

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 2. September 2026

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Isliker, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Frésard

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 5. Februar 2026



Sachverhalt:

A.

Die 1961 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre Arbeitgeberin bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert, als sie gemäss Schadenmeldung UVG vom 1. September 2024 am 25. August 2024 beim Aufstehen aus einem ... aus rund eineinhalb Metern Höhe mit dem Kopf und den Nacken auf den Boden stürzte, nachdem sich die ... des ... gelöst hatte (Akten der Suva [act. II] 1). Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und gewährte die vorübergehenden Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeld (act. II 2). Im weiteren Verlauf unterbreitete sie das medizinische Dossier der Versicherungsmedizin Mitte (act. II 66, 69) und stellte gestützt auf deren Beurteilung mit Verfügung vom 15. April 2025 (act. II 82) die Leistungen per 16. April 2025 ein. Die hiergegen erhobene Einsprache (act. II 95) wies die Suva mit Entscheid vom 5. Februar 2026 ab (act. II 124).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, wie bereits im Einspracheverfahren vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 11. März 2026 Beschwerde und stellte folgende Anträge:

1. Der Einspracheentscheid der Suva vom 5. Februar 2026 sei aufzuheben.
2. Die Suva sei zu verurteilen, A._____ die gesetzlichen Leistungen nach UVG für die Folgen des Ereignisses bis wann rechtens, insbesondere aber über den 16. April 2025 hinausgehend, auszurichten.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Suva mit der Anordnung zurückzuweisen, mittels verwaltungsexternen medizinischen Gutachtens abzuklären, ob sich der Gesundheitszustand von A._____ mittels Behandlungen und Therapien noch namhaft verbessern lässt, um über den Zeitpunkt der Einstellung der vorübergehenden Leistungen zu entscheiden.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 23. März 2026 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. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie 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. Februar 2026 (act. II 124). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf gesetzliche Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 16. April 2025 hinaus und dabei insbesondere, ob die geklagten Beschwerden noch als kausal zum Ereignis vom 25. August 2024 zu qualifizieren sind.

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).

2.2

2.2.1 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).

2.2.2 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 Zusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 142 V 435 E. 1

S. 438, 129 V 177 E. 3.1 S. 181; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 120, 8C_537/2009 E. 5.1).

2.2.3 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers bei einem durch den Unfall verschlimmerten oder überhaupt erst manifest gewordenen krankhaften Vorzustand entfällt erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache darstellt, der Gesundheitsschaden also nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach schicksalsmässigem Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (BGE 150 V 188 E. 4.2 S. 191).

2.2.4 Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 150 V 188 E. 4.2 S. 192, 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.3

2.3.1 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).

2.3.2 Ob beim Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausal-

zusammenhang 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).

2.3.3 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).

2.3.4 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 Schleudertraumata und äquivalenten Verletzungen der Halswirbelsäule (HWS) sowie Schädel-Hirn-Traumata 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-Hirn-Trauma (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 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.

3.

3.1 Es ist unbestritten und steht fest, dass das Ereignis vom 25. August 2024 einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt. Streitig und zu prüfen ist hingegen, ob die Beschwerdeführerin auch über den 16. April 2025 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat.

3.2 Den medizinischen Akten lässt sich im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.2.1 Im Bericht des Spitals C._____ über die Notfallkonsultation vom 25. August 2024 (act. II 24) wurden folgende Diagnosen ("Problemliste") gestellt (S. 1):

1. Commotio cerebri
2. Knochenkontusion der Halswirbelsäule

Anamnestisch wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei gegen 8.15 Uhr (vor neun Stunden) in einer ... von einem ... aus einer Höhe von einneinhalb Metern direkt (orthogonal) mit dem Kopf auf den Boden gestürzt. Eine Bewusstlosigkeit oder Amnesie sei nicht aufgetreten. Im weiteren Verlauf seien Kopfschmerzen, Nausea und Nackenschmerzen aufgetreten. Zudem habe sie sich eine Schürfwunde über der rechten Hüfte zugezogen. Weitere Beschwerden bestünden nicht (S. 1). Als Befund wurden u.a. eine minime Beule am Kopf hochfrontal, eine leichte Druckdolenz paravertebral über der unteren Halswirbelsäule rechtsseitig und eine leicht eingeschränk-

te Beweglichkeit der Halswirbelsäule festgehalten. Es hätten zudem ein Glasgow Coma Scale (GCS) Wert von 15, eine allseitige Orientierung, isokore und beidseits prompt lichtreagible Pupillen, ein grobkursorisch intakter Hirnnervenstatus sowie eine intakte periphere Motorik und Sensibilität bestanden. Das gleichentags durchgeführte CT des Schädels und der Halswirbelsäule habe weder Frakturen noch Blutungen gezeigt (S. 2, vgl. auch act. II 43 f.).

3.2.2 Dr. med. D._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Verlaufsbericht vom 28. November 2024 (act. II 36 S. 4 ff.) fest, am 30. August 2024 sei die Beschwerdeführerin (subjektiv) weiterhin stark in der Bewegung der Halswirbelsäule eingeschränkt. Zudem habe sie gelegentlich Kopfschmerzen nach Bewegungen der Halswirbelsäule. Schmerzen in der Halswirbelsäule habe sie dagegen kaum. Sie sei zudem müde und schlapp, insbesondere beim Arbeitsversuch im Homeoffice. Fokalneurologische Ausfälle und Nausea habe die Beschwerdeführerin verneint. In den nächsten Tagen wolle sie nach Paris reisen. Am 11. September 2024 sei es der Beschwerdeführerin nicht so gut gegangen; sie habe über Schmerzen im Nacken je nach Bewegung, Lichtempfindlichkeit und teilweise Nausea sowie Müdigkeit berichtet. Neurologisch habe ein unauffälliger Befund vorgelegen. Zudem habe keine Klopff- oder Druckdolenz über der Halswirbelsäule bzw. paravertebral bestanden. Am 20. September 2024 habe die Beschwerdeführerin über eine Besserung und weniger Schmerzen bei weiterhin bestehender Müdigkeit berichtet. Am 7. Oktober 2024 habe die Beschwerdeführerin dann angegeben, dass die Kopfschmerzen fast weg seien, der Nacken indes noch verspannt sei. Es wurde eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 5). Am 21. Oktober 2024 habe die Beschwerdeführerin gut spürbare Fortschritte geschildert; sie könne jedoch weiterhin den Stress nicht gut vertragen und habe weiterhin Schmerzen in der Halswirbelsäule (S. 4 f.). Am 5. November 2024 habe sie von immer mal wieder bestehenden Gleichgewichtsbeschwerden und einem verspannten Rücken berichtet. Am 20. November 2024 habe sie ein "Auf- und Ab" geschildert, jedoch auch von guten Momenten berichtet und davon, bereits zweimal wandern gewesen zu sein; dabei habe sie aber weiterhin das schlechte Gleichgewicht bemerkt. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % (S. 4).

3.2.3 PD Dr. med. E._____, Fachärztin für Neurologie, stellte im Bericht vom 9. Januar 2025 über die gleichentags erfolgte Erstkonsultation (act. II 52 S. 2 ff.) folgende Diagnose (S. 2):

- Persistierende posttraumatische Symptome nach Schädel-Hirn-Trauma mit V.a. HWS-Distorsion/-Kompression und V.a. Commotio/Contusio labyrinthi im Rahmen eines Falltraumas (unvorbereitet von 1.60 m senkrecht gegen den Boden und Schlag des Kopfes parietal am 25. August 2025 [recte: 2024])

Die Beschwerdeführerin berichte von anhaltenden Beschwerden aufgrund einer Vielzahl von Symptomen (Benommenheit, Schmerz-/Druckgefühl bifrontal, Schwindel, Unsicherheit beim Laufen, Überforderung bei vielen visuellen Informationen und Nackenschmerzen [S. 4]). Aufgrund der Vielzahl der betroffenen Systeme sei eine multimodale, apparativ gestützte Screening-Untersuchung zu ergänzen, dies zur Quantifizierung sowie im Hinblick auf die Beratung betreffend das Behandlungskonzept. Diagnostisch sei ein MRI vorgesehen. Ebenso seien weitere diagnostische Untersuchungen geplant (namentlich eine vestibuläre und okulomotorische Untersuchung sowie eine apparativ gestützte Untersuchung für benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel [S. 7]).

3.2.4 Das MRI des Schädels und der Halswirbelsäule des Spitals F._____ vom 31. Januar 2025 (act. II 53 S. 2 f.) zeigte mehrere kleinvolumige, teils konfluierende, FLAIR-hyperintense Läsionen vor allem im subkortikalen und tiefen Marklager supratentoriell beidseits sowie vereinzelte Läsionen ebenfalls periventrikulär und juxtakortikal, DD mikroangiopathisch, DD postentzündlich, DD posttraumatisch eher unwahrscheinlich. Es zeigten sich weder ein diffuser axonaler Schaden noch intrakranielle Blutungen. Ferner zeigten sich degenerative Veränderungen der abgebildeten Halswirbelkörper, betont auf Höhe HWK 4-6 mit breitbasigen Bandscheibenprotrusionen und einer leichten Spinalkanalstenose. Ferner zeigte sich eine mässig bis hochgradige neuroforaminale Stenose HWK 4/5 rechts und HWK 5/6 links mit Impingement C5 rechts und C6 links (S. 2).

3.2.5 Am 10. Februar 2025 fand eine Verlaufskontrolle bei PD Dr. med. E._____ statt. Die Nackenschmerzen und der Schlaf hätten sich etwas verbessert. Im Vordergrund stünden weiterhin Benommenheit, Schmerz-/Druckgefühl bifrontal, Schwindel, Unsicherheit beim Laufen, Überforderung

bei vielen visuellen Informationen und Nackenschmerzen (act. II 73 S. 6). Als eine Ursache der persistierenden Symptome seien auch apparativ Hinweise auf eine Contusio labyrinthi objektiviert worden. Die Beschwerdeführerin werde sich das multimodale Therapiekonzept überlegen (act. II 73 S. 14).

3.2.6 Im Verlaufsbericht vom 17. Februar 2025 (act. II 57 S. 7 f.) berichtete Dr. med. D. _____ am 11. Dezember 2024 und am 10. Januar 2025 von einem stagnierenden Heilverlauf bei 40%iger Arbeitsunfähigkeit (S. 8).

3.2.7 Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Chirurgie, hielt in der versicherungsmedizinischen Kurzbeurteilung vom 26. März 2025 (act. II 66) fest, in der Bildgebung – einschliesslich CT und MRI des Schädels und der Halswirbelsäule – hätten sich keine Hinweise auf überwiegend wahrscheinlich unfallbedingte strukturelle Läsionen gezeigt. Aus chirurgisch-traumatologischer Sicht bestünden inzwischen mehr als ein halbes Jahr nach dem Ereignis unfallbedingt keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mehr. Es sei spätestens sechs Monate nach dem Ereignis von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 2).

3.2.8 Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie, führte in der versicherungsmedizinischen Kurzbeurteilung vom 31. März 2025 (act. II 69) aus, es liege, das neurologische Fachgebiet betreffend, heute keine überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Gesundheitsbeeinträchtigung mit Einfluss auf die Leistungsfähigkeit vor (S. 1). Anlässlich der Erstversorgung sei über eine minimale Beule hochfrontal ohne weitere äussere Verletzungszeichen berichtet worden. Die Beschwerdeführerin habe zudem angegeben, dass es weder zu Bewusstlosigkeit noch zu einer Amnesie gekommen sei. Zudem sei ein GCS von 15 ohne neurologische Defizite festgestellt worden. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei leicht eingeschränkt gewesen und die Beschwerdeführerin habe eine leichte Druckdolenz paravertebral über der unteren Halswirbelsäule rechts angegeben. Das gleichentags durchgeführte CT des Schädels und der Halswirbelsäule habe keine Unfallfolgen gezeigt. Ein kraniales MRI vom 31. Januar 2025 habe – auch nach eigener Einsichtnahme – ebenfalls keine unfallkausale Pathologie gezeigt. Damit habe die Beschwerdeführerin keine bilddiagnostisch erfassbare, unfallkausale Pathologie erlitten. Ferner seien die dia-

agnostischen Kriterien einer leichten traumatischen Hirnverletzung gemäss EFNS/EAN-Klassifikation nicht erfüllt (keine Bewusstlosigkeit, keine Amnesie, kein GCS-Abfall und keine neurologischen Defizite). Demnach seien unfallkausale Beschwerden bei einem einfachen Kopfprall und einer möglichen Distorsion der Halswirbelsäule (positive muskuloskelettale Zeichen) höchstens bis maximal drei Monate nach dem Unfall begründbar anzunehmen (S. 3).

3.2.9 Im Rahmen einer weiteren Verlaufskontrolle vom 8. April 2025 führte PD Dr. med. E. _____ aus, der erste Therapieblock sei nun abgeschlossen. Subjektiv und objektiv seien gute Fortschritte bei persistierenden Symptomen nach Schädel-Hirn-Trauma mit HWS-Beschleunigungstrauma und Contusio labyrinthi erzielt worden. Subjektiv stehe aktuell die schnelle Ermüdung im Vordergrund. Es könne nun der zweite Teil des multimodalen Therapiekonzepts eingeleitet werden (act. II 73 S. 12 f.).

3.2.10 Im Bericht über die Sprechstunde vom 15. Mai 2025 des Spitals F. _____ (act. II 108) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 f.):

1. Verdacht auf eine Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems
2. Commotio cerebri

Die Beschwerdeführerin berichte, im August 2024 eine Commotio cerebri erlitten zu haben. In der kürzlich durchgeführten neuropsychologischen Testung hätten sich leichte Minderleistungen im Bereich der verbal-mnestischen Funktionen (Abruf und Wiedererkennen) sowie qualitative Auffälligkeiten (erhöhte Interferenzanfälligkeit, Repetitionen) bei sonst unauffälligem kognitivem Leistungsprofil gezeigt. Nach ausführlicher Anamnese mit zeitlicher Zuordnung der Symptome werde der Symptomkomplex, bestehend aus Müdigkeit, Kopfschmerzen und teilweise Schwindel, als Ausdruck eines Post-Concussion-Syndroms beurteilt. Die Verteilung und Morphologie der Läsionen in der MR-Bildgebung würden jedoch gegen eine posttraumatische Genese sprechen. Die multiplen Läsionen liessen derzeit keine eindeutige Ätiologie zu (S. 2).

3.2.11 Im Bericht des Spitals F. _____ über die am 26. Mai 2025 durchgeführte Lumbalpunktion (act. II 110) wurde folgende Diagnose gestellt (S. 1):

- Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems

3.2.12 Im Bericht vom 4. Juni 2025 (act. II 107) stellte Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, folgende Diagnose (S. 1):

- Zervikozephalgie bei St.n. Commotio cerebri 08/2024
 - Diskopathie C4/5, C5/6

Die Beschwerdeführerin klagt seit dem Ereignis über verschiedene Symptomkomplexe, welche typisch für eine Commotio cerebri seien. Sie komme heute vor allem wegen der persistierenden Nackenschmerzen unter Belastung; die Rotation der Halswirbelsäule sei vor allem rechts deutlich eingeschränkt, wobei sich die Situation unter Physiotherapie verbessert habe (S. 1). Das MRI der Halswirbelsäule vom 31. Januar 2025 zeige keine Myelomalaziezeichen und keine Hinweise auf traumatische Veränderungen. Es bestehe eine Diskopathie C4/5 sowie C5/6, welche die Nackenschmerzen sicherlich adäquat erklären könne. Gegebenenfalls seien die Beschwerden durch das Trauma bei bereits vorbestehender Degeneration ausgelöst worden (S. 2).

3.2.13 Das MRI des Spitals F._____ der ganzen Wirbelsäule vom 11. Juni 2025 zeigte keine abgrenzbaren suspekten Myelonläsionen (act. II 109 S. 1).

3.2.14 Dr. med. J._____ hielt in der zuhanden der Beschwerdeführerin verfassten Stellungnahme vom 11. September 2025 (act. II 115) fest, sie teile die Auffassung nicht, dass die Beschwerden nicht objektivierbar seien. Nach ausführlicher Abklärung werde der Symptomkomplex als Ausdruck eines Post-Concussion-Syndroms im Rahmen des Unfalls vom August 2024 beurteilt. Zudem sei klinisch und bildgebend ein Zervikalsyndrom objektiviert worden. Die Ätiologie bleibe derzeit unklar; es komme sowohl eine postkontusionelle als auch eine degenerative Ursache in Frage, ebenso wie eine durch die Kontusion aggravierte degenerative Ursache.

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 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).

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). Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

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, mit-

hin 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). 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 mit Hinweisen).

3.4 Die versicherungsmedizinischen Beurteilungen der Dres. med. G._____ und H._____ vom 26. März (act. II 66) bzw. 31. März 2025 (act. II 69) erfüllen die höchstrichterlichen Beweisanforderungen an den Beweiswert einer versicherungsinternen Aktenbeurteilung (E. 3.3.2 hiavor) und überzeugen, weshalb darauf abzustellen ist. Dass keine klinische Exploration der Beschwerdeführerin durchgeführt wurde, schadet nicht, konnten sich die Versicherungsmediziner doch aufgrund der medizinischen Akten einschliesslich der bildgebenden Abklärungen ein gesamthaft lückenloses Bild verschaffen. Zudem kann insbesondere auch die Kausalität im Rahmen eines Aktenberichts erörtert werden (E. 3.3.2 hiavor).

Die Dres. med. G._____ und H._____ setzten sich in ihrer Beurteilung mit den bildgebenden Befunden (act. II 43 f., 53 S. 2 f.), den klinischen Echtzeitbefunden (act. II 24 S. 2) sowie den Angaben der Beschwerdeführerin zum Unfallhergang (act. II 1, 24 S. 1) und zu den eingetretenen Beschwerden (act. II 24 S. 1, 36 S. 4 ff., 52 S. 2 ff., 57 S. 7 f.) auseinander und legten schlüssig und nachvollziehbar dar, dass es anlässlich des Unfalls vom 25. August 2024 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keinen unfallbedingten strukturellen Läsionen und einzig zu einem einfachen Kopfanprall sowie möglicherweise zu einer Distorsion der Halswirbelsäule gekommen ist. Ausgehend davon kamen sie zum Schluss, dass unfallkausale Beschwerden für längstens drei respektive sechs Monate nach dem Ereignis anzunehmen sind (act. II 66 S. 2, 69 S. 3). Diese Beurteilung überzeugt und steht im Einklang mit der Aktenlage:

So geht aus dem Arztbericht über die noch am Unfalltag erfolgte Notfallkonsultation hervor, dass die Beschwerdeführerin nach einem direkten, senkrechten Kopfaufprall – mithin keinem typischen HWS-Distorsionsmechanismus – eine minimale Beule hochfrontal und eine Schürfwunde an der Hüfte ohne weitere äussere Verletzungszeichen aufwies. Zudem betrug der GCS den (bestmöglichen) Wert von 15 und die Beschwerdeführerin

verneinte Bewusstseinsbeeinträchtigungen oder Amnesie; ebenso lagen keine neurologischen Defizite vor (act. II 24 S. 1 f.). Das noch am selben Tag durchgeführte CT (act. II 43 f.) sowie das im Januar 2025 durchgeführte MRI (act. II 53 f.) zeigten sodann keine Hinweise auf (überwiegend wahrscheinliche) traumatische Pathologien im Bereich des Schädels oder der Halswirbelsäule. Entsprechend schloss Dr. med. H._____ unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien der European Federation of Neurological Societies (EFNS) bzw. der European Academy of Neurology (EAN) das Vorliegen einer leichten traumatischen Hirnverletzung bzw. einer *Commotio cerebri* überzeugend aus und nahm einen einfachen Kopfanprall an (act. II 69 S. 3). Hinsichtlich der von Dr. med. H._____ lediglich als möglich festgehaltenen HWS-Distorsion (act. II 69 S. 3) steht fest, dass die Beschwerdeführerin zwar noch im Rahmen der Notfallkonsultation über Nacken- und Kopfschmerzen sowie Nausea berichtet hatte und eine leichte Druckdolenz paravertebral über der unteren Halswirbelsäule sowie eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule festgestellt worden waren (act. II 24 S. 1 f.). Bereits fünf Tage später bestätigte die behandelnde Hausärztin jedoch, dass die Beschwerdeführerin kaum Schmerzen in der Halswirbelsäule habe – im Vordergrund stünden vielmehr die Bewegungseinschränkung und gelegentliche, bewegungsabhängige Kopfschmerzen – und die Beschwerdeführerin (rund eine Woche nach dem Ereignis) nach Paris reisen wolle (act. II 36 S. 5). Im weiteren Verlauf wurde bereits ab dem 20. September 2024 von einer Besserung und weniger Schmerzen bei insgesamt gutem bzw. erfreulichem Verlauf berichtet (act. II 36 S. 4 f.). Damit überzeugt, dass der Versicherungsmediziner die Diagnose einer HWS-Distorsion lediglich als möglich, nicht jedoch als überwiegend wahrscheinlich erachtete.

In den Akten finden sich denn auch keine medizinischen Unterlagen, welche die Beurteilung der Dres. med. G._____ und H._____ in Zweifel zu ziehen vermöchten: Soweit die Erstbehandelnden im Rahmen der Notfallkonsultation vom 25. August 2024 und auch weitere behandelnde Ärzte eine *Commotio cerebri* bzw. ein (nicht näher spezifiziertes) Schädel-Hirn-Trauma diagnostizierten respektive diese Diagnosen übernahmen (act. II 24 S. 1, 36 S. 5, 52 S. 2, 73 S. 2 ff., 107 S. 1, 108 S. 2, 115 S. 1), vermag dies angesichts des Fehlens der von Dr. med. H._____ genannten Kri-

terien für das Vorliegen einer Commotio cerebri im Echtzeit-Arztbericht (vgl. Ausführungen hiervor) keine Zweifel an der versicherungsmedizinischen Beurteilung zu wecken.

Ebenso keine Zweifel zu erwecken vermögen sodann die Berichte der behandelnden Neurologin PD Dr. med. E._____: Zunächst ist festzuhalten, dass PD Dr. med. E._____ die HWS-Komponente im Bericht vom 9. Januar 2025 (act. II 52 S. 7) sowie in der Eintragung zur Untersuchung vom 10. Februar 2025 (act. II 73 S. 14) noch als Verdachtsdiagnose ("Verdacht auf HWS-Beschleunigungstrauma") aufführte. In der Eintragung zur Untersuchung vom 8. April 2025 im selben Bericht spricht sie indessen (ohne weitere Erläuterung) von einem "HWS-Beschleunigungstrauma" (act. II 73 S. 12), ohne darzulegen, inwieweit sich diese Diagnose erhärtet haben soll. Darüber hinaus geht aus den Akten hervor, dass weder die Erstbehandler noch die behandelnde Hausärztin (im Rahmen ihrer mehrmonatigen Verlaufsbetreuung) eine HWS-Distorsion diagnostizierten oder eine solche als Verdachtsdiagnose erwogen hätten (act. II 24 S. 1, 36 S. 4 ff.). Auch die Neurologen des Spitals F._____ führten die geklagten Beschwerden nicht auf eine HWS-Distorsion zurück (act. II 108, 110, 115) und der Orthopäde Dr. med. I._____ ordnete die persistierenden (Nack-)Beschwerden einer vorbestehenden Diskopathie zu, wobei er die Beschwerden nur "gegebenenfalls" auf das Unfallereignis zurückzuführen vermochte (act. II 107 [was für den Nachweis der Unfallkausalität nicht genügt; vgl. E. 2.2.2 hiervor]). Die von PD Dr. med. E._____ gestellte Diagnose eines HWS-Beschleunigungstraumas steht damit diagnostisch isoliert da und wird durch keine der übrigen Fachpersonen bestätigt. Gleiches gilt für die von ihr in der Eintragung zur Untersuchung vom 8. April 2025 (act. II 73 S. 12) erstmals als gesichert bezeichnete Diagnose einer Contusio labyrinthi. Diesbezüglich finden sich in den echtzeitnahen Berichten denn auch keine Hinweise auf eine vestibuläre Symptomatik; entsprechende Beschwerden werden erstmals rund zehn Wochen nach dem Ereignis intermittierend erwähnt (vgl. act. II 24 S. 1, 36 S. 4 ff.).

Schliesslich vermögen auch die Berichte der behandelnden Ärzte des Spitals F._____ keine Zweifel zu erwecken: Die weiterhin geklagten Beschwerden wurden dort als Ausdruck eines Post-Concussion-Syndroms im

Rahmen des Unfalls gesehen (act. II 108 S. 2, 115). Ein solches Schädel-Hirn-Trauma wurde vom Versicherungsmediziner überzeugend ausgeschlossen (vgl. Ausführungen hiervor). Zudem wurde eine weitere Diagnose in Form einer demyelinisierenden Krankheit des Zentralnervensystems erwähnt, wobei eine posttraumatische Entstehung der erhobenen Befunde als unwahrscheinlich beurteilt wurde (act. II 110 S. 1). Schliesslich bleibt auch die Ätiologie des objektivierten Zervikalsyndroms gemäss den behandelnden Ärzten unklar (act. II 115). Soweit die Behandler unter Verweis auf die zeitliche Zuordnung der Symptome auf ein unfallbedingtes Post-Concussion-Syndrom schliessen, vermag diese Schlussfolgerung nach dem Prinzip "post hoc, ergo propter hoc" keinen Nachweis einer unfallkausalen Schädigung zu erbringen (vgl. BGE 149 V 218 E. 5.6 S. 223, 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 154, 8C_672/2020 E. 4.2).

3.5 Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweismassnahmen – namentlich in Form des beantragten Gutachtens (Beschwerde Eventualbegehren Ziff. 3) – in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261 f., 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). Nach dem soeben Dargelegten sind die geklagten Beschwerden höchstens während der sechs darauffolgenden Monate auf den Unfall vom 25. August 2024 zurückzuführen. Darüber hinaus ist der natürliche Kausalzusammenhang (E. 2.2 hiervor) zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Fallabschluss per 16. April 2025 vornahm bzw. die Leistungen auf diesen Zeitpunkt hin einstellte und einen darüber hinausgehenden Versicherungsanspruch verneinte. Weiterungen zur adäquaten Kausalität erübrigen sich insofern grundsätzlich (E. 2.1 hiervor).

4.

Selbst wenn jedoch mit Blick auf die geklagten Beschwerden die Frage der natürlichen Kausalität offengelassen und eine Adäquanzprüfung vorgenommen würde, würde sich am Ergebnis nichts ändern: Nach dem Darge-

legten sind keine organisch objektivierbaren Unfallfolgen ausgewiesen. Sodann ist weder ein Schädel-Hirn-Trauma noch eine HWS-Distorsion, sondern einzig ein einfacher Kopfanprall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (E. 3.4 hiervor). Folglich sind – anders als in der Beschwerde vertreten – für die Adäquanzbeurteilung die in BGE 115 V 133 für Unfälle mit psychischen Folgeschäden aufgestellten Grundsätze massgebend (E. 2.3.4 hiervor).

4.1 Bei psychischen Unfallfolgen setzt die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs grundsätzlich voraus, dass dem Unfallereignis für die Entstehung einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit eine massgebende Bedeutung zukommt. Das trifft dann zu, wenn es objektiv eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist gemäss BGE 115 V 133 E. 6 S. 138 an das objektiv erfassbare Unfallereignis anzuknüpfen, wobei – ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften – eine Katalogisierung der Unfälle in leichte (banale), im mittleren Bereich liegende und schwere Unfälle vorzunehmen ist. Die erlittenen Verletzungen können dabei Rückschlüsse auf die Kräfte, die sich beim Unfall entwickelt haben, gestatten. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Diese werden unter Ausschluss psychischer Aspekte geprüft (BGE 140 V 356 E. 5.1 S. 359, 129 V 177 E. 4.1 S. 183; SVR 2018 UV Nr. 21 S. 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 Kausalzusammenhang 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 auffallender Weise gegeben sind (RKUV 2005 U 548 S. 232 E. 3.2.3). Liegt im eigentlichen mittleren Bereich keines der Einzelkriterien in besonders ausgeprägter oder auffallender Weise vor, so müssen für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs drei Kriterien erfüllt sein (SVR 2018 UV Nr. 3 S. 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).

4.2 Ausgehend vom beschriebenen Geschehensablauf und den sich dabei entwickelnden Kräften qualifizierte die Beschwerdegegnerin das Ereignis als mittelschwer, im Grenzbereich zu den leichten Unfällen liegend (act. II 124 S. 10). Dies ist nicht zu beanstanden (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_596/2022 vom 11. Januar 2023 E. 4.4.1 mit Hinweisen, wonach rechtsprechungsgemäss grundsätzlich bei einer Sturzhöhe ab zwei Metern von einem mittelschweren Unfall im engeren Sinn auszugehen ist). Demnach müsste für die Bejahung der Adäquanz entweder ein einzelnes unfallbezogenes Kriterium in besonders ausgeprägter Weise oder mindestens vier Kriterien in einfacher Weise erfüllt sein (E. 4.1 hiavor). Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend erwog, ist vorliegend offensichtlich keines der Kriterien erfüllt (erfolgt die Prüfung vorliegend doch unter Ausschluss der Folgen der organisch nicht ausgewiesenen Beschwerden [Urteil des BGer 8C_903/2009 vom 28. April 2010 E. 4.6]). Damit würde es ebenfalls an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall fehlen.

5.

Nach dem Dargelegten ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Februar 2026 (act. II 124) nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6.

6.1 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.

6.2 Die unterliegende Beschwerdeführerin hat bei diesem Ausgang des Verfahrens keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]). Die Beschwerdegegnerin hat als mit der Durchführung der Unfallversicherung betraute öffentlich-rechtliche Anstalt praxisgemäss nicht Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (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. der Beschwerdeführerin
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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