 2023 (act. II M72). Diese erfüllen die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2.2 hiavor) und erbringen vollen Beweis. Ihre Feststellung, dass nach dem Schädel-Hirntrauma keine primärtraumatischen Hirnschädigungen und auch keine Spätfolgen hätten objektiviert werden können, stimmt mit den Berichten der behandelnden Ärzte, welche diverse bildgebende Untersuchungen durchführten, überein. Die Gutachterin begründete den Zeitpunkt des Erreichens des Status quo ante (19. Februar 2020) sowie denjenigen des Erreichens der vollen Arbeitsfähigkeit (13. September 2020) als professioneller Eishockey-Spieler gestützt auf die Aktenlage in schlüssiger und widerspruchsfreier Weise. Insbesondere bezog sie dabei auch die Tatsachen mit ein, dass die regulären Behandlungen am J. _____ am 19. Februar 2020 (act. II M6) abgeschlossen wurden und der Beschwerdeführer sich zu diesem Zeitpunkt auf Stufe 4 des RTS-Protokolls befand (Mannschaftstraining ohne Körperkontakt). Von den behandelnden Ärzten wurde empfohlen, zunächst mit dem Team inklusive Körperkontakt zu trainieren (RTS-Stufe 5) und bei positivem

Verlauf in das Match-Spiel einzusteigen. In der Folge erreichte der Beschwerdeführer bereits am TT. MM 2020 die RTS-Stufe 6 (Match) und nahm an diesem Tag wieder am Spielbetrieb teil. Sodann spielte er auch am TT., TT. und TT. MM 2020 bis zum durch die COVID-19-Pandemie verursachten Abbruch der laufenden Meisterschaft (vgl. Beschwerde S. 8). Nach der Wiederaufnahme des Mannschaftstrainings im Sommer 2020 fand am 4. August 2020 eine Standortbestimmung am J. _____ statt. Im diesbezüglichen Bericht (act. II M10) wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer subjektiv keine somatischen Einschränkungen mehr bemerke, was sich mit der klinischen und fachsportphysiotherapeutischen Beurteilung decke. Die vom Beschwerdeführer noch beklagten Beschwerden, insbesondere die Gedächtnisstörungen bzw. Verhaltensauffälligkeiten, konnten von den Ärzten nicht konklusiv dem posttraumatischen Beschwerdebild nach der im MM 2020 erlittenen Hirnerschütterung zugeordnet werden. Von Seiten des J. _____ wurde der Beschwerdeführer aus sportneurologischer Sicht für das Spiel freigegeben. Allerdings sollte die Rückkehr in den Profisport stufenweise und gemäss den Empfehlungen des Teamcoaches/Physiotherapeuten erfolgen. Aus dem Verlaufsbericht des J. _____ vom 18. August 2020 (act. II M13) geht hervor, dass der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt das Eishockeytraining wieder aufgenommen hatte und sich aktuell auf Stufe 4 des RTS-Protokolls befand. Nach dem Erreichen der (höchsten) Return-to-Sport-Stufe 6 und der Match-/Wettkampffreigabe am 13. September 2020 war er sodann – nach einer kurzzeitigen Rückstellung (act. II M16/2) – in der neuen Meisterschaftssaison ab dem TT. MM 2020 bis zum TT. MM 2021 in insgesamt ... Spielen im Einsatz (vgl. Beschwerde S. 8). Was der Beschwerdeführer gegen die Schlüssigkeit der Beurteilung von Dr. med. F. _____ vorträgt, vermag die Beweiskraft der Expertise nicht zu erschüttern.

3.3.1 Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen betreffend den formellen Aufbau des Gutachtens (Beschwerde S. 20 f. Rz. 3.1) zielen ins Leere. Inwiefern das Gutachten formell als unwissenschaftlich erscheinen und den Standards eines wissenschaftlichen Gutachtens nicht genügen soll, ist nicht ersichtlich. Insbesondere ist die Behauptung des Beschwerdeführers, die medizinischen Akten seien nicht "chronologisch oder sonstwie in erkennbarer Form geordnet gewesen", offensichtlich aktenwidrig. Die

(ausführliche) Wiedergabe der medizinischen Akten erfolgte durchwegs in chronologischer Reihenfolge (act. II M71/5 ff.) und damit – im Einklang mit den Begutachtungsleitlinien Versicherungsmedizin vom 1. Juli 2020 Ziff. 5.2 – in keiner Weise unstrukturiert oder "geradezu chaotisch" (Beschwerde S. 21 Rz. 3.2).

3.3.2 Nicht zu beanstanden ist, dass die Gutachterin auf eine Untersuchung des Beschwerdeführers verzichtet und ein Aktengutachten erstellt hat. Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (Beschwerde S. 17 ff. Rz. 2.1 ff.) lag ihrer Beurteilung ein lückenlos dokumentierter Befund zu Grunde (vgl. E. 3.2.3 hiervor). Die Tatsache, dass die erhobenen Befunde von verschiedenen Ärzten unterschiedlich interpretiert werden, betrifft denn auch nicht die Frage der Vollständigkeit der Befunde, sondern deren Würdigung.

3.3.3 Die Kurzbeurteilung von Dr. med. N._____ vom 28. Januar 2021 (act. II M21), welche sich ohne konkrete Bezugnahme auf die Aktenlage in allgemeinen Ausführungen zu Dauerschädigungen nach rezidivierenden Schädel-Hirn-Traumen erschöpft, vermag die Schlüssigkeit des Gutachtens von Dr. med. F._____ nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. Beschwerde S. 18 Rz. 2.2). Diese setzte sich in der Stellungnahme vom 31. August 2023 (act. II M72) ausführlich mit der Beurteilung von Dr. med. N._____ auseinander und legte schlüssig dar, dass für die von ihm postulierten vorausgegangenen Schädel-Hirn-Traumen weder auf der Befund- noch auf der Verhaltensebene ein objektiver Nachweis erbracht worden sei.

3.3.4 Entgegen der Darstellung in der Beschwerde (Beschwerde S. 21 Rz. 3.2.1) erläuterte die Gutachterin schlüssig und nachvollziehbar, weshalb die in den Berichten der Klinik L._____ vom 11. August 2020 (act. II M14) bzw. vom 23. März 2021 (act. II M44) basierend auf den durchgeführten neuropsychologischen Testungen postulierte Diagnose einer "leichten neuropsychologischen Funktionsstörung" bzw. eines organischen Psychosyndroms nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10: F07.2) nicht zu stellen ist. Sie legte ausführlich dar, dass ab dem 25. Januar 2020 weder die in der einschlägigen medizinischen Literatur dargelegten Beobachtungskriterien noch die neuroradiologischen Kriterien für eine substantielle

Hirnschädigung bzw. für ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma erfüllt waren (act. II M71/128). Dabei ist auch zu beachten, dass die Neuropsychologie lediglich eine medizinische Hilfsdisziplin darstellt, indem diese Grundlagen für die neurologische oder psychiatrische Beurteilung schafft und fachärztlich eine entsprechende Ausscheidung und Würdigung vorzunehmen ist. Entsprechend sind neuropsychologische Untersuchungsergebnisse rechtsprechungsgemäss stets im Kontext der übrigen (interdisziplinären) medizinischen Abklärungsergebnisse zu würdigen und beweisrechtlich nur insoweit relevant, als sie sich in das Gesamtergebnis der medizinischen Sachverhaltsabklärung schlüssig einfügen (BGE 119 V 335 E. 2b bb S. 341; vgl. Urteile des BGer 8C_526/2021 vom 10. November 2021 E. 4.2.1 und 9C_299/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4). Dieser Aufgabe kam die Gutachterin in überzeugender Weise nach.

3.3.5 Die Darstellung des Beschwerdeführers, wonach im Bericht der Klink L. _____ vom 23. März 2021 (act. II M44) zumindest eine Teilkausalität zwischen dem Unfall vom TT. MM 2020 und den festgestellten Defiziten bejaht worden sei (Beschwerde S. 22 Rz. 3.2.1), ist aktenwidrig. Im genannten Bericht wurde vom untersuchenden Neuropsychologen vielmehr festgehalten, der Rückgang der kognitiven Leistungen sei nicht eindeutig einer Ursache zuzuordnen und könnte einerseits durch die aktuell deutlichen Auffälligkeiten beim Affekt, zum anderen jedoch *möglicherweise* durch die Folgen der wiederholten Hirnschädigungen erklärt werden (act. II M44/3). Dies genügt für den Nachweis eines Kausalzusammenhanges und die Begründung eines Leistungsanspruches allerdings nicht (vgl. E. 2.3 hiervor).

3.3.6 Was schliesslich die Diagnose einer CTE betrifft, verneinte Dr. med. F. _____ diese in Übereinstimmung mit den Ärzten des J. _____ (act. II M19) überzeugend (act. II M71/131). So führte die Gutachterin aus, es hätten weder die klinischen noch die neuroradiologischen Symptomenkonstellationen für eine CTE vorgelegen. Auch die Hirnstromkurvenaufzeichnung vom 2. September 2020 (act. II M70.1 ff.) habe eine normale Hirnfunktion und die zahlreichen Hirnleistungstests (ohne Medikamenteneinfluss) hätten konstant durchschnittliche Leistungen in den wichtigsten Domänen gezeigt, was ebenfalls gegen einen Hirnabbaupro-

zess gesprochen habe. Entgegen der Darstellung in der Beschwerde (S. 22 Rz. 3.2.2) sprach der behandelnde Arzt Dr. med. H._____ nicht von einer "sich entwickelten" CTE. Vielmehr äusserte er in der E-Mail vom 25. Januar 2021 (act. II M20) seine Überzeugung, dass der Beschwerdeführer eine CTE entwickeln werde, falls er weitere Hirnerschütterungen erleide. Auch der behandelnde Arzt ging damit – wie die Gutachterin und die Ärzte des J._____ – nicht davon aus, dass (aktuell) eine CTE zu diagnostizieren war. Soweit sich der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang auch auf den am TT. MM 2020 erlittenen Check bezieht, ist festzustellen, dass der Mannschaftsarzt Dr. med. K._____ diesbezüglich von einer unauffälligen medizinischen Untersuchung sprach (act. II M35). Weitere spezifische Untersuchungen bzw. medizinische Vorkehren aufgrund dieses Ereignisses sind nicht aktenkundig. Im Bericht des J._____ vom 4. August 2020 (act. II M10), in welchem über klinisch und fachphysiotherapeutisch gezeigte Verbesserungen in den Bereichen des Gleichgewichts, des Zervikozephalosyndroms sowie der Kopfschmerzen gegenüber der letzten Konsultation im Februar 2020 berichtet wurde, blieb das Ereignis unerwähnt. Es stellt damit eine reine Mutmassung dar, dass der Beschwerdeführer am TT. MM 2020 eine weitere Gehirnerschütterung erlitten haben soll (Beschwerde S. 8), was der Beschwerdeführer schliesslich auch einräumt (vgl. Beschwerde S. 13).

3.4 Zusammenfassend ist in Bezug auf die vom Beschwerdeführer über den Zeitpunkt der Leistungseinstellung hinaus geklagten Beschwerden kein unfallbedingtes objektivierbares organisches Korrelat im Sinne der Rechtsprechung ausgewiesen. Wie es sich beim Fehlen organisch objektivierbarer unfallkausaler Befunde mit dem natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom TT. MM 2020 sowie den geklagten Beschwerden verhält, braucht nicht abschliessend beurteilt zu werden (vgl. E. 2.3 in fine hiervor), da es vorliegend an der für die Leistungspflicht im Weiteren vorausgesetzten Adäquanz des Kausalzusammenhangs fehlt (vgl. E. 2.3 hiervor und E. 4 hiernach). Der Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt, weshalb für weitere Abklärungen kein Anlass besteht (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; in BGE 151 III 28 nicht publ. E. 5.2 des Urteils des

BGer 9C_298/2024 vom 14. August 2024; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

3.5 Die Adäquanzbeurteilung hat in dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem von der Fortsetzung der Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (vgl. E. 2.5 hiervor). Gemäss der schlüssigen gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. F. _____ vom 28. August 2022 (act. II M71) samt Stellungnahme vom 31. August 2023 (act. II M72) war der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG spätestens per 13. September 2020 bei voller Arbeitsfähigkeit als professioneller Eishockeyspieler erreicht (act. II M71/131, /143). Dies ist nicht zu beanstanden.

4.

Die Adäquanzprüfung kann nach der für den Beschwerdeführer günstigeren Schleudertraumapraxis – d.h. ohne Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten des Gesundheitsschadens (vgl. E. 2.4.3 hiervor) – durchgeführt werden, da sich dadurch am Ergebnis nichts ändert (vgl. E. 2.4.4 in fine hiervor).

4.1 Der Unfallhergang vom TT. MM 2020 ist in den amtlichen Akten dokumentiert. Der Beschwerdeführer wurde während eines Eishockeyspiels von einem Gegenspieler gegen die Brust gecheckt, dabei kam es zu einem Zusammenstoss der beiden Köpfe, wobei der Beschwerdeführer auf der rechten Kopfseite getroffen wurde. In der Folge stürzte er zu Boden, dabei prallte er zweimal mit dem Kopf auf dem Eis auf. Der Beschwerdeführer erlitt dabei eine Bewusstlosigkeit von zirka 30 Sekunden verbunden mit einer antero- und retrograden Amnesie über mehrere Stunden (act. II M1; andernorts werden 45 Minuten angegeben [act. II M2/4 Anamnese], M30).

Der Unfall ist mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Beschwerdeantwort S. 11 Rz. 34) – gemäss höchstrichterlicher Praxis (ANDRÉ PIERRE NABOLD, Bundesgesetz über die Unfallversicherung UVG, 5. Aufl. 2024, S. 68 f.) als mittelschweres Ereignis im engeren Sinn zu qualifizieren. Auf die entspre-

chenden weiteren Ausführungen mit ausführlicher Darlegung der diesbezüglichen bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann an dieser Stelle verwiesen werden. Die adäquate Unfallkausalität kann demnach nur dann bejaht werden, wenn drei der sieben Adäquanzkriterien erfüllt sind oder eines besonders ausgeprägt vorliegt (vgl. E. 2.4.3 hiavor).

4.1.1 Dem Unfallereignis vom TT. MM 2020 muss bei objektiver Betrachtung eine besondere Eindrücklichkeit abgesprochen werden, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (BGE 140 V 356 E. 5.6.1 S. 366, 134 V 109 E. 10.2.1 S. 127; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 136, 8C_627/2019 E. 5.4.1, 2016 UV Nr. 21 S. 66, 8C_134/2015 E. 5.3.2). Besonders dramatische Begleitumstände sind ebenfalls nicht auszumachen (vgl. E. 4.1 hiavor). Wie auf den im Internet vorhandenen Videobildern ersichtlich ist (vgl. <https://www.20min.ch/...>), war der vom Beschwerdeführer erlittene Check nicht von besonderer Härte, hatte jedoch die unglückliche Folge, dass der Beschwerdeführer danach mit dem Kopf zweimal auf dem Eis aufschlug. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer im Anschluss mit der Ambulanz zur medizinischen Untersuchung ins Spital gefahren wurde (act. II M7, M30 [Eintrag vom TT. MM 2020]), vermag an den fehlenden besonders dramatischen Begleitumständen nichts zu ändern, stellt dies doch ein Standardvorgehen bei einem solchen Unfall dar. Das entsprechende Adäquanzkriterium ist damit nicht erfüllt, geschweige denn in besonders ausgeprägter Weise.

4.1.2 Die Diagnose eines Schleudertraumas (oder einer anderen, adäquanzrechtlich gleich behandelten Verletzung) genügt für sich allein nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere und besonderen Art der erlittenen Verletzung. Es bedarf dazu vielmehr einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können. Diese können beispielsweise in einer beim Unfall eingenommenen besonderen Körperhaltung und den dadurch bewirkten Komplikationen bestehen. Auch erhebliche Verletzungen, welche sich die versicherte Person neben dem Schleudertrauma zugezogen hat, können bedeutsam sein (BGE 134 V 109 E. 10.2.2 S. 127; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 41, 8C_525/2017 E. 8.5).

Der Beschwerdeführer erlitt beim Unfall ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma (SHT Grad I) mit zeitnah rückläufigem postcommotionellem Syndrom (ICD-10: S06.0). Die beklagten Beschwerden (posttraumatische Kopfschmerzen vom Migräne-Typ, zervikozepales Syndrom mit muskulärer Komponente, Schwankschwindel und Balancestörung, Visusstörung bei Funktionsstörung der Okulomotorik und Konvergenz, kognitive Beeinträchtigungen und Fatigue mit erhöhtem Schlafbedarf [act. II M1]) entsprechen den typischen Beschwerden im Rahmen eines leichten Schädel-Hirn-Traumas (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Auflage 2017, S. 351 [Commotio cerebri]). Diese Symptome bildeten sich in der Folge bei positivem Verlauf zurück (act. II M4/2), so dass der Beschwerdeführer bereits am TT. MM 2020 wieder am Spielbetrieb teilnehmen konnte (Beschwerde S. 8). Eine erhebliche Verletzung, so insbesondere ein CTE, war nicht zu diagnostizieren (vgl. E. 3.3.4 hiavor). Das Kriterium der Schwere oder der besonderen Art der erlittenen Verletzung ist damit ebenfalls zu verneinen.

4.1.3 Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, belastenden ärztlichen Behandlung erfordert eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgerichtete ärztliche Behandlung, verbunden mit einer erheblichen zusätzlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität. Medikamentöse und ambulante physiotherapeutische Behandlung, alternativ-medizinische Massnahmen sowie Verlaufskontrollen und Abklärungen sind nicht im Sinne der Rechtsprechung als belastend zu qualifizieren (BGE 134 V 109 E. 10.2.3 S. 128; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 41, 8C_525/2017 S. 45 E. 8.5, 2007 UV Nr. 25 S. 81, U 479/05 E. 8.3.3; Urteil des BGer 8C_327/2008 vom 16. Februar 2009 E. 4.2).

Auch dieses Kriterium ist nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer unterzog sich regelmässigen Verlaufsuntersuchungen am J._____ (act. II M1 ff.). Diese dienten insbesondere dem Festlegen des Procederes betreffend Wiedererlangen der Matchfähigkeit und der Zusammenstellung eines symptom-angepassten multimodalen Trainingsprogramms (RTS-Protokoll; vgl. act. II M4/1). Eine erhebliche zusätzliche Beeinträchtigung der Lebensqualität war damit nicht verbunden. Eigentliche medizinische Behandlungen fanden einzig im Rahmen medikamentöser Behandlung im Zusammenhang mit der Kopfschmerz-Komponente statt (act. II M4/3). Daneben erfolgte

eine fachsportphysiotherapeutische Behandlung (act. II M13) bzw. eine vestibulo-okulomotorische Physiotherapie (act. II M11), welche nicht als belastend zu qualifizieren sind.

4.1.4 Für die Adäquanfrage wesentlich können im Weiteren in der Zeit zwischen Unfall und Fallabschluss ohne wesentlichen Unterbruch bestehende erhebliche Beschwerden sein. Die Erheblichkeit beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4 S. 128; SVR 2017 UV Nr. 9 S. 31, 8C_616/2016 E. 9).

Gewisse Beschwerden und damit verbundene Beeinträchtigungen im Lebensalltag sind einem erlittenen Schädel-Hirn-Trauma immanent. Aufgrund der medizinischen Aktenlage sind diese jedoch nicht als erheblich zu beurteilen. So wurde vom J._____ bereits zwölf Tage nach dem Unfallereignis über einen positiven Verlauf berichtet. Der Beschwerdeführer habe das mit ihm zusammengestellte leichte aerobe Training über die letzten Tage regelmässig durchgeführt und gut vertragen. In der ärztlichen und sportphysiotherapeutischen Verlaufskontrolle habe sich der Befund gegenüber den letzten Tagen weiter verbessert (act. II M2/2). Im Bericht des J._____ vom 12. Februar 2020 (act. II M4) wurde sodann festgehalten, dass der Beschwerdeführer im Intervall-Ausdauertraining auf dem Fahrradergometer die Belastung steigern konnte und dadurch nur noch leichte Kopfschmerzen bemerkt habe, das Krafttraining habe er ohne Symptome durchführen können.

4.1.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ist nicht aktenkundig und wird auch nicht geltend gemacht.

4.1.6 Die beiden Teilaspekte des Kriteriums des schwierigen Heilungsverlaufs und der erheblichen Komplikationen müssen nicht kumulativ erfüllt sein (SVR 2012 UV Nr. 2 S. 3, 8C_100/2012 E. 3.5.5). Eine Komplikation ist ein Umstand, der den durchschnittlichen Heilungsprozess eines unfallbedingten Gesundheitsschadens ungünstig beeinflusst und muss als solcher selber nicht auf den Unfall zurückzuführen sein (SVR 2018 UV Nr. 3

S. 9, 8C_147/2017 E. 5.3). Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; SVR 2019 UV Nr. 11 S. 41, 8C_525/2017 E. 8.5, 2007 UV Nr. 25 S. 81, U 479/05 E. 8.5). Nicht darunter fallen etwa die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien wie auch die Tatsache, dass trotz regelmässiger Therapien weder eine Beschwerdefreiheit noch eine (vollständige) Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erreicht werden konnten (SVR 2010 UV Nr. 10 S. 40, 8C_626/2009 E. 4.3).

Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise auf einen schwierigen Heilungsverlauf, vielmehr berichtete das J._____ am 6. (act. II M2), 12. (act. II M4) und 14. Februar 2020 (act. II M5) jeweils über einen positiven Verlauf bzw. eine deutliche Verbesserung des Beschwerdebilds. Am 19. Februar 2020 wurden sodann die regulären Behandlungen entsprechend dem positiven Verlauf am J._____ vorerst abgeschlossen (act. II M6). Erhebliche Komplikationen, welche einen ungünstigen Einfluss auf die Heilbehandlung gehabt hätten, sind nicht ersichtlich. Der im Rahmen der Konsultation im J._____ vom 12. Februar 2020 neu gezeigte benigne paroxysmale Lagerungsschwindel (act. II M4/2) konnte gleichentags durch eine dreimalige Lagerung auf einem Drehstuhl erfolgreich behandelt werden (act. II M5/2).

4.1.7 Bezüglich erheblicher Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen gilt das Folgende: Anstrengungen der versicherten Person können sich insbesondere in ernsthaften Arbeitsversuchen trotz allfälliger persönlicher Unannehmlichkeiten manifestieren. Dabei ist auch der persönliche Einsatz im Rahmen von medizinischen Therapiemassnahmen zu berücksichtigen. Sodann können Bemühungen um alternative, der gesundheitlichen Einschränkung besser Rechnung tragende Tätigkeiten ins Gewicht fallen. Nur wer in der Zeit bis zum Fallabschluss in erheblichem Masse arbeitsunfähig ist und solche Anstrengungen auszuweisen vermag, kann das Kriterium erfüllen (BGE 134 V 109 E. 10.2.7 S. 130; SVR 2009 UV Nr. 13 S. 52, 8C_590/2007 E. 7.7.1).

Dieses Kriterium kann als erfüllt erachtet werden. Der Beschwerdeführer war nach dem Unfall vom TT. MM 2020 bis zum Zeitpunkt des Fallabschlusses am 19. Februar 2020 zu 100 % arbeitsunfähig. Mit Blick auf die nur rund einmonatige Arbeitsunfähigkeit bis zur Wiederaufnahme des wett-kampfmässigen Spiels ist das Kriterium jedoch nicht als besonders ausgeprägt zu qualifizieren.

4.2 Demnach ist höchstens das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (in der einfachen Form) erfüllt, womit der adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom TT. MM 2020 und den über den 19. Februar 2020 hinaus geklagten Beschwerden zu verneinen ist.

5.

Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss korrekterweise per 19. Februar 2020 vorgenommen und die vorübergehenden Leistungen auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 11. Dezember 2023 (act. IIA K120) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

6.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. f^{bis} ATSG (Umkehrschluss; vgl. auch BBI 2018 1639) sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Rechtsanwälte C. _____ und D. _____ z.H. der Beschwerdegegnerin
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

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.