

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2025/51 vom 24. März 2026

Sg Versicherungsgericht, 2026-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2025_51

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2025/51 du 24 mars 2026

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2025/51 del 24 marzo 2026

Regeste

Art. 6 Abs. 1 UVG. Würdigung medizinischer Beurteilungen. Die Vertebralisdissektion, welche unstreitig einen Infarkt in der rechten Medulla oblongata des Beschwerdeführers verursacht hat, ist nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Folgen der Vertebralisdissektion bzw. des dadurch bedingten Infarkts ist damit zu verneinen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. März 2026, UV 2025/51).

Erwägungen

E. 1

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin aus dem Ereignis vom 27. Dezember 2022 hat. Wie das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 19. März 2024 entschieden hat, ist das genannte Ereignis als Unfall zu qualifizieren (UV-act. A34). Vorliegend ist lediglich zu prüfen, ob zwischen diesem Unfall und den geklagten Beschwerden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht.

E. 1.1

Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; ANDRÉ NABOLD, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; IRENE HOFER, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt UV 2025/51 4/18

Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; ANDRÉ NABOLD, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Hans-Ulrich Stauffer/Basile Cardinaux [Hrsg.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 5. Aufl. 2024, S. 56). Für die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht in der Regel auf Angaben medizinischer Sachverständiger angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-NABOLD, N 53 zu Art. 6; BSK UVG-HOFER, N 66 zu Art. 6; NABOLD, a.a.O., S. 58 und 61). Im Bereich klar ausgewiesener organischer Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des

Unfallversicherers praktisch keine Rolle (vgl. BGE 117 V 365 E. 5d/bb mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; BGE 118 V 291 f. E. 3a).

E. 1.2

Ob der Kausalzusammenhang gegeben ist, beurteilt sich nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; die blossе Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; THOMAS LOCHER/THOMAS GÄCHTER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70 N 58 f.). Gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung gilt eine gesundheitliche Schädigung beweisrechtlich nicht schon dann als durch den Unfall verursacht, weil sie nach diesem aufgetreten ist (vgl. zu der beweisrechtlich untauglichen Formel "post hoc, ergo propter hoc" [im Sinne von "nach dem Unfall, also wegen des Unfalls"]: BGE 119 V 335 E. 2b/bb; Urteil des Bundesgerichts vom 17. April 2020, 8C_158/2020, E. 3.2). Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, je mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 I 180 f. E. 3.2). Danach haben die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 122 V 157 E. 1a, 121 V 204 E. 6c). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen aber eine Beweislast insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 138 V 218 f. E. 6, 117 V 261 E. 3b mit Hinweisen).

E. 1.3

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG [Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2021, 9C_549/2020, E. 3.1; RENÉ WIEDERKEHR, N 64 zu Art. 43, in: Ueli Kieser/Matthias Kradolfer/Miriam Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, 5. Aufl. 2024] und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden UV 2025/51 5/18

Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Um den Gesundheitszustand beurteilen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren

eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweismässigkeit jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 S. 281 f. E. 1a). Die Rechtsprechung erachtet reine Aktengutachten als beweiskräftig, 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 24. März 2017, 8C_780/2016, E. 6.1).

E. 2

Der angefochtene Einspracheentscheid stützt sich in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilung von Dr. G.____ vom 3. November 2024 (UV-act. M21). Der Beschwerdeführer spricht dieser die Beweiskraft ab und stellt ihr die Einschätzungen von Dr. H.____ und Dr. I.____ vom 3. Dezember 2024 (UV-act. A49 f.) sowie von Dr. H.____ und Dr. K.____ vom 10. September 2025 (act. G1.4) entgegen. Nach Eingang der vorliegenden Beschwerde nahm Dr. G.____ am 21. November 2025 zudem Stellung zu den beiden genannten Einschätzungen (UV-act. M24).

E. 2.1

Für die Annahme unfallkausaler somatischer Restfolgen werden grundsätzlich eine unfallkausale strukturelle Läsion bzw. eine schlecht verheilte strukturelle Läsion als objektivierbares Korrelat verlangt. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des bzw. der Untersuchenden und den Angaben des Patienten bzw. der Patientin unabhängig sind. Folglich kann von objektiv ausgewiesenen organisch-strukturellen Unfallfolgen dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit – wissenschaftlich anerkannten – apparativen/bildgebenden Abklärungen (wie Röntgen, UV 2025/51 6/18

MRT, CT, Arthroskopie) bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2009, 8C_216/2009, E. 2 mit Hinweisen).

E. 2.2

Ein am 30. Dezember 2022 durchgeführtes MRI des Neurocraniums nativ sowie eine MR-Angiographie der hirnversorgenden Gefässe extra- und intrakraniell ergaben einen thrombotischen Verschluss der Arteria vertebralis dextra im V4-Segment bei möglicher kurzstreckiger Dissektion im V3-Segment sowie einen subakuten Infarkt in der Medulla oblongata rechts (UV-act. M12). Eine gleichentags durchgeführte CT des Neurocraniums sowie eine CT-Angiographie der hirnversorgenden Gefässe extra- und intrakraniell zeigten eine Verdämmerung der Arteria vertebralis dextra im Übergang vom V2- in das V3-Segment und eine fehlende Abgrenzbarkeit des V4-Segments, vereinbar mit einer Dissektion (UV-act. M16). Nach einer Sonographie vom 4. Januar 2023 beurteilte der zuständige Neurologe des Spitals E.____, es bestünden Hinweise auf eine Dissektion der Arteria vertebralis im distalen Segment bei wahrscheinlich minimal erhaltener Restperfusion ohne hämodynamische Relevanz in den nachgeschalteten Gefässen (Arteria basilaris; UV-act. M1). Entsprechend der Ergebnisse dieser bildgebenden Untersuchungen hielten die zuständigen Ärzte des Spitals E.____ in ihrem Austrittsbericht vom 6. Januar

2023 als Diagnosen unter anderem einen dorsolateralen Infarkt der Medulla oblongata rechts bei traumatischer vertebraler Dissektion rechts fest (UV-act. M2). Zwischen den Parteien unbestritten und aktenmässig ausgewiesen (act. G1, G1.4, G7, UV-act. A49 f., M21, M24) ist, dass der Infarkt der Medulla oblongata rechts durch eine vertebrale Dissektion verursacht wurde. Nachfolgend ist jedoch zu prüfen, ob die Dissektion überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 27. Dezember 2022 zurückzuführen ist.

E. 2.3

Dr. G.____ führte am 3. November 2024 aus, eine Dissektion sei eine Aufspaltung der verschiedenen Schichten der Wand einer Arterie, meistens bedingt durch einen Riss in der innersten Wandschicht. Durch diesen Riss fliesse Blut in die Gefässwand zwischen der inneren und den äusseren Schichten. Bei einem Blutgefäss, das zum Hirn führe, könne eine Dissektion zu keinen Symptomen, zu lokalen Symptomen und/oder zu einem Hirninfarkt führen. Lokale Symptome entstünden wegen der Verletzung des Gefässes. Das mit Abstand häufigste lokale Symptom seien Schmerzen, die typischerweise auf der Seite des verletzten Gefässes stark und anhaltend seien. Daneben könne die Dissektion zu einer Druckeinwirkung auf umliegende Strukturen führen. Bei einer Dissektion komme es zu einem Hämatom in der Gefässwand, wodurch die Gefässwand oft aufgedehnt werde und das Gefäss dadurch auf benachbarte Strukturen drücken könne. Typischerweise handle es sich um lokale Druckeinwirkungen auf umliegende Nerven, was zu neurologischen Symptomen durch Druckschädigung dieser Nerven führen könne. Solche Druckschäden träten allerdings praktisch ausschliesslich bei Dissektionen der Arteria carotis auf und fast nie bei solchen der Arteria vertebralis (UV-act. M21). UV 2025/51 7/18

E. 2.4

Wie Dr. G.____ am 3. November 2024 ausführte, könne eine Dissektion einer Halsarterie spontan auftreten oder traumatisch bedingt sein. Keine Schwierigkeiten bereite die Zuordnung zu einer traumatischen Genese bei Unfällen mit schwerer Gewalteinwirkung auf den Kopf, vor allem wenn es zu einer Verschiebung zwischen Kopf und HWS komme. Bei der Arteria vertebralis seien vor allem plötzliche Torsionsbewegungen, also Drehbewegungen kritisch. Derartige schwere Unfälle seien aber insgesamt eine seltene Ursache von Halsarterien-Dissektionen, weil solche Unfälle auch insgesamt selten seien. Die allermeisten Fälle von Dissektionen seien nicht mit schweren Unfällen assoziiert. Die Liste von Ereignissen, die als Auslöser einer Dissektion in der Literatur publiziert worden seien, sei ausserordentlich lange und enthalte viele auch sehr alltägliche Aktivitäten, wie zum Beispiel Basketball spielen, eine Geburt, chiropraktische Behandlungen, Tanzen, minime Sportverletzungen, Bahnfahrten in einem Freizeitpark, Tauchen, Geschlechtsverkehr, Skaten, Schwimmen, Tennis spielen, Trampolin springen, Fitnessstraining, Volleyball spielen, Gewichtheben, Yoga, Niessen oder Husten. Sogar die Verwendung eines mehr als 12 cm dicken Kissens werde für 10 % der in der Nacht aufgetretenen Dissektionen der Arteria vertebralis verantwortlich gemacht. Im versicherungsmedizinischen Kontext liege die Schwierigkeit darin, dass viele Auslöser von Dissektionen beschrieben würden, die sich ausschliesslich im Körper selbst, also ohne äusseren Faktor, abspielten. Das mache die Zuordnung einer Dissektion zu einem Ereignis mit einem leichten äusseren Faktor schwierig. Zu klären sei deshalb, zu welchem Zeitpunkt die Dissektion aufgetreten sei. Der Zeitpunkt des Infarkts – als Komplikation der Dissektion – sei nicht relevant. Der Infarkt könne gleichzeitig mit der Dissektion, aber auch Tage bis wenige Wochen später auftreten. Um einen kausalen Zusammenhang zwischen einem

Ereignis und der Dissektion aufzeigen zu können, müsse ein sehr enger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Ereignis und den Symptomen der Dissektion gefordert werden. Ein solches Vorgehen sei erforderlich, um angesichts der Vielzahl der potentiellen Auslöser alle anderen potentiellen Auslöser ausschliessen und ein bestimmtes leichtes Ereignis als überwiegend wahrscheinlichen Auslöser ansehen zu können. Wissenschaftlich sei anerkannt, dass lokale Symptome, insbesondere Nackenschmerzen, ein zuverlässiges Zeichen des Auftretens der Dissektion seien. Diese klinische Beobachtung mache auch aus theoretischen Überlegungen Sinn, da der vermutete pathologische Mechanismus hinter der Dissektion sei, dass durch das auslösende Ereignis eine unphysiologische Krafteinwirkung auf die Gefässwand auftrete, wodurch die innere Wandschicht einreisse. Die Verletzung der Gefässwand trete also im Moment der Krafteinwirkung und damit des auslösenden Ereignisses auf. Die Dissektion entstehe zeitgleich mit dem Ereignis. Durch die Dissektion komme es zur Bildung des Wandhämatoms, was die lokalen Symptome, namentlich den Schmerz, auslöse. Entsprechend würden diese lokalen Symptome unmittelbar nach oder zumindest mit kurzer Latenz zum Ereignis erwartet (UV-act. M21). Wie Dr. G.____ nachvollziehbar schlussfolgerte (vgl. UV-act. M21), müsste zur Bejahung eines Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall vom 27. Dezember 2022 und der Dissektion nachgewiesen werden, dass die Symptome der Dissektion mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unmittelbar beim Unfall oder sehr kurz danach auftraten (vgl. dazu auch die Stellungnahme von Dr. UV 2025/51 8/18

G.____ vom 21. November 2025 [UV-act. M24, S. 5]). Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, wann beim Beschwerdeführer welche Symptome bestanden.

E. 2.5

Der Beschwerdeführer erlitt am 27. Dezember 2022 einen Skiunfall (UV-act. A1). Wie das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen in seiner Entscheidung vom 19. März 2024 erwog, sind die aktenkundigen Sachverhaltsschilderungen nur teilweise deckungsgleich (UV-act. A34, E. 2.3). So oder so ist aber unbestritten, dass es sich nicht um einen schweren Unfall handelte, es aber zu einer gewissen Einwirkung auf den Rücken und die Halsregion kam (UV-act. A34, act. G1). Am 28. Dezember 2022, also am Tag nach dem Unfall, konsultierte der Beschwerdeführer seine Hausarztpraxis. Die dort zuständige medizinische Fachperson hielt als Anamnese fest, der Beschwerdeführer sei beim Skifahren in eine Mulde gefahren. Dabei habe es in der rechten Schulter dorsal wie einen Zwick gegeben. Er sei nicht gestürzt. Nach etwa einer Stunde habe er Übelkeit bekommen. Anlässlich der Untersuchung sei die Beweglichkeit der HWS in allen Richtungen leicht eingeschränkt gewesen. Es habe ein Trigger (gemeint wohl: Triggerpunkt) im oberen Trapezius rechts bestanden. Die zuständige medizinische Fachperson beurteilte, es liege eine muskuläre Dysbalance des Schultergürtels vor. Es werde eine MRT der HWS und der Brustwirbelsäule (BWS) veranlasst. Als Therapie wurde die regelmässige Einnahme von Paracetamol für drei bis vier Tage empfohlen (UV-act. M6). Die in der Hausarztpraxis tätige Dipl. Ärztin F.____ führte in einer E-Mail an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 23. März 2023 zudem aus, der Beschwerdeführer sei primär mit Schmerzen und einer Bewegungseinschränkung der HWS in die hausärztliche Praxis gekommen (UV-act. A27). Dr. G.____ beurteilte am 3. November 2024 nachvollziehbar, die dokumentierten Symptome und Befunde deuteten nicht darauf hin, dass zu diesem Zeitpunkt eine Dissektion die überwiegend wahrscheinliche Ursache gewesen sei. Die später dokumentierte Dissektion habe sich an der Stelle befunden, an der die Arterie vom

Hals in den Schädel eintrete, also in deutlicher Distanz zur Schulterregion, in welcher der Beschwerdeführer einen "Zwick" verspürt habe. Der "Zwick" in der Schulterregion sei nur unwahrscheinlich ein Symptom einer Gefässverletzung im Schädel. Nicht wegweisend sei auch der in der Hausarztpraxis gefundene Triggerpunkt im Musculus trapezius (einem vom Hinterkopf zur Schulter ziehenden Muskel). In diesem Muskel fänden sich auch bei gesunden Menschen ausserordentlich häufig Triggerpunkte (UV-act. M21). Bezüglich der von Dipl. Ärztin F.____ erwähnten Beschwerden an der HWS (vgl. UV-act. A27) ist angesichts der anlässlich der Erstbehandlung diagnostizierten muskulären Dysbalance des Schultergürtels (vgl. UV-act. M6) sowie nachfolgender Erwägungen davon auszugehen, dass sich diese primär auf den unteren Bereich der HWS, also den Grenzbereich zur Schulterregion, bezogen.

E. 2.6

Wie sich dem Bericht des Spitals E.____ vom 6. Januar 2023 entnehmen lässt, sei der Beschwerdeführer in der Nacht vom 30. Dezember 2022 aufgewacht und habe neu aufgetretene einseitige Kopf- und Nackenschmerzen, Kribbelparästhesien der linken Hand / des linken Fusses sowie Schwindel und eine Dysphagie bemerkt. Anamnestisch habe der Beschwerdeführer seit dem Unfall UV 2025/51 9/18

leichte Nackenschmerzen und ein verkleinertes rechtes Auge. Schon seit zwei Tagen bestehe eine intermittierende Schluckproblematik (UV-act. M2). Der Beschwerdeführer begab sich daher am 30. Dezember 2022 auf die Notfallstation D.____ und wurde von dort aufgrund des Verdachts auf einen Schlaganfall ins Spital E.____ verlegt. Die dort zuständigen medizinischen Fachpersonen hielten in ihrem Austrittsbericht vom 6. Januar 2023 fest, bei Eintritt ins Spital habe klinisch ein Horner-Syndrom rechts, eine Blickparese nach links, eine sensible Hemisymptomatik der linken Körperhälfte sowie eine Dysphagie mit asymmetrischen Gaumenbögen und Schluckbeschwerden imponiert (UV-act. M2). Dr. G.____ führte am 3. November 2024 aus, der Beschwerdeführer habe im Zeitpunkt des Spitaleintritts ein Horner-Syndrom gehabt, zu dem unter anderem gehöre, dass die Lidspalte des betroffenen Auges kleiner sei. Bei der Dissektion der Arteria vertebralis könne ein Horner-Syndrom entstehen, wenn als Folge der Dissektion ein Hirninfarkt in einer Region auftrete, in der die entsprechenden Nervenfasern verliefen. Das bedeute, dass das Horner-Syndrom ein Symptom des Hirninfarkts und nicht (direkt) der Dissektion sei. Das gleiche gelte für die Symptome Schwindel und Übelkeit. Es handle sich um Symptome, die bei einem Infarkt der Medulla oblongata auftreten könnten, aber nicht direkt durch lokale Auswirkungen der Dissektion bedingt seien. Wenn also – wie dies der Austrittsbericht des Spitals E.____ vom 6. Januar 2023 (UV-act. M2) suggeriere – das Horner-Syndrom, der Schwindel und die Übelkeit schon unmittelbar nach dem Unfall bestanden hätten und damals schon Symptome der Dissektion gewesen wären, würde das bedeuten, dass bereits zum Unfallzeitpunkt ein Infarkt aufgetreten wäre. Damit würde aber auch gesagt, dass es sich beim Infarkt in der Nacht auf den 30. Dezember 2022 um einen zweiten Infarkt gehandelt habe, weil dannzumal eindeutig neue, andersartige Symptome aufgetreten seien. Dass wegen der Dissektion zwei Infarkte aufträten, sei aber äusserst unwahrscheinlich. Radiologisch habe sich auch nur ein einzelner Infarkt nachweisen lassen, wobei die spezifische Befundkonstellation im MRI vom 30. Dezember 2023 bestens vereinbar sei mit einem erst wenige Stunden alten Infarkt (erst beginnende Demarkation im FLAIR) und nicht mit einem bereits drei Tage alten Infarkt (UV-act. M21).

E. 2.7

Dr. G.____ schlussfolgerte in seiner Beurteilung vom 3. November 2024 überzeugend, aufgrund der medizinischen Dokumentation sei die Dissektion mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Nacht auf den 30. Dezember 2022 aufgetreten, mehr oder weniger gleichzeitig mit dem Infarkt. Erst zu diesem Zeitpunkt seien Symptome dokumentiert, die typisch für eine Dissektion der Halsschlagader seien; namentlich die plötzlich aufgetretenen, andersartigen Hals- und Kopfschmerzen. Die Dissektion sei auf jeden Fall deutlich wahrscheinlicher in der Nacht auf den 30. Dezember 2022 aufgetreten als am 27. Dezember 2022. Die Symptome, die damals dokumentiert gewesen seien ("Zwick" in der Schulter, leichte Nackenbeschwerden, leichte Kopfschmerzen), seien erstens deutlich weniger typisch für eine Dissektion im Bereich der Schädelbasis als die in der Nacht auf den 30. Dezember 2022 aufgetretenen Symptome. Zweitens bliebe, wenn die Nacken- und Kopfbeschwerden schon am 27. oder 28. Dezember 2022 durch die Dissektion bedingt gewesen wäre, unerklärt, warum in der Nacht auf den 30. UV 2025/51 10/18

Dezember 2022 ohne erneute Dissektion neuartige Nacken- und Kopfschmerzen aufgetreten seien. Da die Dissektion damit überwiegend wahrscheinlich erst in der Nacht auf den 30. Dezember 2022 aufgetreten sei, sei es unwahrscheinlich, dass der Unfall vom 27. Dezember 2022 eine Ursache der Dissektion gewesen sei. Eine Krafteinwirkung auf ein Gefäß am 27. Dezember 2022 könne eine Dissektion am 30. Dezember 2022 nicht erklären. Insgesamt stünden die beklagten Beschwerden bzw. die objektiven Befunde damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in natürlichem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 27. Dezember 2022. Bei diesem Ergebnis erübrige es sich, den Kausalzusammenhang zwischen dem im Verlauf diagnostizierten Schlafapnoe-Syndrom (UV-act. M18 ff.) und dem Infarkt zu prüfen (UV-act. M21). Dr. G.____ hielt am 21. November 2025 an seiner früheren Einschätzung fest und äusserte sich detailliert zu den zwischenzeitlich eingegangenen Beurteilungen von Dr. H.____, Dr. I.____ und Dr. K.____ (UV-act. M24, vgl. dazu unten E. 2.8.1 ff.).

E. 2.8

Im Gegensatz dazu beurteilten Dr. H.____ und Dr. I.____ am 3. Dezember 2024, ohne den Unfall vom 27. Dezember 2022 wären die neurologischen Symptome vom 30. Dezember 2022 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht aufgetreten. Sie interpretierten das initiale Schmerzereignis vom 27. Dezember 2022 als Ausgangspunkt der Vertebralisdissektion (UV-act. A49 f.).

E. 2.8.1

Sie begründeten, die beim Beschwerdeführer aufgetretene Ischämie im dorsolateralen Bereich der rechten Medulla oblongata werde auch als Wallenberg-Infarkt bezeichnet. Ursache der Ischämie sei unbestritten eine Dissektion der Arteria vertebralis gewesen. Bei einer Vertebralisdissektion seien die Nacken- und/oder Hinterkopfschmerzen zumeist auf der Seite der Dissektion lokalisiert, könnten aber auch bilateral vorhanden sein. Die initiale Präsentation der Vertebralisdissektion sei insgesamt weniger spezifisch als die der Carotidisdissektion und der Schmerz werde zumeist als muskuloskelettalen Ursprungs (fehl-)gedeutet. Bei der Differenzierung gegenüber zervikogenen Schmerzen sei wichtig, dass die Schmerzen bei einer Dissektion plötzlich begännen, sofort sehr stark ausgeprägt und aus der Vorgeschichte auch nicht bekannt seien. Ein Hinweis auf eine Dissektion könne auch der Beginn der Schmerzen in zeitlichem Zusammenhang mit einer ruckartigen Kopfbewegung sein. Man erkenne, dass die Lokalisation der Nackenkopfschmerzen nach

einer Vertebralisdissektion relativ unspezifisch sei. Dies umso mehr, als bei dem vorliegenden (Bagatell-)Trauma die muskuläre Verspannung Folge eben dieses Traumas sein dürfte. Beim Beschwerdeführer sei der Schmerztriggerpunkt nicht in der rechten Schulter, sondern im oberen Trapeziusbereich und damit sehr nahe an der späteren Dissektionsstelle lokalisiert gewesen (UV-act. A49 f.). Wie Dr. G.____ am 21. November 2025 jedoch ausführte, ist der hausärztlich erwähnte "obere Trapezius rechts" (vgl. UV-act. M6) kein medizinischer Fachbegriff. Anatomisch werde der Musculus trapezius in drei Abschnitte unterteilt: Eine Pars descendens, eine Pars transversa und eine Pars ascendens. Die Pars descendens entspringe am Hinterkopf und den Dornfortsätzen aller Halswirbel und ziehe zum lateralen Anteil des Schlüsselbeins. Der Muskel bilde (mehr oder weniger) ein Dreieck, das nach medial begrenzt werde von den Knochen der HWS, nach UV 2025/51 11/18

lateral von der Aussenseite des Halses und der Oberseite der Schulter sowie nach unten durch eine (gedachte) Linie zwischen dem untersten Halswirbel und der Schulter. Es sei naheliegend, dass die erstbehandelnde medizinische Fachperson mit "oberem Trapezius" die Pars descendens des Musculus trapezius gemeint habe. Die später nachgewiesene Dissektion habe auf Höhe der Eintrittsstelle der Arteria vertebralis in den Schädel, das heisse am Hinterkopf hinter dem Ohr, gelegen. Gemäss zeitnaher Dokumentation habe der Beschwerdeführer den Schmerz hinten in der Schulter angegeben. Die erstbehandelnde medizinische Fachperson habe einen muskuloskelettal bedingten Schmerz im Schultergürtel festgehalten. Wenn Dr. H.____ und Dr. I.____ nun postulierten, der Schmerz sei "sehr nahe" an der Dissektionsstelle gewesen, also am Hinterkopf hinter dem Ohr, könne dem nicht gefolgt werden. Sehr viel wahrscheinlicher sei, dass der Schmerz in der Nähe der Schulter gewesen sei. In diesem Zusammenhang sei zudem zu diskutieren, dass Dr. H.____ und Dr. I.____ davon ausgingen, dass die initialen Schmerzen Folge eines Zervikalsyndroms, also von Muskelverspannungen infolge einer HWS-Problematik, gewesen seien. Dr. H.____ und Dr. I.____ wollten offenbar suggerieren, der schmerzhafteste Triggerpunkt sei Folge einer anlässlich der hausärztlichen Untersuchung vom 28. Dezember 2022 bereits bestehenden Dissektion gewesen. Sie hätten jedoch die Diskussion unterlassen, wie ein schmerzhafter Triggerpunkt infolge Zervikalsyndrom von einem schmerzhaften Triggerpunkt infolge einer Dissektion zu unterscheiden sei. Ebenso hätten sie eine Diskussion unterlassen, wie angesichts der Häufigkeit von Triggerpunkten in diesem Muskel auch bei Gesunden ein Triggerpunkt beim Beschwerdeführer als Ausdruck einer Unfallfolge erkannt werden könnte (UV- act. M24). Die Argumentation von Dr. H.____ und Dr. I.____, wonach der hausärztlich festgestellte Triggerpunkt am oberen Trapezius sehr nahe an der Dissektionsstelle gewesen und für die Unfallkausalität der Dissektion spreche, überzeugt damit – wie Dr. G.____ nachvollziehbar begründete – nicht.

E. 2.8.2

Dr. H.____ und Dr. I.____ führten weiter aus, interessant sei der (im Austrittsbericht des Spitals E.____ vom 6. Januar 2023 erwähnte [UV-act. M2]) Hinweis des Beschwerdeführers, dass er seit dem Unfall vom 27. Dezember 2022 leichte Nackenschmerzen und ein verkleinertes rechtes Auge gehabt habe. Dies weise auf eine mögliche frühzeitige, dissektionsbedingte ipsilaterale neurologische Symptomatik hin. Eine Progression der neurologischen Symptomatik sei in den frühen Morgenstunden des 30. Dezember 2022 aufgetreten. Im Spital E.____ sei dann das typische Wallenberg-Syndrom beschrieben worden. Mehrzeitige ischämische Ereignisse infolge Thrombusprogression nach Dissektion

seien keineswegs so selten, wie von Dr. G.____ dargestellt. Im Akutspital habe die Häufigkeit eines ischämischen Zweitereignisses nach Dissektion einer Halsarterie in einer prospektiven Studie bei ca. 5 % gelegen. Im Gegensatz zu Dr. G.____ interpretierten Dr. H.____ und Dr. I.____ das initiale Schmerzereignis vom 27. Dezember 2022 als Ausgangspunkt der Vertebralisdissektion (UV-act. A49 f.). Wie Dr. G.____ am 21. November 2025 zu Recht bemerkte, ist jedoch auch die von Dr. H.____ und Dr. I.____ genannte Häufigkeit für ein ischämisches Zweitereignis von 5 % als gering zu betrachten.
Dr. UV 2025/51 12/18

G.____ führte aus, ein Rezidiv sei sehr unwahrscheinlich. Unabhängig von der statistischen Wahrscheinlichkeit eines zweiten Infarkts sei der von Dr. H.____ und Dr. I.____ postulierte Mechanismus im konkreten Fall des Beschwerdeführers sehr unwahrscheinlich. Durch eine Dissektion komme es zu einer Veränderung des Blutflusses in der Schlagader, was die Entstehung von Blutgerinnseln fördere. Diese Gerinnsel könnten mit dem Blut weitertransportiert (embolisiert) werden, in einem nachgeschalteten Abschnitt des Blutgefäßes dieses verstopfen und so einen Infarkt auslösen. Dabei sei zufällig, in welches kleine Blutgefäß die Gerinnsel geschwemmt würden. Wenn zweimal ein Gerinnsel entstehe und embolisiert werde, könnten beide Gerinnsel theoretisch zufälligerweise an genau die gleiche Stelle geschwemmt werden und so zwei Infarkte an der gleichen Stelle auslösen. Das sei aber äusserst unwahrscheinlich, vor allem, wenn die betroffene Stelle so klein sei wie beim Beschwerdeführer. Sehr viel wahrscheinlicher sei, dass die beiden Gerinnsel an zwei unterschiedliche Orte im Hirn geschwemmt würden. Beim Beschwerdeführer sei radiologisch nur ein einziger Infarkt nachgewiesen und der erste radiologische Befund sei vereinbar mit einem erst wenige Stunden alten Infarkt. Damit lasse sich ein zweiter, schon mehrere Tage alter Infarkt, nicht nachweisen (UV-act. M24).

E. 2.8.3

Die Beurteilung von Dr. H.____ und Dr. I.____ ist damit insgesamt nicht überzeugend und nicht geeignet, die Einschätzung von Dr. G.____ in Zweifel zu ziehen. Wie Dr. G.____ zudem zu Recht bemerkte (UV-act. M24), ist nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. H.____ und Dr. I.____ die Frage nach dem natürlichen Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bejahten. Dies zumal sie in ihrer Schlussfolgerung eine mögliche frühzeitige neurologische Symptomatik beschrieben hatten. Weiter hatten sie erwähnt, mehrzeitige ischämische Ereignisse seien keineswegs so selten und ein Infarkt könne zeitverzögert auftreten. Sie interpretierten das Ereignis als Auslöser (UV-act. A49 f.). Aus der reinen Möglichkeit eines gewissen Sachverhalts kann jedoch nicht auf eine überwiegende Wahrscheinlichkeit geschlossen werden (vgl. E. 1.2). Wie Dr. G.____ ausführte (UV-act. M24), würde die Schlussfolgerung von Dr. H.____ und Dr. I.____ nur dann Sinn ergeben, wenn nach dem Unfall vom Beschwerdeführer ein Schmerz am Hinterkopf hinter dem Ohr bestanden hätte, der Beschwerdeführer jedoch Schmerzen hinter der Schulter angegeben und der Hausarzt – welcher eine muskuläre Dysbalance im Schultergürtel diagnostiziert habe – sich bezüglich der Lokalisation der Schmerzen geirrt hätte. Der Beschwerdeführer hätte unmittelbar nach dem Unfall einen ersten Hirninfarkt haben müssen, den man auf dem MRI allerdings nicht hätte nachweisen können. Dann hätte der unwahrscheinliche Fall eines zweiten Infarkts auftreten müssen, wobei bei diesem zweiten Infarkt das Blutgerinnsel von allen möglichen Stellen im Hirn zufälligerweise an genau die gleiche Stelle hätte geschwemmt werden müssen wie beim ersten Infarkt. Es sei Dr. H.____ und Dr. I.____ zuzustimmen, dass ein solcher Ablauf möglich sei und man die

Symptome so interpretieren könne. Das ändere aber nichts daran, dass der genannte Ablauf unwahrscheinlich sei (UV-act. M24). Die Beurteilung von Dr. G.____ scheint insofern überzeugend, als in der Kausalkette von Dr. H.____ und Dr. I.____ gleich mehrere nur mögliche Ereignisse aufeinanderfolgen. UV 2025/51 13/18

E. 2.9

Am 10. September 2025 nahmen Dr. H.____ und Dr. K.____ Stellung zum Fall und beurteilten, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass der Skiunfall des Beschwerdeführers zur initialen Vertebralisdissektion geführt habe (act. G1.4).

E. 2.9.1

Sie führten erneut aus, die Ätiologie der meisten Dissektionen sei unbekannt. Das Ursachenspektrum umfasse iatrogene als auch traumatische Geschehnisse. Die meisten Dissektionen träten spontan auf oder seien mit einem vorausgegangenen trivialen Trauma assoziiert. Eine prospektive Studie habe ergeben, dass bei 81 % der Fälle eine Assoziation mit einer plötzlichen Kopfbewegung bestehe. Kopfschmerzen seien in der Studie in der Hälfte bis zu 2/3 der Fälle aufgetreten und seien typischerweise ipsilateral und okzipital lokalisiert gewesen. Nackenschmerzen seien bei der Hälfte aufgetreten und als graduell beschrieben worden. Der Schmerz sei üblicherweise einseitig gewesen, aber bei 1/3 der Betroffenen auch beidseitig aufgetreten. Das mediane Zeitintervall zwischen Auftreten der Dissektion und zerebraler Ischämie habe in der Studie zwei Wochen und 15 Stunden betragen. Primär könne zusammenfassend festgehalten werden, dass es die typische Vertebralisdissektion nicht gebe, was auch der klinisch neurologische Alltag widerspiegle. Nicht jeder Patient leide initial an Kopfschmerzen, nicht jeder Patient habe Nackenschmerzen und auch die Lokalisation des Schmerzes könne täuschen. Ebenso helfe die Intensität des Schmerzes nicht weiter. Sie schlussfolgerten, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass der Skiunfall des Beschwerdeführers zur initialen Vertebralisdissektion geführt habe. Der initiale Gefäßeinriss könne am Anfang auch nur klein gewesen sein und daher wenige Symptome ausgelöst haben, welche als muskuläre Dysbalance fehlinterpretiert worden seien. Nachfolgend sei es mit einer kurzen Latenz zu einem Fortschreiten der Dissektion gekommen, welche dann auch eine arterio-arterielle Embolie mit ischämischem Stroke im Sinne eines Wallenberg-Syndroms ausgelöst habe. Die Argumentation, dass Nackenschmerzen ein zuverlässiges Zeichen des Auftretens einer Vertebralisdissektion seien, sei mit Verweis auf die genannte Studie zu verwerfen. Bezüglich der Lokalisationsangabe der Nackenschmerzen sei die Argumentation, dass diese sich genau über der Vertebralisdissektion befinden müssten, ebenfalls abzulehnen. Dasselbe gelte für die Argumentationen, dass ein schweres Trauma mit Torsionsbewegung habe vorliegen müssen und dass die Vertebralisdissektion und die Ischämie zeitgleich oder mit ganz kurzer Latenz hintereinander auftreten müssten (act. G1.4).

E. 2.9.2

Dr. G.____ bestätigte am 21. November 2025 die theoretischen Ausführungen von Dr. H.____ und Dr. K.____ grundsätzlich. Er hielt jedoch fest, dass der initiale Gefäßeinriss allenfalls nur klein gewesen und es danach mit Latenz zu einem Fortschreiten der Dissektion gekommen sei, könne nicht bestätigt werden. Ein solcher Mechanismus werde in der medizinischen Literatur als spekulativ bezeichnet. Dr. H.____ und Dr. K.____ unterlaufe eine Art Rückschaufehler. Sie wüssten, dass als Auslöser von Vertebralisdissektionen oft triviale Traumata genannt würden. Sie blickten nach der Diagnose der Dissektion deshalb zurück

und schauen, ob sich ein triviales Trauma finden lasse. Wenn sie dann ein UV 2025/51 14/18

solches Trauma drei Tage vorher fänden, betrachteten sie dies als ursächlich. Dies sei aber für die versicherungsmedizinische Fragestellung nicht zulässig. Angesichts der Vielzahl potentieller Auslöser hätten sie auch diese berücksichtigen müssen. Das heisse, sie hätten beispielsweise untersuchen müssen, ob der Beschwerdeführer beispielsweise habe husten, erbrechen oder niessen müssen, ob er Geschlechtsverkehr gehabt habe, Yoga gemacht habe, sportlichen Aktivitäten nachgegangen sei oder auf einem hohen Kissen geschlafen habe. Da fast sicher sei, dass der Beschwerdeführer in den Tagen vor dem Hirninfarkt auch andere potentielle Auslöser für die Dissektion erlebt habe, dürfe nicht einfach der Unfall vom 27. Dezember 2022 als einzelner aus einer Vielzahl denkbarer Ursachen hervorgehoben werden. Die versicherungsmedizinische Beurteilung des Kausalzusammenhangs habe umgekehrt zu erfolgen. Ausgangspunkt sei nicht der spätere Gesundheitsschaden, sondern der ursprüngliche Unfall. Es sei zu prüfen, ob zu beweisen sei, dass der Unfall für den späteren Gesundheitsschaden verantwortlich gewesen sei (UV-act. M24). Insgesamt ist die Beurteilung von Dr. H.____ und Dr. K.____ damit nicht geeignet, die überzeugende und nachvollziehbare Einschätzung von Dr. G.____ in Zweifel zu ziehen.

E. 2.10

In Kenntnis der genannten Beurteilungen von Dr. H.____, Dr. I.____ und Dr. K.____ hielt Dr. G.____ am 21. November 2025 an seiner Einschätzung vom 3. November 2024 (UV-act. M21) fest. Er äusserte sich erneut überzeugend zum zeitlichen Verlauf der Beschwerden und den vorliegenden bildgebenden Untersuchungen. Er schlussfolgerte schlüssig und einleuchtend, es sei nicht ausgeschlossen, dass die für eine Vertebralisdissektion sehr viel weniger typischen Beschwerden, die schon am 28. Dezember 2022 bestanden hätten, bereits schon durch eine Vertebralisdissektion bedingt gewesen seien. Sehr viel wahrscheinlicher sei aber, dass die Dissektion erst in der Nacht auf den 30. Dezember 2022 aufgetreten sei, als mit einem Mal alle typischen Symptome dieser Störung gleichzeitig aufgetreten seien. Letztlich lasse sich die Frage nicht definitiv klären. Es sei medizinisch nicht möglich, den Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. Dezember 2022 und der am 30. Dezember 2022 diagnostizierten Vertebralisdissektion zu beweisen, wie es umgekehrt auch nicht möglich sei, den Zusammenhang auszuschliessen. Es gebe keine medizinische Untersuchungsmethode, mit der die Frage besser geklärt werden könnte. Insbesondere könnte eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers die Frage nicht besser klären. Die Schwierigkeit in der Beweisführung liege darin, dass nicht zu klären sei, ob okkult, quasi unter der Oberfläche, zwischen dem 27. und dem 30. Dezember 2022 schon eine asymptomatische oder wenig symptomatische Vertebralisdissektion vorhanden gewesen sei (UV-act. M24).

E. 2.11

Ebenfalls im Recht liegt eine E-Mail von Dipl. Ärztin F.____ vom 23. März 2023, welche in der Hausarztpraxis der Erstbehandlung vom 28. Dezember 2022 tätig war. Diese hatte ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 17. Dezember 2022 mit den Ski in ein für ihn vorher nicht ersichtliches grösseres Schlagloch gefahren. Da er nicht auf diese erhebliche Pistenunebenheit gefasst gewesen UV 2025/51 15/18

sei, sei seine Körperspannung nicht darauf eingestellt gewesen. Durch die unvorhergesehene Wucht sei es zu einer HWS-Stauchung und einer Verletzung (Dissektion) der Arteria vertebralis gekommen. Die genannte Arterie verlaufe direkt durch die Foramina transversalia der HWS, stehe also direkt mit der HWS in Kontakt. Primär sei der Beschwerdeführer mit Schmerzen und Bewegungseinschränkung der HWS in die Hausarztpraxis gekommen. Zwei Tage später – also im zeitlich direkten Zusammenhang mit dem Unfall – habe er sich mit Schlaganfallsymptomen im Spital vorgestellt. Man sei dort wegen der Wucht und Unvorhersehbarkeit des Unfalls von einer traumatischen Vertebralisdissektion mit konsekutivem dorsolateralen Infarkt der Medulla oblongata rechts ausgegangen. Es lägen beim Beschwerdeführer zwar Risikofaktoren für ein vaskuläres Ereignis vor, jedoch sei der zeitliche Zusammenhang zwischen dem traumatischen Ereignis und der Dissektion eindeutig und der Schlaganfall als Unfallfolge zu betrachten (UV-act. A27). Die Beurteilung von Dipl. Ärztin F.____ überzeugt insofern nicht, als sie sich im Gegensatz zu Dr. G.____ und zumindest auch Dr. H.____, Dr. I.____ und Dr. K.____ nicht mit anderen möglichen Auslösern der Dissektion auseinandersetze. Sie bejahte den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der Dissektion einzig aufgrund der zeitlichen Nähe der beiden. Die Einschätzung von Dr. F.____ ist damit nicht geeignet, um die überzeugenden Beurteilungen von Dr. G.____ in Frage zu stellen. Dasselbe gilt für die aktenkundigen Berichte des Spitals E.____ vom 6. Januar und 23. März 2023. In beiden Berichten hielten die zuständigen medizinischen Fachpersonen als Diagnose einen dorsolateralen Infarkt der Medulla oblongata rechts bei traumatischer vertebraler Dissektion rechts nach HWS-Stauchungstrauma am 27. Dezember 2022 fest (UV-act. M2, M9). Im Bericht vom 23. März 2023 wurde ausserdem ausgeführt, es sei am 30. Dezember 2022 ein ischämischer Hirninfarkt in der dorsolateralen Medulla oblongata diagnostiziert worden, höchstwahrscheinlich auf dem Boden einer traumatisch bedingten Dissektion der Arteria vertebralis im V3-Segment rechts (UV-act. M9). Der in den Diagnosen erwähnte Zusatz "nach HWS-Stauchungstrauma" ist nicht im Sinne einer Bezeichnung der Ursache der genannten Diagnose zu verstehen. Mit einer "Statusdiagnose" wird lediglich die zeitliche Abfolge bezeichnet. Sie ist nicht gleichbedeutend mit "unfallkausal". Soweit im Bericht vom 23. März 2023 des Spitals E.____ – wie erwähnt – von "höchstwahrscheinlich" gesprochen wird, ist festzuhalten, dass dies nicht mit der versicherungsmedizinisch relevanten "überwiegenden Wahrscheinlichkeit" gleichzusetzen ist. Die zuständigen medizinischen Fachpersonen des Spitals E.____ begründeten im Übrigen nicht, weshalb die Dissektion beim Skiunfall vom 27. Dezember 2022 geschehen sein soll bzw. ob auch ein anderes Trauma infrage käme.

E. 2.12

Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei bereits kurz nach seinem Unfall eine Verkleinerung der Lidspalte im rechten Auge aufgetreten. Er sei von seinem Bekannten L.____ darauf angesprochen worden. Dieser sei als Zeuge zu befragen (act. G1). Wie bereits erwähnt, wurde im Austrittsbericht des Spitals E.____ vom 6. Januar 2023 anamnestisch festgehalten, der Beschwerdeführer habe seit dem Unfall ein verkleinertes rechtes Auge (UV-act. M2). Ein solches wurde jedoch anlässlich der UV 2025/51 16/18

Konsultation in der Hausarztpraxis vom 28. Dezember 2022 nicht dokumentiert. Wie von Dr. G.____ überzeugend beurteilt (vgl. UV-act. M21, M24), ist ein verkleinerter Lidspalt Zeichen eines Horner- Syndroms, welches Symptom eines Infarkts ist. Es ist zwar nicht ausgeschlossen, dass ein solches bereits kurz nach dem Unfall auftrat. Dies würde jedoch

für das Auftreten von zwei Infarkten nacheinander sprechen, was aufgrund der medizinischen Aktenlage als unwahrscheinlich zu gelten hat (vgl. E. 2.6). Mit der Beschwerdegegnerin (act. G7) ist festzuhalten, dass von einer allfälligen Zeugenaussage diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind. Der Antrag des Beschwerdeführers auf Befragung von L.____ ist damit abzuweisen.

E. 2.13

Insgesamt ist gestützt auf die überzeugenden Beurteilungen von Dr. G.____ der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 27. Dezember 2022 und der Vertebralisdissektion zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen. Die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die Folgen der Vertebralisdissektion bzw. des dadurch bedingten Infarkts der Medulla oblongata rechts ist damit zu verneinen.

E. 3

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen. UV 2025/51 18/18

E. 3.1

Im Sinne der Erwägungen ist der angefochtene Einspracheentscheid nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

E. 3.2

Gerichtskosten sind mangels gesetzlicher Grundlage im UVG keine zu erheben (vgl. dazu Art. 61 lit. fbis ATSG).

E. 3.3

Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Die Beschwerdegegnerin hat unabhängig vom Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario; vgl. BGE 126 V 150 f. E. 4b f.). UV 2025/51 17/18

Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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