

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 8. Juli 2026

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichterin Frey
Gerichtsschreiber Lüthi

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

AXA Versicherungen AG
General Guisan-Strasse 40, Postfach 357, 8401 Winterthur
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 5. August 2025 (UVG
13.710.023.2388)



Sachverhalt:

A.

Der 1983 geborene A._____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine Arbeitgeberin bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nicht-berufsunfällen versichert. Gemäss Schadenmeldung vom 16. November 2023 habe der Versicherte am 12. November 2023 ein Eishockeyspiel absolviert. Er sei in einem Zweikampf um den Puck gewesen, als ein weiterer Gegenspieler ihm von hinten in den Rücken gefahren sei, wodurch er kopfüber in die Bande gestürzt sei (Akten der AXA [act. II] A1). Die AXA kam für die Heilbehandlung und das Taggeld auf. Mit Verfügung vom 9. April 2024 (act. II A36) stellte die AXA gestützt auf eine Beurteilung ihres medizinischen Dienstes vom 27. März 2024 (act. II M15) die Leistungen rückwirkend per 31. März 2024 mangels natürlicher und adäquater Kausalität ein. Auf Einsprache des Versicherten hin (act. II A43, A50) und nach erneuter Einholung einer Beurteilung des medizinischen Dienstes vom 20. Juli 2025 (act. II M27) hielt die AXA mit Entscheid vom 5. August 2025 (act. II A93) daran fest.

B.

Mit Eingabe vom 5. September 2025 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 5. August 2025 sei aufzuheben.
2. AXA Versicherungen AG sei zu verurteilen, A._____ die gesetzlichen Leistungen nach UVG für die Folgen des Ereignisses bis wann rechtens, insbesondere aber über den 31. März 2024 hinausgehend, auszurichten.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit mit der Anordnung an AXA Versicherungen AG zurückzuweisen, weitere Sachverhaltsabklärungen und insbesondere auch ein verwaltungsexternes medizinisches Gutachten unter Einbezug der notwendigen medizinischen Fachrichtungen einzuholen und über die Leistungspflicht nach UVG zu entscheiden.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Beschwerdeantwort vom 4. November 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 26. November 2026 edierte der Instruktionsrichter die Akten der Invalidenversicherung (IV) und verlangte von der Beschwerdegegnerin und vom Beschwerdeführer die Zustellung von fehlenden bzw. in Aussicht gestellten medizinischen Unterlagen.

Dem Verwaltungsgericht kamen am 28. November 2025 die Akten der IV (act. III), am 4. Dezember 2025 die einverlangten medizinischen Unterlagen der Beschwerdegegnerin (Akten [act. IIA]) und am 23. Dezember 2025 diejenigen des Beschwerdeführers (Akten [act. I]) zu.

Mit Schlussbemerkungen vom 20. Januar 2026 beinhaltend eine medizinische Aktenbeurteilung vom 16. Januar 2026 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIB] M34) hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Standpunkten fest. Diese wurden dem Beschwerdeführer zur Berücksichtigung in dessen Schlussbemerkungen zugestellt (vgl. prozessleitende Verfügung vom 22. Januar 2026).

Mit Schlussbemerkungen (bezeichnet als "Replik") vom 30. Januar 2026 hielt der Beschwerdeführer ebenfalls an seinen Standpunkten fest. Diese wurden am 2. Februar 2026 der Beschwerdegegnerin zugestellt.

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 Staats-

anwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 5. August 2025 (act. II A93). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung betreffend das Ereignis vom 12. November 2023 über den 31. März 2024 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 Abs. 1 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 (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358, 147 V 161 E. 3.1 S. 162, 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2 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).

2.3

2.3.1 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 entfielen ("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).

2.3.2 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 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 Gesundheitsschäden 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).

2.5 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).

2.5.1 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 2025 UV Nr. 12 S. 38, 8C_558/2023 E. 3.1, 2020 UV Nr. 34 S. 136, 8C_627/2019 E. 3.2).

2.5.2 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 2025 UV Nr. 12 S. 38, 8C_558/2023 E. 3.2, 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. Erreicht ein allfälliges Schädelhirntrauma höchstens den Schweregrad einer Commotio 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).

2.5.3 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 74, 8C_96/2017 E. 4.2, 2011 UV Nr. 10 S. 35, 8C_584/2010 E. 4.2.2).

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

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

Bei Unfällen aus dem mittleren Bereich lässt sich die Frage, ob zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit ein adäquater Kausal-

zusammenhang besteht, nicht aufgrund des Unfalles allein schlüssig beantworten. Das Bundesgericht hat daher festgestellt, dass weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall im Zusammenhang stehen oder als direkte bzw. indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen sind. Als wichtigste Kriterien sind zu nennen (BGE 129 V 177 E. 4.1 S. 183, 115 V 133 E. 6c aa S. 140):

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

Der Einbezug sämtlicher objektiver Kriterien in die Gesamtwürdigung ist jedoch nicht in jedem Fall erforderlich. Je nach den konkreten Umständen kann für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen Unfall und psychisch bedingter Erwerbsunfähigkeit neben dem Unfall allenfalls ein einziges Kriterium genügen. Dies trifft einerseits dann zu, wenn es sich um einen Unfall handelt, welcher zu den schwereren Fällen im mittleren Bereich zu zählen ist oder sogar als Grenzfall zu einem schweren Unfall zu qualifizieren ist. Sowohl einem mittelschweren wie auch einem im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegenden Ereignis kommt nur dann im Sinne adäquater Kausalität massgebende Bedeutung für die aktuelle Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu, wenn ein einzelnes der unfallbezogenen Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt ist oder aber diese in gehäufte oder auffallende Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 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 2018 UV Nr. 29 S. 100, 8C_860/2015 E. 4.2.2). Diese Würdigung des Unfalles zusammen mit den objektiven Kriterien führt zur Bejahung oder Verneinung der Adäquanz (BGE 117 V 359 E. 6b S. 367, 115 V 133 E. 6c bb S. 140; vgl. RKUV 1997 U 272 S. 174 E. 4b).

2.5.4 Die Prüfung der Adäquanz ist bei Anwendung der Praxis zu den psychischen Unfallfolgen in jenem Zeitpunkt vorzunehmen, in dem von der Fortsetzung der auf die somatischen Leiden gerichteten ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_102/2021 vom 26. März 2021 E. 6.1).

2.6 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Es ist unbestritten und steht fest, dass das Ereignis vom 12. November 2023, bei dem dem Beschwerdeführer während einem Zweikampf im Rahmen eines Eishockeyspiels ein weiterer Gegenspieler von hinten in den Rücken fuhr und er deswegen kopfüber in die Bande stürzte (act. II A1), einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt (vgl. E. 2.2 hiavor). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch vorübergehende Leistungen erbracht. Umstritten ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungen zu Recht per 31. März 2024 mangels Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 12. November 2023 sowie den geklagten Beschwerden einstellte und dabei insbesondere die adäquate Kausalität nach der Rechtsprechung für Unfälle mit psychischen Folgeschäden beurteilte (act. II A93 S. 9; Beschwerde S. 3 ff.; Replik S. 1).

3.2 Aus den medizinischen Unterlagen ergibt sich – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende:

3.2.1 Im Rahmen der Erstkonsultation vom 15. November 2023 erwähnte Dr. med. C._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, der Beschwerdeführer habe beim Eishockey am 12. November 2023 unerwartet eine "Check" durch einen Gegenspieler mit hochparietalem Kopf gegen die Bande erlitten. Er habe noch zwei Einsätze gemacht, aber sich nicht wohl gefühlt und Kribbelparästhesien in beiden Fingern gespürt. Er habe "Sturm gehabt". Seither habe er Ruhe gehalten und die Kopfschmerzen hätten zugenommen. Im Arm rechts verspüre er "Chramüselen", im Kopf einen starken Druck und Erinnerungsstörungen für das Kurzzeitgedächtnis. Es bestehe keine Amnesie für das Ereignis. Er habe Mühe mit der Konzentration in Gesprächen, sei lichtscheu und lärmempfindlich. Er sei bereits vorbestehend in der PT (Physiotherapie) betr. Nackenhypertonus (act. II M3 S. 1).

3.2.2 Das am 15. November 2023 durchgeführte CT Schädel nativ wurde wie folgt beurteilt: "Kein Nachweis einer intrakraniellen Hämorrhagie. Kein Nachweis einer Fraktur des Neuro- und teilabgebildeten Viszerokranium" (act. II M6).

3.2.3 Im Bericht der D._____ vom 28. November 2023 diagnostizierte PD Dr. med. E._____, Fachärztin für Neurologie, persistierende posttraumatische Symptome nach Schädelhirntrauma, den Verdacht auf HWS Beschleunigungstrauma und Commotio/Contusio labyrinthi am 12. November (2023) im Rahmen eines Eishockeymatches (act. II M9 S. 1). Es bestehe keine Kontraindikation gegen eine kontrollierte stufenweise und symptomadaptierte Wiederaufnahme der körperlichen Belastung zunächst im aeroben Bereich. Aufgrund der starken Einschränkungen in der aktuellen Situation erscheine eine multimodale Neurorehabilitation indiziert (act. II M9 S. 6).

Am 29. November 2023 berichtete PD Dr. med. E._____, der Beschwerdeführer habe sich von den Untersuchungen am Vortag erholt und wünsche die Komplettierung der Abklärungen als Ausgangslage für weitere Schritte. Dies vor allem aufgrund der starken Symptome und der hohen

Arbeitsunfähigkeit. Die VEMP (vestibulär evozierte myogene Potenziale) hätten einen auffälligen Befund ergeben mit Utrikulusausfall links und signifikanter Asymmetrie-Ratio von 100 % zuungunsten von Utriculus links (Norm: < 30 %). Die Videokulographie zeige vereinzelt "microsquare wave jerks", Fehlerraten bei Prosakkaden von 8 % und bei Antisakkaden von 38 % als Hinweis für verminderte visuelle Aufmerksamkeit; ein lageabhängiger Nystagmus sei nicht abschliessend beurteilbar. Die Untersuchung habe aufgrund starker Zunahme der Kopfschmerzen und Nausea abgebrochen werden müssen. Der Video-Kopfimpulstest, der Dynamic visual acuity (DVA)-Test und cVEMP seien nicht durchgeführt worden aufgrund der Symptome (act. II M10 S. 2). Die dynamische Posturographie habe eine starke Beeinträchtigung des Einbein- und Tandemstands bei geschlossenen Augen gezeigt. Das Lagerungsmanöver (unter Vestibulookulographie/Balcare) Hallpike habe nach links und rechts beim Abliegen einen Schwankschwindel, beim Aufkommen einen Drehschwindel und starke Nausea sowie drückende Schmerzen occipital gezeigt. Aufgrund der starken Symptome sei auf Wunsch des Beschwerdeführers gleichentags kein Repositionsmanöver durchgeführt worden (act. II M10 S 3).

3.2.4 Die am 30. November 2023 durchgeführten MR HWS nativ, Schädel nativ und mit Kontrastmittel, MR Angiografie und MR Dissektion wurden wie folgt beurteilt: "Keine intrakranielle Blutung. Keine etablierten hämorrhagischen Shearing-Injuries. Kein Anhalt für eine Trauma-assoziierte Pathologie der hirnersorgenden Anteile. Keine Myelopathie" (act. II M5 S 2).

3.2.5 Im "ersten Arztzeugnis UVG" vom 3. Dezember 2023 stellte Dr. med. C. _____ unter Hinweis auf die Erstbehandlung vom 15. November 2023 als vorläufige Diagnosen eine Concussion und eine Distorsion der HWS. Neben der Concussion(Kopf+HWS)-Symptome beständen keine zusätzlichen Auffälligkeiten. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 15. November 2023 bis voraussichtlich 20. Dezember 2023 (act. II M1).

Im "Fragebogen Kopfverletzungen UVG" vom 7. Dezember 2023 berichtete Dr. med. C. _____ über Zeichen von Concussion (Neurologie) und schmerzhafter Schädelkompression von lateral her. Es hätten ein GCS

(Glasgow Coma Scale) Wert von 15, eine Erinnerungsstörung Kurzzeitgedächtnis und keine Amnesie für das Ereignis bestanden (act. II M4).

3.2.6 Im Verlaufsbericht der D. _____ vom 19. Dezember 2023 erwähnte PD Dr. med. E. _____, seit dem Kopfschmerzmanagement gehe es in Bezug auf den Schmerz besser (act. II M11 S. 2). Die Arbeitsfähigkeit von 10 % würde der Beschwerdeführer gut schaffen. Er sei auch motiviert, im Januar die Arbeitstätigkeit zu erhöhen (act. II M11 S. 3).

Am 15. Januar 2024 (act. II M25) berichtete PD Dr. med. E. _____, die belastungsabhängigen Kopfschmerzen seien besser (in Bezug auf Häufigkeit und Intensität, weiterhin jedoch kein kopfschmerzfreier Tag). Auch durch die Einnahme von Ibuprofen hätten die Kopfschmerzspitzen gut coupiert werden können. Die Nausea habe sich hingegen verbessert, an einem Tag sei er sogar Nausea-frei gewesen (act. II M25 S. 2). Die Arbeitsfähigkeit von 90 bis 120 min. habe der Beschwerdeführer gut geschafft unter Einplanung von Pausen (3 Blöcke), an 5 Tagen (act. II M25 S. 3).

Am 5. Februar 2024 berichtete PD Dr. med. E. _____, die belastungsabhängigen Kopfschmerzen hätten sich weiter verbessert (Häufigkeit und Intensität, weiterhin jedoch kein kopfschmerzfreier Tag, aber kopfschmerzfreie Phasen, vor allem am Morgen). Auch die Nausea habe sich verbessert. Der Schwindel habe sich weiter verbessert, insgesamt bestehe noch an zwei Tagen pro Woche, vor allem bei schnellen Bewegungen oder Ähnlichem, Schwindel (act. II M26 S. 3). Die Arbeitsfähigkeit von 150 min. pro Tag würde der Beschwerdeführer gut schaffen unter Einplanung von Pausen an fünf Tagen. An einigen Tagen habe er wegen der geplanten Termine bis 4 Stunden gearbeitet, dabei habe er eine verminderte Leistung beobachtet (act. II M26 S. 4).

3.2.7 Im Kostengutsprachege such der D. _____ vom 5. Februar 2024 zu Händen des Unfallversicherers für eine multimodale Therapie und Training diagnostizierte PD Dr. med. E. _____ wiederum persistierende posttraumatische Symptome nach Schädelhirntrauma, den Verdacht auf HWS Beschleunigungstrauma und Commotio/Contusio labyrinthi am 12. November (2023; act. II M13 S. 1). Es bestehe eine hochgradige Ar-

beitsunfähigkeit von 90 % seit dem Trauma mit Versuch der Steigerung je nach Einschränkungen (act. II M13 S. 2).

3.2.8 Im Verlaufsbericht der D. _____ vom 18. März 2024 erwähnte PD Dr. med. E. _____, die Kopfschmerzen seien wieder angestiegen seit der Erhöhung der Arbeitsfähigkeit (auf durchschnittlich 4-5 Stunden/Tag, verteilt auf 3-4 Blöcke/Tag). Auch der Schlafbedarf sei erhöht im Sinne von vermehrten "Nickerchen" am Tag (act. II M16 S. 2). Es bestehe eine Okulomotorik mit repetitiver Wiederholung, rascher Ermüdung und koordinativen Einschränkungen. Das Bewegungsausmass der HWS nach rechts 1-2/3 sei reduziert (act. II M16 S. 3).

3.2.9 In der Aktenbeurteilung vom 27. März 2024 führte Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, aus, zusammenfassend habe der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 12. November 2023 möglicherweise eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten, aber sicher keine strukturelle Verletzung des Hirns. Auch ohne Hirnverletzung und ohne objektivierbare strukturelle Schädigung des Körpers sei nach einem solchen Unfall mit insbesondere Anschlagen des Kopfes plausibel, dass einige Zeit, d.h. einige Tage bis höchstens wenige Wochen, Beschwerden wie beispielsweise Kopfschmerzen beständen (act. II M15 S. 6). Die längere Zeit, insbesondere die mehr als einige Monate anhaltenden Beschwerden könnten aber nicht durch organische Unfallfolgen erklärt werden, da solche hätten ausgeschlossen werden können. Die geklagten Beschwerden/objektiven Befunde ständen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem natürlichem Kausalzusammenhang zum gemeldeten Ereignis. Der Unfall habe nicht zu einer strukturellen Schädigung des Nervensystems oder der HWS geführt. Die anhaltenden Symptome könnten nicht durch organische Unfallfolgen erklärt werden. Dokumentiert sei, dass die Beweglichkeit der HWS eingeschränkt gewesen sei, der Beschwerdeführer aber schmerzfrei habe Eishockey spielen können. Dokumentiert sei ferner eine Therapiebedürftigkeit von HWS-Beschwerden, aber es bleibe unklar, wie aktuell dies zum Unfallzeitpunkt gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe darauf hingewiesen, dass frühere Kopfverletzungen "gewisse Spuren" hinterlassen hätten, Genaueres sei aber nicht dokumentiert (act. II M15 S. 7).

3.2.10 In der Stellungnahme der D._____ vom 9. April 2024 hielt PD Dr. med. E._____ fest, bereits unmittelbar nach dem Trauma hätten multiple Symptome bestanden, die unterschiedliche Bereiche/Systeme betroffen hätten. Gemäss den aktuellen Bewertungskriterien seien die Diagnosekriterien für ein leichtes Schädelhirntrauma erfüllt. Dass Symptome erst mit zeitlicher Verzögerung auftreten könnten, sei in der Literatur beschrieben und durch den zweizeitigen Verlauf erklärt. Auch hier sei verwunderlich, wieso dies der Vertrauensarzt nicht berücksichtigt habe (act. II M19 S. 1). Der indirekte Vorwurf der "Überdiagnostik" und der "fehlenden Zweckmässigkeit" der Untersuchungen werde zurückgewiesen. Die apparativ gestützten Untersuchungen hätten Hinweise für eine Contusio labyrinthi/peripher vestibuläre Unterfunktion gezeigt. Bei der Bewertung der objektivierten Utrikulusfunktionsstörung habe der Vertrauensarzt übersehen, dass sich die Utrikulusfunktion im Verlauf wieder normalisiert habe (act. II M19 S. 2). Bei einem vorbestehenden Befund wäre die Normalisierung des Befundes im Verlauf nicht zu erwarten gewesen. Auch habe er übersehen, dass ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel auch ohne Nystagmus vorliegen könne (act. II M19 S. 4). Auch werde der Vorwurf der "Ignoranz" von Hinweisen anderer unfallfremder Faktoren abgewiesen. Wie den Berichten zu entnehmen sei, hätten vor dem Unfall keinerlei Hinweise auf ein Schlafapnoe-Syndrom, für eine depressive oder Angststörung bestanden, weswegen sämtliche Symptome dem Unfall zugeordnet worden seien und zunächst auf die Objektivierung der somatischen Befunde gezielt worden sei. Aufgrund der bekannten positiven Effekte nicht-medikamentöser verhaltenstherapeutischer Massnahmen sei eine psychosomatische Mitbeurteilung eingeleitet worden. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sei fachärztlich durch Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (ICD-10 F43.1), am 4. Juli 2024 bestätigt worden (act. II M19 S. 5).

3.2.11 Im Verlaufsbericht der D._____ vom 8. Juli 2024 stellte PD Dr. med. E._____ aktuell deutlich verbesserte Befunde (vestibulär, visuell, Schlaf, Schmerz), residuell Hinweise für visuell induzierten Schwindel und eine verminderte kognitive Belastbarkeit fest (act. II M23 S. 2). Es gehe besser. Der Beschwerdeführer habe weitere Fortschritte beobachtet. Er habe die Arbeitsfähigkeit weiter erhöhen können, zunächst auf sechs Stun-

den pro Tag und versucht Pausenzeiten zu reduzieren (act. II M23 S. 3). Er befinde sich aktuell in einem Arbeitsversuch von 100 % mit jedoch Zunahme der Häufigkeit und Intensität der Kopfschmerzen (act. II M23 S. 4 f.).

3.2.12 Im Bericht vom 23. September 2024 erwähnte Dr. med. C._____, seit einiger Zeit seien die Symptome etwas schwächer geworden; aus diesem Grund habe auch mit der Reduktion der Medikation seit August 2024 gestartet werden können (act. II M20 S. 1). Die körperliche und geistige Belastung sei geringer als vor dem Unfall. Es beeinflussten unfallfremde Faktoren das Beschwerdebild. Aktuell habe die Arbeitsunfähigkeit von 20 % wieder auf 50 % erhöht werden müssen, da die mit 20 % bestehende Arbeitslast zu einer deutlichen Wiederzunahme der Beschwerden geführt habe (act. II M20 S. 2).

3.2.13 Im Bericht des Spitals H._____ vom 6. November 2024 wurden persistierende posttraumatische Symptome nach Schädelhirntrauma am 12. November 2023 diagnostiziert (act. II M24 S. 1). Bei der Ohrmikroskopie hätten sich beidseits ein absoluter Normalbefund mit reizlosem und intaktem Trommelfell und beidseits unauffälligen Gehörgängen gezeigt. Die Inspektion von Mundhöhle und -rachen habe einen unauffälligen Befund ergeben. Die Inspektion der Nase sei regelrecht. Die Reintonaudiometrie habe einen Normalbefund zwischen 125 und 6'000 Hz ergeben. Bei 8 kHz habe sich ein Hörverlust von 30 dB links bzw. 50 dB rechts ergeben. Im Bereich zwischen 30 und 50 dB bewege sich der Hörverlust im Ultrahochfrequenzbereich. Deutlich erniedrigt habe sich die Unbehaglichkeitsschwelle gezeigt. Der Tinnitus-Functional-Index habe einen Scorewert von 73 von maximal möglichen 100 Punkten ergeben, was einem Schweregrad 4 (schwer) entspreche. Der Geräuscheüberempfindlichkeitsfragebogen habe einen Scorewert von 23 von maximal möglichen 45 Punkten ergeben. Dieser Wert werde in den Bereich einer schweren Beeinträchtigung (Grad 3) eingeordnet (act. II M24 S. 2).

3.2.14 Im Bericht der Klinik I._____ vom 20. November 2024 diagnostizierte Dr. med. G._____ eine PTBS (ICD-10 F43.1). Aktuell (bei Eintritt; 19. Februar 2024; act. II M22 S. 2 Ziff. 6) sei der Beschwerdeführer zu 70 % krankgeschrieben (act. II M22 S. 1). Auf psychiatrischer Ebene seien die posttraumatischen Symptome inkl. Schreckhaftigkeit und die damit ver-

bundenen Ängste deutlich regredient. Aufgrund der erneuten Verschlechterung des Zustandsbilds mit vor allem Kopfschmerzen, Schwindel und erhöhter Ermüdbarkeit im September (2024) nach kurzfristiger Erhöhung der Arbeitsfähigkeit leide der Beschwerdeführer jedoch aktuell an vermehrten Sorgen und Ängsten bezüglich der Zukunft sowie innerer Unruhe und Gedächtnisproblemen (act. II M22 S. 2).

3.2.15 Im Bericht der D._____ vom 28. November 2024 (eingereicht mit Beschwerde) zur neuropsychologischen Untersuchung vom 13. November 2024 diagnostizierte J._____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, persistierende posttraumatische Symptome nach Schädelhirntrauma, Verdacht auf HWS Beschleunigungstrauma und Commotio/Contusio labyrinthi am 12. November 2023 (act. I 6 S. 1). Die testpsychologische Untersuchung zeige in allen untersuchten attentionalen, mnestischen und exekutiven Funktionen ein normgerechtes bis überdurchschnittliches Leistungsprofil. Es zeigten sich keine Auffälligkeiten im Bereich der visuellen Wahrnehmung, visuo-konstruktiven Fähigkeiten und Praxien. Es zeige sich lediglich ein leichter Leistungsabfall für verbale komplexere Inhalte (Textgedächtnis, Inferenz AVLGT) im Vergleich zu überdurchschnittlichen visuellen Gedächtnisleistungen. Testpsychologisch zeigten sich über die rund zweistündige Testung stabile Leistungen ohne Anzeichen einer kognitiven Ermüdung. Subjektiv gebe der Beschwerdeführer nach der Testung erhöhte Kopfschmerzen, Müdigkeit und Symptombelastung an. Nach FREI ET AL. (2016) entsprächen die Ergebnisse einer leichten neuropsychologischen Störung. Die Funktionsfähigkeit sei im privaten Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen nicht vermindert (act. I 6 S. 2). Die eingeschränkte kognitive Belastbarkeit lasse sich am ehesten als psychosomatische Symptomatik im Rahmen eines postkommotionellen Syndroms erklären (act. I 6 S. 3).

3.2.16 Im Kostengutsprachege such der D._____ vom 13. Mai 2025 (eingereicht mit Beschwerde) zuhanden der IV für eine multimodale Therapie und Training nannte PD Dr. med. E._____ als Diagnosen ein Schädelhirntrauma (ICD-10 S06.9), einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz (ICD-10 G44.3), sonstige Störungen des binokularen Sehens (ICD-10 H81.8 und H53.3) und Schwindel (ICD-10 R42; act. I 10).

3.2.17 Im versicherungsmedizinischen Bericht vom 20. Juli 2025 führte Dr. med. F. _____ aus, die Diagnosekriterien nach SILVERBERG ET AL. seien beim Beschwerdeführer erfüllt. Es sei deshalb mit PD Dr. med. E. _____ vertretbar, die Diagnose einer leichten traumatischen Hirnverletzung zu stellen. Die Einschätzung in der Stellungnahme vom 27. März 2024 werde dadurch aber nicht falsifiziert. Wie die Autoren der zitierten Arbeit angäben, existierten verschiedene Definitionen einer leichten traumatischen Hirnverletzung, und ihre neue Definition könne nicht als einzig wahre oder allgemein anerkannte Definition angesehen werden. Die Beweisschwierigkeit bleibe bestehen, dass das Auftreten von "post-commotionellen" Symptomen ohne initiale Kardinalsymptome (wie Bewusstlosigkeit, Erinnerungslücken) weniger zuverlässig eine stattgehabte leichte traumatische Hirnverletzung anzeigten. Ebenfalls keine Änderung ergebe sich in der Feststellung, dass das Ereignis nicht zu einer strukturellen Hirnschädigung geführt habe (act. II M27 S. 3). Die von PD Dr. med. E. _____ durchgeführte elektrophysiologische Untersuchung der oVEMP vom 29. November 2023 zeige überwiegend wahrscheinlich nicht eine Unterfunktion des linken Utriculus. Vielmehr sei die Untersuchung nicht verwertbar, weil – wie dokumentiert – die zwingend erforderliche Kooperationsfähigkeit des Beschwerdeführers während der Untersuchung nicht gegeben gewesen sei. PD Dr. med. E. _____ habe diesen in der Literatur als typisch beschriebenen "Fallstrick" übersehen und so eine fehlende Amplitude als pathologisch überinterpretiert. Das korrekte Vorgehen wäre gewesen, den einseitigen "Ausfall" der oVEMP zurückhaltend zu interpretieren und die gesamte Befundlage zu berücksichtigen. So hätte insbesondere bemerkt werden müssen, dass das Fehlen eines Spontannystagmus und die normale subjektive visuelle Vertikale gegen den von ihr postulierten Utrikulus-Ausfall gesprochen hätten (act. II M27 S. 5). Übrigens zeige sich das gleiche Phänomen der über die Untersuchung abnehmenden Amplitude auch bei der Verlaufsuntersuchung vom 2. April 2024. Eine objektive Dokumentation einer peripher vestibulären Unterfunktion liege somit nicht vor. Der Einwand, vor dem Unfall hätten keinerlei Hinweise für eine Schlafapnoe-Syndrom, auch keinerlei Hinweise für eine depressive oder Angststörung bestanden, ziele am Problem vorbei. Der Umstand, dass gewisse Symptome zeitlich nach dem Unfall aufgetreten seien, bedeute nicht, dass es sich um organische Unfallfolgen handle (act. II M27

S. 6). Die Diagnose einer PTBS könne vom unterzeichneten beratenden Neurologen fachlich nicht überprüft werden. Durchaus könne jedoch darauf hingewiesen werden, dass nach ICD-10 zwingende Voraussetzung für diese Diagnose sei, dass ein Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass aufgetreten sei, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Dieser nach objektivem Massstab bewertete Schweregrad des auslösenden Ereignisses sei offensichtlich hier nicht gegeben. Der relevante Punkt sei aber sowieso ein anderer: Fachärztlich psychiatrisch sei lediglich eine reaktive psychische Störung diagnostiziert worden, nicht jedoch eine organisch begründete psychische Störung. Die Frage, zu welchem Zeitpunkt der Beschwerdeführer ohne die nicht-organischen Symptome und Einschränkungen vollständig erholt gewesen wäre, könne nur medizinisch-theoretisch beantwortet werden. Angesichts des üblichen Verlaufs nach einer Verletzung, wie sie der Beschwerdeführer erlitten habe, seien die organischen Unfallfolgen mit Auswirkung auf die Funktion spätestens einen Monat nach dem Ereignis vollständig abgeklungen gewesen, auch wenn nicht einschränkende subjektive Symptome allenfalls noch länger hätten bestehen können. Da nach ungefähr Anfang 2024 keine organischen Unfallfolgen mehr bestanden hätten, sei nach diesem Zeitpunkt keine entsprechende Behandlung mehr erforderlich gewesen. Aus der ORL-Abklärung (Oto-Rhino-Laryngologie; im Spital H._____) lasse sich zumindest kein unfallbedingter organischer Befund entnehmen. Festgestellt werde eine Hörminderung in sehr hohen Frequenzen (8000 Hz und darüber). Nach CPT-AMA würde diese Hörstörung als Schaden von 0 % angesehen (Suva Tabelle 12 zum Integritätschaden bei Schädigung des Gehörs), da nur die Hörminderung in den Frequenzen bis 4000 Hz in diese Berechnung einflössen (act. II M27 S. 8). Diese Hörminderung sei offensichtlich nicht unfallbedingt, da eine symmetrische Hörminderung ausschliesslich im Hochtonbereich pathophysiologisch nicht durch einen Kopfanprall erklärt werden könne (act. II M27 S. 9).

In der Aktenbeurteilung vom 16. Januar 2026 (eingereicht im Beschwerdeverfahren; act. IIB M34) führte Dr. med. F.____ aus, die neu eingegangenen Berichte vermöchten an den Feststellungen vom 23. Juli 2024 (recte: 27. März 2024; act. II M15) und 20. Juli 2025 (act. II M27) nichts zu ändern. Die wesentliche Schlussfolgerung der beiden Beurteilungen sei ge-

wesen, dass die berichteten anhaltenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen nicht auf eine objektivierbare organische Ursache zurückgeführt werden könnten. Die Einschätzung der behandelnden Neurologin eines Kausalzusammenhangs zwischen Ereignis und Beschwerden basiere ausschliesslich auf der Beobachtung, dass zeitlich nach dem Ereignis Beschwerden aufgetreten seien. Zusätzlich zeigten die neu eingereichten Berichte die Diskrepanz zwischen Befundlage und Schlussfolgerungen der Behandelnden noch deutlicher. Explizit werde nämlich dokumentiert, dass die körperliche Leistungsfähigkeit als gut eingeschätzt werde und in der formellen neuropsychologischen Untersuchung keine kognitiven Defizite nachweisbar gewesen seien. Die behandelnden Fachpersonen stützten angesichts dieser Befundlage ihre Einschätzung einer hochgradig eingeschränkten Arbeitsfähigkeit offensichtlich ausschliesslich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und nicht auf objektive medizinische Befunde (act. IIB M34 S. 5).

3.3 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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Urteilt das Gericht indessen abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässig-

keit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162). 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 (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.4 Der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. August 2025 (act. II A93) stützt sich auf die versicherungsinternen Aktenbeurteilungen von Dr. med. F._____ vom 27. März 2024 (act. II M15) und 20. Juli 2025 (act. II M27). Diese erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen an Aktengutachten und erbringen vollen Beweis. Dass Dr. med. F._____ keine klinische Exploration des Beschwerdeführers durchgeführt hat, ist nicht zu beanstanden, konnte er sich aufgrund der medizinischen Akten einschliesslich der bildgebenden Abklärungen (vgl. act. II M5 f.) doch ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen, womit die Voraussetzungen für einen rechtsgenügenden Aktenbericht erfüllt sind (vgl. E. 3.3 hiavor). Zudem kann rechtsprechungsgemäss insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktenberichts erörtert werden (Urteil des BGer 8C_383/2011 vom 9. November 2011 E. 4.2). Dr. med. F._____ setzte sich in seinen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Befunden und Beschwerden, mit den einschlägigen diagnostischen Leitlinien/Kriterien sowie mit der medizinischen Literatur auseinander und zog in seine Schlussfolgerung die bildgebenden Untersuchungen mit ein (act. II M15 S. 5, M27 S. 7). Auch nahm er schlüssig und nachvollziehbar zu den (divergenten) Einschätzungen von PD Dr. med. E._____ Stellung und legte dar, dass und weshalb an den aktengutachterlichen Beurteilungen festgehalten werden kann. Auf die versicherungsinternen Aktenbeurteilungen ist abzustellen.

3.4.1 Dr. med. F._____ legte gestützt auf die objektivierbaren echtzeitlichen Befunde, die bildgebenden Abklärungen sowie die echtzeitlichen Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallhergang und der nachfolgen-

den Symptome insbesondere überzeugend begründet dar, dass es beim Unfall vom 12. November 2023 höchstens zu einem leichten Schädelhirntrauma als unfallkausale Diagnose gekommen ist, jedoch zu keiner strukturellen Hirnschädigung (act. II M15 S. 6, M27 S. 3). Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte, dass das besagte Trauma den Grenzbereich zu einer Contusio cerebri erreicht hätte. Anderes ist auch nicht den Ausführungen der behandelnden Ärztinnen zu entnehmen. Die erstbehandelnde Dr. med. C._____ erwähnte anlässlich der Erstkonsultation vom 15. November 2023, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Ereignis noch in der Lage gewesen sei, zwei weitere Eishockey-Einsätze zu absolvieren, und keine Amnesie (Gedächtnislücke) für das Ereignis vorgelegen habe (act. II M3 S.1). Im "ersten Arztzeugnis UVG" vom 3. Dezember 2023 stellte sie als vorläufige Diagnose ebenfalls eine Concussion (= Gehirnerschütterung) und neben den Concussion- und HWS-Symptomen keine zusätzlichen Auffälligkeiten fest (act. II M1). Im "Fragebogen Kopfverletzungen UVG" vom 7. Dezember 2023 dokumentierte sie einen GCS-Wert von 15 (act. II M4). Dieser Maximalwert belegt, dass der Beschwerdeführer vollständig wach, orientiert und uneingeschränkt reaktionsfähig war. Dies spricht gegen das Vorliegen einer Contusio cerebri (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 674; <www.flexikon.doccheck.com>, "Glasgow Coma Scale"). Ausserdem ist anzumerken, dass Dr. med. C._____ unfallfremde Faktoren als Einflussgrössen auf das Beschwerdebild bejahte, ohne diese jedoch näher auszuführen (act. II M20 S. 2).

Des Weiteren ergaben die durchgeführten bildgebenden Untersuchungen vom 15. November 2023 (CT Schädel; act. II M6) und vom 30. November 2023 (MR HWS, Schädel [nativ und mit Kontrastmittel], Angiographie und Dissektion; act. II M5) unauffällige Befunde; mithin konnten keine strukturelle Schäden festgestellt werden.

An der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Beurteilungen von Dr. med. F._____ vermögen auch die Berichte der behandelnden Neurologin, Dr. med. E._____, nichts zu ändern. Diese geht schon gar nicht von einer Commotio cerebri aus, sondern stellte vielmehr die blosse Verdachtsdiagnose einer Commotio/Contusio labyrinthi

(act. II M9 S. 1), d.h. einer Innenohrschädigung. Eine unfallbedingte Unterfunktion des Labyrinths schloss Dr. med. F._____ überzeugend aus. So legte er nachvollziehbar dar, dass die elektrophysiologische Untersuchung der oVEMP vom 29. November 2023 überwiegend wahrscheinlich nicht eine Unterfunktion des linken Ohrs zeigte. Die Untersuchung sei nicht verwertbar, da die dokumentierte, zwingend erforderliche Kooperationsfähigkeit nicht gegeben gewesen sei, was zu einer Überinterpretation einer fehlerhaften Amplitude als pathologisch geführt habe. Der postulierte einseitige Ausfall hätte unter Einbeziehung der gesamten Befundlage zurückhaltend interpretiert werden müssen. Insbesondere habe das Fehlen eines Spontannystagmus und die normale subjektive visuelle Vertikale gegen diesen Ausfall gesprochen. Zudem wies er darauf hin, dass es sich hinsichtlich der Verlaufsuntersuchung vom 2. April 2024 gleich verhalte (act. II M27 S. 5). Im Übrigen hielt Dr. med. E._____ in ihrer Stellungnahme vom 9. April 2024 selbst fest, dass die apparativ gestützten Untersuchungen lediglich Hinweise für eine Contusio labyrinthi/peripher vestibuläre Unterfunktion gezeigt hätten und sich die Unterfunktion im Verlauf wieder normalisiert habe (act. II M19 S. 2). Soweit die behandelnde Neurologin den Verdacht auf ein HWS Beschleunigungstrauma diagnostizierte, handelt es sich bloss um eine Verdachtsdiagnose und eine entsprechende Gesundheitsschädigung ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb dieser keine Relevanz zukommt. Dr. med. F._____ wies diesbezüglich denn auch überzeugend darauf hin, dass der Unfall zu keiner strukturellen Schädigung der HWS geführt habe und die anhaltenden Symptome damit nicht durch organische Ereignisfolgen erklärt werden könnten und schon vor dem Ereignis eine Einschränkung der Beweglichkeit der HWS sowie eine Therapiebedürftigkeit dokumentiert seien (act. II M15 S. 7).

Des Weiteren ergab die ORL-Abklärung im Spital H._____ von Anfang November 2024 abgesehen eines Hörverlusts im Ultrahochfrequenzbereich und eines Tinnitus normale bzw. unauffällige Befunde (act. II M24 S. 2). Plausibel führte Dr. med. F._____ hierzu aus, dass der Hörverlust offensichtlich nicht unfallbedingt sei, da eine symmetrische Hörminderung ausschliesslich im Hochtonbereich pathologisch nicht durch einen Kopfanprall erklärt werden könne, und der Tinnitus nicht organisch bedingt sei, da

es sich hierbei laut dem Behandler um eine Dysbalance im Zentralnervensystem, also eine Funktionsstörung handle und somit nicht Folge einer strukturellen Schädigung sei (act. II M27 S. 9).

Ferner lassen sich auch aus der neuropsychologischen Untersuchung der D._____ vom 13. November 2024 keine unfallbedingten kognitiven Defizite nachweisen. Die erhobenen Befunde bewegten sich – mit Ausnahme eines leichten Leistungsabfalls für verbale komplexere Inhalte – im Normbereich oder sogar darüber. Es zeigten sich über die gesamte Testdauer stabile Leistungen ohne Anzeichen einer kognitiven Ermüdung (act. I 6 S. 2). Dr. med. F._____ führte folglich zutreffend aus, dass die formelle neuropsychologische Untersuchung die subjektiv geschilderten kognitiven Einschränkungen nicht objektivieren konnte (act. IIB M34 S. 4 oben und S. 5).

3.4.2 Auf die Aktenbeurteilung von Dr. med. F._____ kann auch hinsichtlich des medizinischen Endzustands abgestellt werden. So legte er verweisend auf die medizinische Literatur schlüssig und nachvollziehbar dar, dass eine leichte traumatische Hirnverletzung ohne quantitative Bewusstseinsstörung (GCS 15), kurzer (hier nur Sekunden dauernder) Erinnerungslücke nach dem Ereignis und normaler Bildgebung prognostisch einen günstigen Verlauf nehme. Die vorliegend nach über einem Monat nach dem Ereignis geltend gemachten Einschränkungen hätten nicht auf eine organische Ursache, d.h. eine strukturelle Hirnschädigung, zurückgeführt werden können. Angesichts des üblichen Verlaufs nach einer Verletzung, wie sie der Beschwerdeführer erlitten habe, seien die organischen Unfallfolgen mit Auswirkung auf die Funktion spätestens einen Monat nach dem Ereignis vollständig abgeklungen gewesen, auch wenn nicht einschränkende subjektive Symptome allenfalls noch länger hätten bestehen können. Da nach ungefähr Anfang 2024 keine organischen Unfallfolgen mehr bestanden hätten, sei nach diesem Zeitpunkt keine entsprechende Behandlung mehr erforderlich gewesen (act. II M27 S. 7 f.). Dr. med. F._____ wies denn auch in seiner im Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahme vom 16. Januar 2026 zutreffend darauf hin, dass die behandelnden Fachpersonen ihre Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und nicht auf objektive

medizinische Befunde stützten (act. IIB M34 S. 5). Zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung per Ende März 2024 war der Endzustand damit seit längerem erreicht, zumal zu diesem Zeitpunkt mangels ausgewiesener unfallbedingter organischer Gesundheitsschäden keine namhafte Besserung mehr eintreten konnte und nicht objektivierbare bzw. psychische Beschwerden praxisgemäss unberücksichtigt zu bleiben haben (vgl. E. 2.4 hiervor).

4.

4.1 Da nach ständiger bundesgerichtlicher Praxis ein Schädelhirntrauma, welches höchstens den Schweregrad einer Commotio cerebri erreicht und sich nicht im Grenzbereich zu einer Contusio cerebri bewegt, für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis grundsätzlich nicht genügt (vgl. E. 2.5.2 in fine hiervor), kommt in der vorliegenden Ausgangslage – mit einem einzig ausgewiesenen (höchstens) leichten Schädelhirntrauma ohne strukturelle Hirnverletzungen (vgl. E. 3.4.1 hiervor) – die Anwendung der Schleudertrauma- bzw. HWS-Rechtsprechung nicht in Betracht. Folglich muss die Adäquanzbeurteilung der verbleibenden Beschwerden gemäss den in BGE 115 V 133 aufgeführten Kriterien für Unfälle mit psychischen Folgeschäden erfolgen (vgl. E. 2.5.2 in fine hiervor). Das entsprechende Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist somit zutreffend (act. II A93 S. 4 f.).

Im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. März 2024 waren, wie bereits dargelegt (vgl. E. 3.4.2 hiervor), die unfallbedingten Verletzungen ausgeheilt und es lag kein unfallbedingtes somatisches Leiden mehr vor. Eine namhafte Besserung des somatischen Gesundheitszustands konnte damit nicht mehr erwartet werden. Die psychischen Beschwerden vermögen sodann keinen Aufschub des Fallabschlusses zu begründen, da sie für die Beurteilung der Adäquanz bei der "Psycho-Praxis" (BGE 115 V 133 E. 6c aa S. 140) unberücksichtigt bleiben (vgl. Urteil des BGer 8C_493/2018 vom 12. September 2018 E. 3.2). Mithin war diesbezüglich der medizinische Endzustand im Sinne von Art. 19 Abs. 1 UVG (vgl. E. 2.4 hiervor) eingetreten und die Adäquanzprüfung ohne weiteres zulässig (vgl. BGE 134 V 109 E. 6.1 S. 116). Zu jenem Zeitpunkt standen Eingliede-

rungsmassnahmen der IV noch nicht im Raum, zumal die Anmeldung zum Leistungsbezug erst im November 2024 erfolgte (act. III 4).

4.2 Zum Unfallhergang bzw. zur Unfallschwere (vgl. E. 2.5.3 hiavor) folgt aus den Akten, dass dem in einem Zweikampf beschäftigten Beschwerdeführer ein weiterer Gegenspieler von hinten in seinen Rücken fuhr und er deswegen kopfüber in die Bande stürzte. Dem Gegenspieler sei eine 5-Minuten-Strafe ausgesprochen worden (act. II A1 S. 2). Gegenüber der erstbehandelnden Ärztin gab der Beschwerdeführer weiter an, dass er danach noch zwei Einsätze gemacht habe, sich aber nicht wohl gefühlt und Kribbelparästhesien in den beiden Fingern gespürt habe. Eine Amnesie habe er für das Ereignis keine gehabt, mithin lag kein Gedächtnisverlust bezüglich des Vorfalls vor (act. II M3 S. 1). Der anlässlich der Erstkonsultationen erhobene GCS-Wert betrug 15 Punkte (act. II M4), was dem bestmöglichen Wert entspricht. Ausserdem begab er sich nicht notfallmässig, sondern erst gut zwei Tage nach dem erlittenen Kopfanprall in ärztliche Behandlung und die danach erfolgten umfassenden medizinischen Abklärungen erbrachten keinen Nachweis für eine strukturelle Hirnverletzung. Unter diesen Umständen ist ausgehend vom beschriebenen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften praxisgemäss von einem Unfall im mittleren Bereich im Grenzbereich zu den leichten Unfällen, höchstens jedoch im eigentlichen mittleren Bereich auszugehen (vgl. Urteile des BGer 8C_414/2017 vom 26. Februar 2018 E. 3.4, 8C_436/2015 vom 2. September 2015 E. 3.2.3, 8C_768/2008 vom 3. Juni 2009 E. 4.1, U 299/03 vom 20. April 2004 E. 3). Für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs müssen damit praxisgemäss drei der sieben unfallbezogenen Zusatzkriterien in einfacher oder eines in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sein (E. 2.5.3 hiavor). Massgebend sind dabei die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Fallabschluss (vgl. Art. 19 Abs 1 UVG; BGE 143 V 148 E. 3.1.1 S. 151, 137 V 199 E. 2.1 S. 201) per 31. März 2024 entwickelt haben (vgl. Urteile des BGer 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 6.7 und 8C_344/2013 vom 10. Oktober 2013 E. 8).

4.3 Die Prüfung der einzelnen adäquanzrelevanten Kriterien ergibt folgendes Bild:

4.3.1 Dem Unfallereignis vom 12. November 2023 muss bei objektiver Betrachtung eine besondere Eindrücklichkeit abgesprochen werden, zumal jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist (BGE 148 V 301 E. 4.4.3 S. 308; SVR 2024 UV Nr. 5 S. 21, 8C_662/2022 E. 7.3.1). Besonders dramatische Begleitumstände sind nicht auszumachen. Das Kriterium wurde bzw. wird denn auch nur in deutlich gravierenderen Fällen bejaht (ANDRÉ PIERRE NABOLD, Bundesgesetz über die Unfallversicherung UVG, 5. Aufl. 2024, S. 73 ff.). Das entsprechende Adäquanzkriterium ist somit nicht erfüllt.

4.3.2 Der Beschwerdeführer erlitt beim Ereignis vom 12. November 2023 höchstens eine leichte traumatische Hirnverletzung; eine strukturelle Hirnschädigung konnte ausgeschlossen werden (act. II M27 S. 3). Damit sind keine schweren somatischen Verletzungen oder solche von besonderer Art ersichtlich, welche geeignet gewesen wären, eine psychische Fehlentwicklung auszulösen.

4.3.3 Das Kriterium der ungewöhnlich langen Dauer der ärztlichen Behandlung setzt eine länger dauernde, kontinuierliche und zielgerichtete Behandlung somatisch begründbarer Beschwerden voraus (BGE 140 V 356 E. 5.6.2 S. 366). Die Beurteilung hat nicht allein nach einem zeitlichen Massstab zu erfolgen. Von Bedeutung sind vielmehr auch Art und Intensität der Behandlung sowie die Frage, inwieweit noch eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist. Es muss, gesamthaft betrachtet, eine kontinuierliche, mit einer gewissen Planmässigkeit auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes gerichtete ärztliche Behandlung von ungewöhnlich langer Dauer gegeben sein. Manualtherapeutische Massnahmen zur Erhaltung des Zustandes, (haus-) ärztliche Verlaufskontrollen sowie medikamentöse Schmerzbekämpfung allein genügen diesen Anforderungen nicht. Auch kommt einzig der Abklärung des Beschwerdebildes dienenden Vorkehren nicht die Qualität einer Heilmethodik in diesem Sinne zu (SVR 2018 UV Nr. 29 S. 100, 8C_860/2015 E. 4.4; Urteil des BGer 8C_566/2019 vom 27. November 2020 E. 7.1). Die Behandlung beim Beschwerdeführer bestand massgeblich aus lokal-topischer Anwendung von Kopfschmerz-China-Öl/Tigerbalsam, Akutanalgetika, medikamentöser Kopfschmerzbasiprofilaxe (mit Venflaxin und Flunarizin), Nahrungsergänzungsmitteln

(u.a. Magnesium, Riboflavin), körperlichem Training (auf dem Bike) und Physiotherapie (act. II M9 S. 5, M11 S. 3, M12 S. 3, M16 S. 3, M20 S. 2, M25 S. 3, M26 S. 4). Allein solche Massnahmen stellen – wie die durchgeführten umfangreichen diagnostischen Abklärungen – rechtsprechungsgemäss keine ärztliche Behandlung im Sinne des Kriteriums dar. Überdies waren die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden spätestens zum Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. März 2024 (act. II A93 S. 9) nicht mehr auf ein somatisches Korrelat zurückzuführen (act. II M27 S. 8). Die Therapie der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden ist nicht zu berücksichtigen (Urteile des BGer 8C_102/2021 vom 26. März 2021 E. 8.2, 8C_488/2017 vom 27. November 2017 E. 6.7). Mithin ist auch dieses Kriterium nicht erfüllt.

4.3.4 Hinsichtlich des Kriteriums der körperlichen Dauerschmerzen sind die als körperlich imponierenden, organisch jedoch nicht hinreichend erklärbaren Beschwerden bei der Prüfung der Adäquanz nach BGE 115 V 133 nicht in die Beurteilung einzubeziehen (Urteile des BGer 8C_568/2015 vom 15. Januar 2016 E. 3.6, 8C_825/2008 vom 9. April 2009 E. 4.6). Die vom Beschwerdeführer noch geklagten Beschwerden weisen offensichtlich kein organisches Korrelat auf (vgl. E. 3.4.1 hiervor), weshalb auch dieses Kriterium nicht erfüllt ist.

4.3.5 Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hat, ist nicht aktenkundig und wird vom Beschwerdeführer zu Recht auch nicht geltend gemacht.

4.3.6 Für die Annahme eines schwierigen Heilungsverlaufs und/oder erheblicher Komplikationen bedarf es besonderer Umstände, welche die Heilung beeinträchtigt haben, während aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden nicht schon auf einen schwierigen Heilungsverlauf geschlossen werden darf (BGE 140 V 356 E. 5.6.3 S. 367, 134 V 109 E. 10.2.6 S. 129; 2019 UV Nr. 11 S. 45, 8C_525/2017 E. 8.5, 2007 UV Nr. 25 S. 85, U 479/5 E. 8.5). Inwiefern vorliegend der durchschnittliche Heilungsprozess der unfallbedingten Beeinträchtigungen ungünstig beeinflusst worden wäre, ist nicht ersichtlich. Dr. med. F._____ ging denn auch davon aus, dass nach ungefähr Anfang 2024 keine organischen Unfallfolgen mehr bestanden und keine entsprechende

Behandlung mehr erforderlich war (act. II M 27 S. 8). Das Nichterreichen von Beschwerdefreiheit bzw. das Fortbestehen organisch nicht nachweisbarer Beschwerden vermag dieses Kriterium nicht zu erfüllen (BGer 8C_632/2018 E. 10.3).

4.3.7 Ebenso wenig ist schliesslich das Kriterium von Grad und Dauer der physisch bedingten Arbeitsunfähigkeit erfüllt. Wie Dr. med. F. _____ in seiner beweiskräftigen ärztlichen Beurteilung vom 20. Juli 2025 (act. II M27 S. 8) ausführte, waren angesichts des üblichen Verlaufs nach einer Verletzung, wie sie der Beschwerdeführer erlitten hatte, die organischen Unfallfolgen mit Auswirkung auf die Funktion spätestens einen Monat nach dem Ereignis abgeklungen, auch wenn nicht einschränkende subjektive Symptome allenfalls noch länger hätten bestehen können (act. II M27 S. 8). Dem Beschwerdeführer wäre damit aus somatischer Sicht die Wiederaufnahme seiner angestammten Tätigkeit zum Zeitpunkt des Fallabschlusses bzw. der Leistungseinstellung per 31. März 2024 (act. II A93 S. 9), d.h. rund viereinhalb Monate nach dem Ereignis, zumutbar gewesen. Im Übrigen hat auch hier die somatisch imponierende Arbeitsunfähigkeit mangels eines organisch objektiv ausgewiesenen Substrats per se ausser Acht zu bleiben (BGer 8C_632/2018 E. 10.5).

4.4 Nach dem Dargelegten ist festzuhalten, dass von den sieben Adäquanzkriterien keines erfüllt ist. Anderes macht auch der Beschwerdeführer nicht geltend. Folglich ist ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 12. November 2023 und nachfolgend eingetretenen psychischen Gesundheitsschäden bzw. der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden per Datum des Fallabschlusses vom 31. März 2024 zu verneinen. Verneint die spezielle Adäquanzprüfung den rechtserheblichen Kausalzusammenhang, muss die natürliche Kausalität nicht mehr geprüft werden (vgl. E. 2.3.2 hiavor). Diese wäre gestützt auf die Angaben von Dr. med. F. _____ zwischen dem besagten Ereignis und den nach Ende März 2024 bestehenden Gesundheitsschäden des Beschwerdeführers jedoch ebenfalls zu verneinen. Allein der Umstand, dass Beschwerden im Nachgang zum Unfall vom 12. November 2023 geklagt bzw. ärztlich abgeklärt wurden, vermag an der fehlenden Unfallkausalität nichts zu ändern, andernfalls dies auf die unzulässige Beweismaxime "post hoc ergo propter

hoc" (BGE 149 V 218 E. 5.6 S. 223) hinauslaufen würde. Darauf hat Dr. med. F. _____ zutreffend hingewiesen (act. IIB M34 S. 4).

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer auch aus den Angaben der Klinik I. _____ vom 20. November 2024 (act. II M22) nichts zu seinen Gunsten ableiten kann. Die dort gestellte Diagnose einer PTBS vermag vor dem Hintergrund der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht zu überzeugen. Nach BGE 142 V 342 E. 5.1 S. 345 f. setzt eine PTBS eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein Ereignis von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass voraus, welches bei fast jedem Menschen tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Das vorliegende Ereignis erreicht – obwohl es für den Beschwerdeführer belastend sein mag – diese geforderte objektive Schwere- und Erheblichkeitsschwelle offensichtlich nicht.

5.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht den Fallabschluss rückwirkend per 31. März 2024 vorgenommen und die Leistungen auf diesen Zeitpunkt hin eingestellt (vgl. E. 2.4 hiervor), ohne eine Rente und Integritätsentschädigung zuzusprechen, da deren Voraussetzungen offenkundig nicht erfüllt sind. Da dem oben Erwähnten zufolge der Sachverhalt rechtsgenüglich abgeklärt ist, kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4) auf weitere Beweissmassnahmen verzichtet werden, womit sich die eventualiter beantragte Rückweisung (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I 3) erübrigt.

6.

Nach dem Dargelegten ist der Einspracheentscheid vom 5. August 2025 (act. II A93) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

7.

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

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

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 B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - AXA Versicherungen AG
 - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

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.