

# GR\_GERICHTE SV2 2025 41 vom 28. April 2026

GR Gerichte, 2026-04-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_SV2\\_2025\\_41](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV2_2025_41)

FR: GR\_GERICHTE SV2 2025 41 du 28 avril 2026

IT: GR\_GERICHTE SV2 2025 41 del 28 aprile 2026

## Erwägungen

### E. 1

Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen den Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 5. Juni 2025 (act. B.1 [= UV-act. 252; in der Folge nicht mehr zitiert]). Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG (SR 830.1) kann gegen einen Einspracheentscheid innert 30 Tagen seit seiner Eröffnung Beschwerde an das Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in welchem die versicherte Person im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Der Beschwerdeführer ist im Kanton Graubünden wohnhaft, womit die örtliche Zuständigkeit des Obergerichts des Kantons Graubünden gegeben ist. Dessen sachliche und funktionelle Zuständigkeit ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a VRG (BR 370.100). Als formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer von diesem berührt, und er weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung auf (Art. 59 ATSG). Seine Beschwerdelegitimation ist daher zu bejahen, und auf die im Übrigen frist- und formgerecht (Art. 60 i.V.m. Art. 38 Abs. 1 sowie Art. 61 lit. b ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

### E. 2

Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 4. November 2023 zu Recht per 16. Februar 2024 eingestellt hat oder ob sie verpflichtet gewesen wäre, Leistungen über den 16. Februar 2024 hinaus zu erbringen. 3.1. Gemäss Art. 10 Abs. 1 UVG hat der Versicherte Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Zudem hat er Anspruch auf ein Taggeld, wenn er infolge eines Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig ist (Art. 16 Abs. 1 UVG). Als Unfall gilt 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. 6 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG).

### E. 6

/ 23 3.2. Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt unter anderem einen natürlichen Kausalzusammenhang zwischen Unfallereignis und eingetretenem Schaden voraus. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der

versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (vgl. BGE 147 V 161 E. 3.2, 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blossе Möglichkeit eines Sachzusammenhanges genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. BGE 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1). 3.3. Hat ein Unfallversicherer die Unfallkausalität bejaht und Leistungen erbracht, entfällt seine Leistungspflicht erst, wenn der gesundheitliche Schaden nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustands auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. 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 blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, liegt die entsprechende Beweislast anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Dabei muss nicht etwa der Beweis für unfallfremde Ursachen erbracht werden. Welche Ursachen ein nach wie vor

### **E. 6.1**

Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer am 4. November 2023 nachts auf einer Aussentreppe ausrutschte und diese hinunterstürzte. Dabei zog er sich Verletzungen am Schädel zu (UV-act. 1). Die Ärzte des E.\_\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 6. November 2023 ein subakutes Subduralhämatom occipital links nach Trauma am 4. November 2023 sowie eine Thoraxkontusion pectoral links (UV-act. 6). Die CT des Schädels vom 6. November 2023 im E.\_\_\_\_\_ ergab erweiterte äussere Liquorräume frontoparietal links mit dem Kortex angrenzenden oberflächlichen kortikalen Venen. Es wurden keine Mittellinienverlagerung, keine Einklemmungszeichen, keine intrakranielle Blutung, kein nativ raumfordernder intrakranieller Prozess, kein Galeahämatom und keine frische Kalottenfraktur festgestellt. Der Radiologe beurteilte den Befund als mit einem in der Breite max. 5 mm messendem Hygrom frontoparietal links vereinbar (UV-act. 35). Aufgrund persistierender Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten wurde am 14. November 2023 eine erneute CT des Schädels am E.\_\_\_\_\_ durchgeführt. In dieser zeigte sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom 6. November 2023 eine unveränderte subdurale Flüssigkeitskolektion bzw. ein grössenstationäres Hygrom links frontoparietal mit maximal 6 mm. Es bestand kein raumfordernder Effekt, eine unveränderte liquorisodense Dichte, keine Hirndruckzeichen, keine neue Blutung und keine Frakturen an der Schädelkalotte (UV-act. 34). In der Folge wurde die konservative Therapie fortgeführt und eine Verlaufskontrolle in der neurochirurgischen Sprechstunde im G.\_\_\_\_\_ vereinbart. Anlässlich Letzterer gab der Beschwerdeführer am 30. November 2023 gegenüber den Ärzten im G.\_\_\_\_\_ an, er fühle sich teilweise noch müde, eine Konzentrationsstörung sei vorhanden und es komme manchmal zu Wortfindungsstörungen. Kopfschmerzen seien

keine vorhanden; teilweise spüre er noch ein Ziehen bzw. "Sturm im Kopf" bei schnellen Bewegungen. Die Beschwerden seien seit dem Sturz deutlich regredient. Die Einnahme von Analgesie wurde verneint (vgl. Bericht des G.\_\_\_\_\_ vom 30. November 2023 [UV-act. 53]). In der CT-Kontrolle des Schädels vom 30. November 2023 zeigte sich im Vergleich zur Voruntersuchung eine tendenzielle Grössenregredienz der subduralen Flüssigkeitskollektionen links hemisphärisch von 6 mm auf 5 mm mit etwas mehr als in der Voruntersuchung angedeuteten Hyperdensitäten in sonst liquorisodenser Kollektion. Es wurde kein signifikanter raumfordernder Effekt und keine neue Einblutung festgestellt (UV-act. 143). In der Folge fand am 16. Januar 2024 eine erneute Verlaufskontrolle im G.\_\_\_\_\_ statt. Anlässlich dieser gab der Beschwerdeführer an, noch vermehrt müde zu sein. Die Konzentrationsstörung sei noch vorhanden, aber regredient. Kopfschmerzen

12 / 23 würden nur teilweise auftreten (vgl. Bericht des G.\_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2024 [UV-act. 58]). Die CT vom 16. Januar 2024 ergab ein etwas regredientes Subduralhämatom mit maximal 6 mm, jedoch neu hyperdens als Hinweis auf eine zwischenzeitliche Einblutung (UV-act. 145). Eine weitere CT-Kontrolle wurde für April 2024 geplant (UV-act. 58 f.). Aufgrund starker linksseitiger Kopfschmerzen mit Unwohlsein wurde bereits am 16. Februar 2024 ein MRI Neurokranium durchgeführt. Dabei zeigte sich eine deutliche Zunahme des Volumens des subduralen Hämatoms mit einer Breite von maximal 19 mm sowie entsprechend eine deutliche Mittellinienverlagerung. Zudem ergab der Befund den Nachweis einer deutlichen Menge frischer Einblutungen in das chronisch subdurale Hämatom (UV-act. 37). Aufgrund dieser deutlichen Progredienz des chronischen Subduralhämatoms links erfolgte am 17. Februar 2024 eine Bohrlochtrepanation frontal und parietal links am G.\_\_\_\_\_ (vgl. Operationsbericht vom 17. Februar 2024 [UV-act. 65 f.]).

## **E. 6.2**

Vorliegend stützt sich die Beschwerdegegnerin für die Einstellung ihrer Leistungspflicht insbesondere auf das nach Art. 44 ATSG eingeholte neurologische Aktengutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2024 (UV-act. 201 ff.) samt ergänzender Stellungnahme vom 25. Februar 2025 (UV-act. 242 ff.). Gemäss Dr. med. I.\_\_\_\_\_ seien die am 17. Februar 2024 operativ behandelten Beschwerden nicht überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 4. November 2023, sondern ausschliesslich auf unfallfremde Faktoren zurückzuführen. Das Ereignis vom 4. November 2023 habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Allein- oder Teilursache den weiteren Verlauf des Hygroms mit den dokumentierten Einblutungen angestossen; diese Einblutungen stünden nur in einem möglichen, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 4. November 2023. Demnach ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf dieses Gutachten samt ergänzender Stellungnahme abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen bzw. dieses von der übrigen medizinischen Aktenlage in Zweifel gezogen wird.

## **E. 6.3**

Den medizinischen Akten ist zur Kausalität der Beschwerden im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

### **E. 6.3.1**

In der versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 28. März 2024 nahm Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie, zum Kausalzusammenhang für die Operation vom 17. Februar 2024 Stellung und führte aus, der Beschwerdeführer sei am 4. November 2023

gestürzt und habe eine Schädelprellung erlitten. Anlässlich der ersten CT-Untersuchung des Schädels vom 6. November 2023 habe zwar ein

#### **E. 6.3.2**

Demgegenüber bejahte der Operateur Dr. med. F.\_\_\_\_\_ einen Kausalzusammenhang. In seinem Bericht vom 10. April 2024 zuhanden der Beschwerdegegnerin führte dieser aus, der Verlauf sei beim Beschwerdeführer typisch für ein chronisches Subduralhämatom nach einem Sturz. In diesem Fall sei der Verlauf sogar bildgebend dokumentiert. Häufig sei es so, dass Patienten sich erst Monate nach einem Sturz mit Beschwerden vorstellen würden. Beim Beschwerdeführer seien keine Erkrankungen bekannt, welche allenfalls die Bildung eines chronischen Subduralhämatoms begünstigten. Ebenso nehme dieser keine Thrombozytenaggregationshemmer oder orale Antikoagulation ein. Somit sei der kausale Zusammenhang mit dem Unfall, mit dem die Beschwerden auch ganz klar begonnen hätten, gegeben (UV-act. 86).

#### **E. 6.3.3**

Mit E-Mail vom 11. Juni 2024 äusserte sich der Radiologe des G.\_\_\_\_\_, Dipl. med. J.\_\_\_\_\_, zur CT vom 6. November 2023. Er hielt fest, in der besagten CT habe sich eine subdurale Flüssigkeitskolektion links frontal und parietal (maximale Breite 5 mm) mit Dichtewerten wie Liquor gezeigt, was mit einem Hygrom vereinbar sei. Die Dichtewerte der subduralen Flüssigkeitskolektion seien zwar etwas höher als im Ventrikelsystem, jedoch nicht äquivalent zu Blut. Zudem könnten die Dichtewerte des äusseren Liquorraumes durch die Aufhärtungsartefakte der Kalotte erhöht sein, was typischerweise häufiger gesehen werde. Formal könne es sich am 6. November 2023 neben einem Hygrom auch um ein chronisches Subduralhämatom handeln, jedoch wären dann typischerweise Septierungen und wiederholte Einblutungen zu sehen, welche sich in Form von höheren und deutlich unterschiedlichen Dichtewerten zeigen würden. Im Verlauf hätten sich dann am 30. November 2023 deutlich höhere Dichtewerte subdural gezeigt, was für Blut gemischt mit Liquor spreche und dann am 16. Januar 2024 nochmals homogen subdural eingblutet sei mit nochmals zunehmenden Dichtewerten. Zu diesem Zeitpunkt spräche man von einem Subduralhämatom. Zusammenfassend hielt Dipl. med. J.\_\_\_\_\_ fest, es liege hier ein typischer Verlauf bei akutem Trauma vor, in dem sich einige Tage nach durchgemachtem Schädel-Hirn-Trauma der Subduralraum mit Liquor fülle (Hygrom) und danach im Verlauf einblute (UV-act. 105).

#### **E. 6.3.4**

Nach Analyse des Bilddatensatzes der CT-Untersuchung vom 6. November 2023 und des Berichts des E.\_\_\_\_\_ vom gleichen Tag führte der Versicherungsmediziner Dr. med. K.\_\_\_\_\_ in seiner Beurteilung vom 20. Juni 2024 zusammenfassend aus, es liege kein dokumentierter mechanischer Impact vor, der das initial dokumentierte Hygrom begründet hätte, was wiederum ursächlich sein sollte, die nachfolgende Einblutung ins Hygrom zu begründen. Somit fehle es an der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, dass der geltend gemachte Sturz ursächlich für die Einblutung gewesen sei, weshalb die Leistungspflicht für die durchgeführte Schädeloperation entfalle (UV-act. 97 f.).

#### **E. 6.3.5**

Im neurologisch-versicherungsmedizinischen Parteigutachten vom 12. August 2024 widersprach Dr. med. H.\_\_\_\_\_ der Auffassung des Versicherungsmediziners Dr. med. K.\_\_\_\_\_ und führte aus, zwei Tage nach dem Unfallereignis vom 4. November 2023 habe

sich der Beschwerdeführer im Notfall des E.\_\_\_\_\_ vorgestellt. Der Kopf sei äusserlich unauffällig gewesen und es sei die Diagnose eines subakuten Subduralhämatoms okzipital links nach Trauma gestellt worden. Diese Diagnose sei nicht zutreffend, da gemäss radiologischem Befund keine akute intrakranielle Blutung vorgelegen habe. Es handle sich vielmehr um ein Hygrom (in der CT liquorisodense Flüssigkeit) über der linken Hirnhemisphäre, welches in seiner Entstehung nicht datiert werden könne. In der kranialen CT vom 30. November 2023 sei der Befund insofern verändert, als sich nun über der linken Hemisphäre eine nicht mehr liquorisodense, sondern eine leicht hyperdense Flüssigkeitsansammlung zeige, die einer nicht mehr ganz frischen Einblutung entspreche. Dieses Subduralhämatom führe zu einer lokalen Raumforderungswirkung mit Verstreichung der Hirnfurchen im Seitenvergleich. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass das Hygrom, welches am 6. November 2023 diagnostiziert worden sei, versicherungsmedizinisch einem Vorzustand entspreche, welches in seiner Entstehung nicht zu datieren sei. Im weiteren Verlauf sei es zu einer mehrzeitigen Einblutung in das subdurale Hygrom gekommen. Zur Entstehung eines chronischen Subduralhämatoms bedürfe es keines besonderen Traumas, insbesondere nicht einer Schädelkalottenfraktur oder einer grösseren Weichteilschwellung. Bei älteren Menschen, insbesondere bei Personen mit vorbestehender Erweiterung der äusseren Liquorräume, könne es auch nach Bagateltraumen zu intermittierenden Blutungen aus den Brückenvenen in den Subduralraum kommen. Das vorbestehende Hygrom im Subduralraum begünstige das Auftreten von Subduralhämatomen, da die hier verlaufenden Brückenvenen unter Spannung stünden. Der Beschwerdeführer habe am 4. November 2023 ein Kopftrauma mit Bewusstlosigkeit erlitten und sei zwei Tage danach mit Beschwerden in den Notfall gekommen. Weitere acht Tage später sei der CT-

#### **E. 6.3.6**

Am 16. Dezember 2024 erstattete Dr. med. I.\_\_\_\_\_ sein neurologisches Aktengutachten. Er führte namentlich aus, das Ereignis vom 4. November 2023 habe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem Schädel-Hirn-Trauma mit Commotio cerebri und einer Thoraxprellung geführt. Weitere Hinweise auf am 4. November 2023 entstandene strukturelle intrakranielle Schäden ergäben sich nicht. Insbesondere habe das in der CT vom 6. November 2023 dokumentierte subdurale Hygrom zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 4. November 2023 bereits bestanden. Das Ereignis habe den Vorzustand (Hygrom) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder ursächlich noch teilursächlich verschlimmert noch die dokumentierten späteren Einblutungen aktiviert. Es habe den Vorzustand (Hygrom) weder richtunggebend noch bloss vorübergehend verschlimmert bzw. aktiviert. Wäre dies der Fall gewesen, wäre bereits anlässlich der Untersuchungen vom 6. November 2023 sowie 14. November 2023 klar ein Hinweis auf eine frische Blutbeimengung im Hygrom zu sehen gewesen. Vielmehr hätten sich im Verlauf ereignisfremd Einblutungen in das Hygrom eingestellt. Dies sei nicht ungewöhnlich und es entspreche durchaus einem typischen Verlauf eines Hygroms, dass Einblutungen ohne erkennbare Traumata, unter Umständen durch Bagatellereignisse oder sogar spontan – v.a. bei Menschen jenseits des 60. Lebensjahres – hervorgerufen, entstünden. Die heute noch objektivierbaren pathologischen Befunde seien nicht zumindest teilweise auf das Ereignis, sondern 16 / 23 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausschliesslich auf ereignisfremde Faktoren zurückzuführen (UV-act. 207 f.).

#### **E. 6.3.7**

Am 18. Februar 2025 nahm der Privatgutachter Dr. med. H.\_\_\_\_\_ Stellung zum neurologischen Aktengutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_\_. Er führte aus, das am 6. November 2023 festgestellte Hygrom sei als Vorzustand ereignisfremd. Ein zweites Sturzereignis vor der CT-Untersuchung vom 14. November 2023 sei nicht ausgewiesen. Zu einer ersten Einblutung in das Hygrom sei es zwischen dem 14. November 2023 und dem 30. November 2023 gekommen, also zwischen 10 bis 26 Tage nach dem Ereignis. Auch wenn Dr. med. I.\_\_\_\_\_ zutreffend feststelle, dass es, v.a. bei Menschen jenseits des 60. Lebensjahres, spontan oder durch Bagatelltraumen zu Einblutungen in Hygrome kommen könne, so sei es im vorliegenden Fall dennoch überwiegend wahrscheinlich, dass die Kaskade rezidivierender subduraler Einblutungen erst durch das Ereignis vom 4. November 2023 angestossen worden sei. Hierfür spreche auch der relativ enge zeitliche Zusammenhang. Gerinnungshemmende Medikamente habe der Beschwerdeführer nicht eingenommen (UV-act. 233).

### **E. 6.3.8**

In der Folge nahm der Gutachter Dr. med. I.\_\_\_\_\_ am 25. Februar 2025 zur erneuten Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ Stellung und hielt fest, Letzterer nenne keine neuen Sachverhalte, welche seine Einschätzung verändern würden. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ wiederhole bloss seine bisherige Argumentation. Er (Dr. med. I.\_\_\_\_\_) habe hingegen klargestellt, dass – insbesondere bei Menschen jenseits des 60. Lebensjahres – jegliche Bagatellursache, selbst eine einfache Kopfbewegung, ja auch spontan ein erhöhtes Risiko einer Einblutung in ein Hygrom bestehe. Es bedürfe eben nicht eines Sturzes, einer Kopfverletzung oder einer anderen Ursache, beispielsweise durch gerinnungshemmende Medikation. Daher sei es wegen der vielfältigen Ursachen für Einblutungen in Hygrome auch unerheblich, ob der Hausarzt des Beschwerdeführers im Attest vom 13. September 2024 angenommen habe, es hätte ein erneuter Stolpersturz vorgelegen, oder ob damit der Treppensturz vom 4. November 2023 gemeint gewesen sei. Selbstverständlich könne als mögliche Ursache auch eine Kopfprellung oder eine Commotio cerebri eine Einblutung auslösen. Es handle sich aber keineswegs zwangsläufig um die überwiegend wahrscheinliche Kausalität, sondern lediglich eine von vielen Möglichkeiten (bis hin zu einer spontanen Einblutung). Auch die Annahme einer Kaskade von Einblutungen verfange nicht, da mit zunehmender Hygromgrösse naturgemäss auch das Risiko einer erneuten Blutung aus den Brückenvenen wachse. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ führte zusammenfassend aus, es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Hirnerschütterung als Folge des Sturzes festzustellen. Ein

### **E. 6.5**

Nach dem Ausgeführten bestehen mithin keine konkreten Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des Administrativgutachtens sprechen, weshalb die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid zu Recht darauf abgestellt und ihre Leistungspflicht für die nach dem 16. Februar 2024 geklagten gesundheitlichen Beschwerden und deren Behandlung, insbesondere die Operation vom 17. Februar 2024, verneint und infolgedessen ihre Leistungen per 16. Februar 2024 eingestellt hat. Obwohl die Beschwerdegegnerin – nachdem sich die ursprünglich von den Ärzten des E.\_\_\_\_\_ am 6. November 2023 gestellte Diagnose eines Subduralhämatoms im Nachhinein als nicht korrekt herausgestellt hatte sowie nach den weiteren Abklärungen – den Standpunkt vertrat, dass lediglich eine Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 4. November 2023 und dem Schädel-Hirn-Trauma mit Commotio cerebri und einer Thoraxprellung bestehe, bilden die bis zur Leistungseinstellung per 16. Februar 2024 erbrachten gesetzlichen Leistungen nach UVG

nicht Streitgegenstand dieses Verfahrens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_297/2024 vom 18. Dezember 2024 E. 2.2).

#### **E. 7**

/ 23 geklagtes Leiden hat, ob es Krankheitsursachen, ein Geburtsgebrechen oder degenerative Veränderungen sind, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, ob diese also dahingefallen sind. Ebenso wenig muss der Unfallversicherer den negativen Beweis erbringen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (BGE 150 V 188 E. 4.2, 147 V 161 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 8C\_379/2023 vom 9. Januar 2024 E. 2.2.3, 8C\_727/2022 vom 16. März 2023 E. 3.2.4, 8C\_734/2021 vom 8. Juli 2022 E. 2.2.2, 8C\_7/2022 vom 22. April 2022 E. 5.1 und 8C\_68/2020 vom 11. März 2020 E. 3.2). Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_269/2016 vom 10. August 2016 E. 2.4). Trifft ein Unfall auf einen vorgeschädigten Körper und steht aus ärztlicher Sicht fest, dass weder der Status quo ante noch der Status quo sine je wieder erreicht werden können, so handelt es sich nach der Rechtsprechung um eine richtunggebende Verschlimmerung (Urteile des Bundesgerichts 8C\_7/2022 vom 22. April 2022 E. 5.1, 8C\_421/2018 vom 28. August 2018 E. 3.2 und 8C\_781/2017 vom 21. September 2018 E. 5.1). Solange der Status quo sine vel ante nicht erreicht ist, hat der Unfallversicherer gestützt auf Art. 36 Abs. 1 UVG in aller Regel neben den Taggeldern auch Pflegeleistungen und Kostenvergütungen zu übernehmen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_421/2018 vom 28. August 2018 E. 3.2 und 8C\_781/2017 vom 21. September 2018 E. 5.1). Wird hingegen durch einen Unfall ein klinisch stummer krankhafter Vorzustand aktiviert, wäre aber zu dessen Aktivierung nicht unbedingt ein Unfallereignis notwendig gewesen, so spricht das Bundesgericht von einer blossen Gelegenheits- oder Zufallsursache des Gesundheitszustands, die keine Leistungspflicht der Unfallversicherung nach sich zieht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_206/2022 vom 14. Juli 2022 E. 2.3, 8C\_287/2020 vom 27. April 2021 E. 3.1 und 8C\_669/2019 vom 25. März 2020 E. 4.1). 4.1. Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts

#### **E. 8**

/ 23 genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt,

die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 144 V 427 E. 3.2, 138 V 218 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C\_17/2017 vom 4. April 2017 E. 2.2). 4.2. Versicherungsträger und im Beschwerdefall das Gericht sind auf verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlagen angewiesen. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, wurde in BGE 125 V 351 E. 3 festgelegt. Demnach gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Das heisst, Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, nämlich ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es 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 (zum Ganzen: BGE 143 V 124 E. 2.2.2, 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a). 4.3.1. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten nachvollziehbar begründet sind (zum

### **E. 8.1**

Gemäss Art. 61 lit. fbis ATSG sind Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Die Sonderbestimmungen zur Rechtspflege gemäss Art. 105 ff. UVG sehen keine generelle Kostenpflicht vor. Damit sind unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren über Leistungen in der Regel kostenlos. Vorbehalten bleibt die Kostenaufgabe infolge – in casu nicht vorliegenden – mutwilligen oder leichtsinnigen Verhaltens (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis in fine ATSG). Für das vorliegende Beschwerdeverfahren sind daher keine Kosten zu erheben.

### **E. 8.2**

Der Beschwerdeführer beantragt, dass ihm die Kosten für das Parteigutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ vom 12. August 2024 sowie für die ergänzende Stellungnahme vom 18. Februar 2025 ersetzt werden. Nach Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat (Satz 1). Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Satz 2). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Das Parteigutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ inkl. ergänzender Stellungnahme erwies sich für die Beurteilung des Anspruchs nicht als massgeblich und vermochte das beweistaugliche Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Unter diesen Umständen können die Kosten des Parteigutachtens nicht der Beschwerdegegnerin auferlegt werden.

### **E. 8.3**

Ein Parteikostenersatz steht der obsiegenden Beschwerdegegnerin nicht zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

### **E. 9**

/ 23 Ganzen: BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts 9C\_626/2023 vom 1. Mai 2024 E. 5.2, 9C\_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2 und 8C\_704/2022 vom 27. September 2023 E. 3.3). 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 122 V 157 E. 1c). 4.3.2. Gemäss Rechtsprechung kommt den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass die befragte Arztperson in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit der Gutachtensperson allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Beratende Ärztinnen und Ärzte eines Versicherungsträgers sind hinsichtlich der Beweiseignung ihrer ärztlichen Beurteilungen versicherungsinternen Arztpersonen gleichzusetzen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_434/2023, 8C\_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, 8C\_322/2021 vom 19. Oktober 2022 E. 4.3 und 8C\_446/2021 vom 25. Januar 2022 E. 2.3). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2; Urteile des Bundesgerichts 8C\_562/2023 vom 29. Mai 2024 E. 2.3, 8C\_434/2023, 8C\_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3 und 8C\_62/2023 vom 16. August 2023 E. 4). 4.3.3. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4 und 125 V 351 E. 3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 9C\_290/2022 vom 11. Januar 2023 E. 3, 8C\_166/2022 vom

### **E. 13**

/ 23 Hygrom, eine Flüssigkeitsansammlung, nachgewiesen werden können, jedoch kein Blut. Das Hygrom sei überwiegend wahrscheinlich Ausdruck einer alten, bereits abgebauten Subduralblutung unbekanntes Datums. Das Hygrom sei überwiegend wahrscheinlich älter als zwei Tage, zumal in der CT-Untersuchung kein Blut mehr nachzuweisen gewesen sei. Entsprechend sei die durchgeführte Schädelreparation vom 17. Februar 2024 keine ereigniskausale Behandlung, da damit ein ereignisfremdes Hygrom frontal links entlastet worden sei (UV-act. 76).

### **E. 14**

### **E. 15**

/ 23 Befund nicht unverändert, wie vom Radiologen PD Dr. med. L.\_\_\_\_\_ beschrieben, vielmehr hätten sich jetzt Anhaltspunkte für zwischenzeitlich eingetretene Einblutungen gefunden. Am 30. November 2023 sei der Befund leicht raumfordernd gewesen. Am 16. Januar 2024 habe sich in grösserer Menge nicht mehr ganz frisches subdurales Blut über der linken Hirnhemisphäre gefunden. Es handle sich dabei um einen typischen Verlauf einer mehrzeitigen Subduralblutung, wie vom Radiologen Dipl. med. J.\_\_\_\_\_ am G.\_\_\_\_\_ beschrieben. Das prozesshafte Geschehen sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis vom 4. November 2023 angestossen worden. Es handle sich dabei versicherungsmedizinisch um eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustands (Hygrom). Die Verschlimmerung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers Mitte Februar 2024 mit Verstärkung der Kopfschmerzen und Unwohlsein sei auf die Zunahme des bereits im November 2023 nachweisbaren Subduralhämatoms und seine nunmehr deutlich raumfordernde Wirkung auf das Hirngewebe zurückzuführen. Der operative Eingriff vom 16. Februar 2024 (recte:

### **E. 17**

/ 23 Kausalzusammenhang zwischen einer Kaskade von Einblutungen in das zum Zeitpunkt des Ereignisses vom 4. November 2023 vorbestehende Hygrom und der Schädelprellung mit Hirnerschütterung sei möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Bereits die Entwicklung des vorbestehenden Hygroms, ohne dass der Beschwerdeführer ein auslösendes Ereignis dafür habe benennen können, lasse auf eine bestehende Vulnerabilität der Brückenvenen schliessen (UV- act. 243). 6.4.1. Bei der gegebenen Aktenlage steht fest, dass beim Beschwerdeführer bereits vor dem Unfall vom 4. November 2023 ein Hygrom im Sinne eines Vorzustands vorgelegen hatte. So sind sich die Mediziner einig, dass die initial gestellte Diagnose im E.\_\_\_\_\_ eines subakuten Subduralhämatoms aufgrund fehlender radiologisch dargestellter intrakranieller Blutung nicht zutrifft. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ kommt zum Schluss, dass der Unfall vom 4. November 2023 überwiegend wahrscheinlich zu einer Hirnerschütterung geführt habe, jedoch nur möglicherweise, aber nicht überwiegend wahrscheinlich, teilkausal für die im Verlauf dokumentierten Einblutungen in das Hygrom und damit die Entstehung des Subduralhämatoms sei (vgl. UV-act. 207 zu Frage 1). Er ist der Auffassung, dass die Einblutungen jederzeit auch ohne das Ereignis vom 4. November 2023 hätten eintreten können (vgl. UV-act. 208 zu Fragen 3 und 5). Im Widerspruch dazu ist Dr. med. H.\_\_\_\_\_ der Ansicht, dass die mehrzeitigen Subduralblutungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis vom 4. November 2023 angestossen worden seien und es sich um eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustands (Hygroms) handle (UV-act. 128). 6.4.2. Das Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen (vgl. Erwägung 4.3.1 ff. vorstehend). Seine Feststellungen sind in Kenntnis der Vorakten ergangen, er setzt sich eingehend und sorgfältig mit den Beschwerden des Beschwerdeführers und den bildgebenden Befunden auseinander, seine Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen werden nachvollziehbar und einleuchtend begründet. So erklärte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ zum Verlauf radiologischer Darstellung von Subduralhämatomen in seiner Beurteilung vom 16. Dezember 2024, dass ein akutes Subduralhämatom sich in der kranialen CT zunächst hyperdens darstelle und erst beim Übergang in das chronische

Stadium eine Dichteänderung mit zunehmender Isodensität zum Hirngewebe und schlussendlich homogener Hypodensität entwickle. Ferner würden sich in älteren subduralen Hämatomen durch Koagelbildung und Sedimentierung von Blutbestandteilen oft auch

#### **E. 18**

/ 23 Spiegelbildungen und Septierungen zeigen. Gestützt darauf legte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ anhand der bildgebenden Befunde die Entwicklung des vorbestehenden Hygroms zum Subduralhämatom nachvollziehbar dar. So führte er in seiner Beurteilung vom 16. Dezember 2024 zunächst aus, die kraniale CT vom 6. November 2023 stelle keinen Hinweis auf frische Blutbeimengungen im Hygrom bzw. intrakraniell dar. Bei einem zwei Tage alten Subduralhämatom im akuten Stadium wären klar Hinweise auf eine Blutbeimengung zu erkennen (UV-act. 205). Auch am 14. November 2023 sei eine nahezu identische Darstellung des Hygroms, ohne raumfordernden Effekt und in der Dichte weiterhin liquorisodens, vorgelegen. Ein Hinweis darauf, dass das Ereignis vom 4. November 2023 zu einer akuten subduralen Blutung geführt hätte, ergebe sich auch daraus nicht. Erst im CT-Befund des Schädels vom 30. November 2023 werde eine teilweise unregelmässige Densität beschrieben. Dieser Befund lenke den Verdacht auf eine zwischenzeitliche, eher kleine Einblutung in das vorbestehende Hygrom, sodass anzunehmen sei, dass – wie nicht unüblich im Verlauf chronischer Subduralhämatome bzw. Hygrome – eine spontane Einblutung nach dem 14. November 2023 erfolgt sei. Die CT des Schädels vom 16. Januar 2024 habe einen Befund mit nicht ganz frischem Blut, lokal raumfordernd, wie bereits am 30. November 2023, aber noch ohne Mittellinienverlagerung, gezeigt. Dieser Befund passe zum typischen Verlauf eines Hygroms/Subduralhämatoms. Es spreche bei hyperdensen Anteilen für eine zwischenzeitliche – ebenfalls offenbar ohne äussere Einwirkungen erfolgte – Einblutung, deren Ursache und Datum nicht zuverlässig eingegrenzt werden könnten. Dies sei im Verlauf von Hygromen nicht ungewöhnlich. Im weiteren Verlauf habe sich sodann der raumfordernde Blutungscharakter des Subduralhämatoms entwickelt. So dokumentiere das MRI vom 16. Februar 2024 ein mehrfach gekammertes Subduralhämatom über der linken Hemisphäre mit frischen und chronischen Anteilen sowie raumforderndem Charakter, nunmehr bis 17 mm breit, und Mittellinienverlagerung. Dieser Befund spreche für eine weitere, erneute Einblutung in das Hygrom. Ein solcher Verlauf sei nicht ungewöhnlich, da es vor allem bei älteren Menschen jenseits des 60. Lebensjahres zu spontanen subduralen Blutungen kommen könne, insbesondere wenn bei einer Vorschädigung, wie hier durch das vor dem Ereignis vom 4. November 2023 entstandene Hygrom, die Brückenvenen, aus denen Blutungen in subdurale Hämatome bzw. Hygrome entstünden, unter Spannung stünden und mithin leichter einreissen und bluten könnten (UV-act. 205 f.). 6.4.3.1. Am Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung vermag das Parteigutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 12. August 2024 (UV-act. 123 ff.) inkl. ergänzender Stellungnahme vom 18. Februar 2025 (UV-act. 231 ff.) nichts zu ändern, wie nachfolgend darzulegen ist.

#### **E. 19**

/ 23 Sowohl Dipl. med. J. \_\_\_\_\_ als auch Dr. med. H. \_\_\_\_\_ teilen die Auffassung von Dr. med. I. \_\_\_\_\_, dass erst in der CT vom 30. November 2023 Anzeichen für Einblutungen zu sehen bzw. solche zwischen dem 14. November 2023 und 30. November 2023 erfolgt sind (vgl. UV-act. 105 und UV-act. 233). Zwar äusserte sich Dr. med. H. \_\_\_\_\_ in seiner ersten Beurteilung vom 12. August 2024 noch dahingehend, dass sich bereits im CT-Befund vom

14. November 2023 Anhaltspunkte für zwischenzeitlich eingetretene Einblutungen gezeigt hätten (UV- act. 128). Dies findet allerdings in der Bildgebung keine Stütze. So zeigte der CT- Befund vom 14. November 2023 im Vergleich zur Voruntersuchung vom 6. November 2023 eine unveränderte subdurale Flüssigkeitskolektion eines grössenstationären Hygroms, maximal 6 mm, keinen raumfordernden Effekt, eine unveränderte liquorisodense Dichte und keine neue Blutung (UV-act. 34). Soweit Dr. med. I.\_\_\_\_\_ somit ausführte, am 14. November 2023 sei eine nahezu identische Darstellung des Hygroms vorgelegen, erscheint dies nachvollziehbar. Zudem führte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in seiner erneuten Beurteilung vom 18. Februar 2025 sodann selber aus, entsprechend dem dokumentierten radiologischen Verlauf habe zwischen dem 14. November 2023 und dem 30. November 2023 eine kleine Einblutung in das vorbestehende Hygrom stattgefunden (UV-act. 232). Ebenso geht Dr. med. H.\_\_\_\_\_ mit Dr. med. I.\_\_\_\_\_ einig, dass es zur Entstehung eines chronischen Subduralhämatoms keines besonderen Traumas bedürfe und es bei Menschen jenseits des 60. Lebensjahres auch spontan oder nach Bagatelltraumen zu intermittierenden Blutungen aus den Brückenvenen in den Subduralraum kommen könne (UV-act. 233 und 128). Gleichermassen bestätigte Dr. med. H.\_\_\_\_\_, dass das vorbestehende Hygrom im Subduralraum das Auftreten von Subduralhämatomen begünstige, da die hier verlaufenden Brückenvenen unter Spannung stünden (UV-act. 128 und 233). Die beiden Ärzte stimmen damit miteinander überein, dass ein solches Hygrom eine Prädisposition zum eingetretenen Subduralhämatom bildet. 6.4.3.2. Dr. med. I.\_\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_\_ sind sich damit in den Grundlagen einig. So führt auch der Beschwerdeführer selber aus, es handle sich vorliegend um das Gegenüberstellen zweier Fachmeinungen, die sich in der Grundlage einig seien, jedoch eine andere Gewichtung vornehmen würden. Beide Argumentationslinien schienen schlüssig und könnten als korrekt angesehen werden (vgl. act. A.1 Rz. 18). Dr. med. I.\_\_\_\_\_ hat sich ausführlich mit der hinsichtlich der Kausalitätsfrage im Parteigutachten vom 12. August 2024 (UV- act. 123 ff.) samt ergänzender Stellungnahme vom 18. Februar 2025 (UV-act. 231 ff.) anderslautenden Auffassung von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, wonach das prozesshafte

## **E. 20**

Juni 2024 [UV-act. 97]). Insbesondere zeigte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ schlüssig auf, dass für die Verwirklichung des vorhandenen Risikos, welches vom Vorzustand zur Zeit des Unfalls ausging, bei Menschen jenseits des 60. Lebensjahres selbst jegliche Bagatellursache, wie eine einfache Kopfbewegung, genügt bzw. es auch

## **E. 21**

/ 23 spontan zu Einblutungen kommen kann (UV-act. 243), was auch Dr. med. H.\_\_\_\_\_ nicht in Abrede stellt. Hierzu passt, dass der Beschwerdeführer auch für das vorbestehende Hygrom kein auslösendes Ereignis habe benennen können, was gemäss Dr. med. I.\_\_\_\_\_ ebenfalls auf eine bestehende Vulnerabilität der Brückenvenen schliessen lasse (UV-act 243). Damit erübrigen sich Ausführungen zur Frage nach dem Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhanges zufolge eines Status quo sine. 6.4.4. Schliesslich vermögen auch die Ausführungen von Dipl. med. J.\_\_\_\_\_ in seiner E-Mail 11. Juni 2024 das beweismässige Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_\_ nicht zu entkräften. So äusserte sich dieser auf entsprechende Frage der Beschwerdegegnerin lediglich dazu, wieso es sich bei der in der CT des Schädels vom 6. November 2023 gezeigten Flüssigkeit nicht um Blut handle, und erklärte dies anhand der Dichtewerte (act. 105). Sodann läuft die Argumentation des behandelnden Arztes bzw. Operateurs Dr. med. F.\_\_\_\_\_, wonach ein Kausalzusammenhang

vorliege, da mit dem Unfall die Beschwerden begonnen hätten, auf den beweisrechtlich unzulässigen Schluss "post hoc ergo propter hoc" (vgl. Erwägung 6.4.3.2 vorstehend) hinaus. Im Übrigen ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Erwägung 4.3.6 vorstehend), weshalb ihren Berichten auch deswegen ein vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist.

**E. 22**

/ 23 7. Im Ergebnis erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. Juni 2025 als rechtens, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

**E. 23**

/ 23 Es wird erkannt:

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