

200 24 188 UV
FUE/FRJ/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. Oktober 2024

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Frésard

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Einspracheentscheid vom 30. Januar 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1979 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war bei der C. _____ als ... angestellt und dadurch bei der AXA Versicherungen AG (AXA bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als gemäss Schadenmeldung UVG vom 21. April 2019 am 13. April 2019 (recte: 13. Februar 2019) ein Kind ungebremst mit den Ski in die Versicherte hineinfuhr und diese sich an der linken Hand verletzte (Akten der AXA [act. II] A1, A4). Die AXA anerkannte ihre Leistungspflicht und erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern (vgl. act. II A120, A140, A143, A154).

Mit formlosem Schreiben vom 14. Juli 2022 (act. II A208) teilte die AXA der Versicherten gestützt auf eine Aktenbeurteilung ihres beratenden Arztes mit, die geklagten Beschwerden stünden spätestens ab dem 8. Oktober 2019 nicht mehr in einem Kausalzusammenhang mit dem erwähnten Ereignis, weshalb ab diesem Zeitpunkt kein Anspruch mehr auf Leistungen bestehe. Auf eine Rückforderung der zu viel erbrachten Leistungen werde verzichtet. Nachdem sich die Versicherte damit nicht einverstanden erklärt hatte (act. II A213), hielt die AXA mit Verfügung vom 7. September 2022 (act. II A214) an ihrer Beurteilung fest. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache (vgl. act. II A218, A224, A226) wies die AXA nach Einholung einer Stellungnahme der MEDAS D. _____ (act. II A230, Akten der AXA [act. IIA] M59), welches im Auftrag der Invalidenversicherung ein bidisziplinäres Gutachten erstellt und auf Anfrage der Versicherten ebenfalls zur Unfallkausalität und zur Aktenbeurteilung des beratenden Arztes der AXA Stellung genommen hatte (vgl. MEDAS-Gutachten vom 14. Dezember 2022 [act. IIA M54-M57]), mit Entscheid vom 30. Januar 2024 (act. II A235) ab.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 4. März 2024 Beschwerde beim Verwaltungsgericht. Sie beantragt die Aufhebung des angefochtenen Entscheids und die weitere Ausrichtung der gesetzlichen UVG-Leistungen.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Juni 2024 schloss die Beschwerdegegnerin 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 30. Januar 2024 (act. II A235). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung über den 8. Oktober 2019 hinaus und dabei, ob zwischen dem Ereignis vom 13. Februar 2019 und den ge-

klagten Beschwerden über den 8. Oktober 2019 hinaus ein Kausalzusammenhang besteht.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 148 V 356 E. 3 S. 358; 147 V 161 E. 3.1 S. 162 f., 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181).

2.2 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 andern 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).

2.3 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 Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser 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. 121 E. 5.1).

2.4 Bei organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen deckt sich die adäquate Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier praktisch keine selbstständige Bedeutung (BGE 149 V 218 E. 5.2 S. 220; 140 V 356 E. 3.2 S. 358; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar sind und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen, insbesondere bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1 S. 251; SVR 2020 UV Nr. 34 S. 137 E. 3.2).

2.5 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 147 V 161 E. 3.3 S. 163).

2.6 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 blosser Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die Beweis-

last – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer (BGE 146 V 51 E. 5.1 S. 56).

2.7 Zur Klärung der Leistungspflicht des Unfallversicherers, insbesondere der Frage der natürlichen Kausalität, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99). Insbesondere ist der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 23. Dezember 2022, 8C_410/2022, E. 4.2).

3.

3.1 Aufgrund der Akten erstellt und insoweit zwischen den Parteien zu Recht unbestritten ist, dass das Ereignis vom 13. Februar 2019, bei dem ein Kind ungebremst mit den Ski in die Versicherte hineinfuhr und diese an der linken Hand verletzte (act. II A1, A4), einen Unfall im Rechtssinne (Art. 4 ATSG) darstellt und dass die Beschwerdeführerin in der Folge an Beschwerden an der linken Hand litt (vgl. act. II A235). Die Beschwerdegegnerin hat denn auch entsprechende Versicherungsleistungen in Form von Heilbehandlung und Taggeldern erbracht (vgl. act. II A120, A140, A143, A154). Umstritten ist demgegenüber, ob die Beschwerdeführerin auch über den 8. Oktober 2019 hinaus Anspruch auf Leistungen der Unfallversicherung hat bzw. ob die geklagten Beschwerden in einem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 13. Februar 2019 stehen. Da die Beschwerdegegnerin das Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen – insbesondere die leistungsbegründende natürliche Unfallkausalität – anerkannt hatte, liegt die Beweislast für das Dahinfallen des Kausalzusammenhangs bei ihr (vgl. E. 2.6 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht bzw. zur Frage der Kausalität lässt sich den Akten das Folgende entnehmen:

3.2.1 Im Bericht der hausärztlichen Notfallpraxis vom 15. Februar 2019 (act. IIA M15) diagnostizierte Dr. med. E._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, ein Quetschtrauma an der linken Hand. Als Befund nannte sie eine Schwellung und ein Hämatom über dem PIP Digitus II mit kleiner Schürfung. Es bestünden Schmerzen über dem Digitus I und II der linken Hand. Radiologisch habe keine Fraktur festgestellt werden können (vgl. hierzu auch act. IIA M1).

3.2.2 Das MRI der linken Hand vom 1. April 2019, Spital F._____, (act. IIA M5) zeigte eine Partialläsion des radialen Kollateralbandes mit Signalanhebung sowie minimal begleitendem periartikulärem Kontrastmitlenhancement, keine Zeichen der Beteiligung der volaren Platte, minimale Signalalteration des sagittalen Bandes, Geröllzysten, DD partiell intraossäres Ganglion distale Metacarpale III. Ebenfalls zeigte sich eine fokale proximale diaphysäre Läsion <3 mm Metacarpale II, DD posttraumatisch.

Ein weiteres MRI der linken Hand vom 11. Juli 2019 (act. IIA M10) zeigte im Vergleich zur Voruntersuchung einen rückläufigen Befund in Höhe Metacarpo-Phalangealgelenk II im dorsoradialen Kapselansatzbereich. Es bestehe ein Verdacht auf ein neu sich entwickelndes Ganglion volarseitig in Höhe Köpfchen Metakarpale II. Die übrigen Befunde seien wie vorbeschrieben.

3.2.3 Im Bericht des Spitals G._____ vom 9. Oktober 2019 (act. IIA M13) wurde ein Status nach Partialläsion des radialen Kollateralbandes vom Februar 2019, ein Verdacht auf eine Knorpelläsion, ein Verdacht auf eine Synovitis sowie ein Verdacht auf eine begleitende A1-Ringbandstenose diagnostiziert. Als Befund wurde eine Druckdolenz palmar und palmoradial über dem MCP II aufgeführt (S. 1). Klinisch- und sonographisch zeige sich das Kapselband stabil (S. 2).

Im Bericht derselben Klinik vom 20. Dezember 2019 (act. IIA M14) wurde als Befund namentlich eine lokal isolierte Druckdolenz über dem A1-Ringband des Zeigefingers aufgeführt. Ansonsten bestünden keine sonstigen Druckdolenz am Zeigefinger, insbesondere auch nicht über dem radialen Kollateralband. Das radiale Kollateralband am MC II Gelenk zeige sich in der klinischen Prüfung stabil (S. 1).

Am 28. Februar 2020 diagnostizierten die Ärzte des Spitals G._____ (act. IIA M17) eine Tendovaginitis stenisans A1-Ringband Digitus II an der linken Hand und empfahlen ein operatives Vorgehen.

Gemäss Operationsberichten des Spitals G._____ vom 7. Mai 2020 sowie vom 22. Juni 2020 wurde am 4. Mai 2020 eine A1-Ringbandsplattung Digitus II Hand links, Synovektomie der Beugesehnenscheide (act. IIA M18) und am 15. Juni 2020 – aufgrund einer persistierenden Tendovaginitis mit unklarem proximalen Schnappphänomen – eine Tenosynovektomie mit Spaltung Palmarfaszie Digitus II links (act. IIA M28) durchgeführt.

Die operierende Ärztin hielt am 5. August 2020 (act. IIA M27) zum Verlauf fest, die weiter bestehenden Schmerzen über dem A1-Ringband seien am ehesten auf eine Neurapraxie oder eine Kompression durch Vernarbung postoperativ zurückzuführen (S. 1).

In einem weiteren Verlaufsbericht des Spitals G._____ vom 20. August 2021 (act. IIA M47) wurde festgehalten, die vor drei Monaten durchgeführte Infiltration habe die Beschwerden nicht anhaltend lindern können. Diese Tatsache und die klinische Untersuchung würden tendenziell gegen eine entzündliche Ätiologie der Schmerzen sprechen, solange diese nicht auf ein pathologisches Korrelat zurückgeführt werden könnten. Ebenfalls spreche die klinische Untersuchung gegen eine neuropathische Schmerzätiologie. Der erhaltene Bewegungsumfang sowie die Trophik würden sodann gegen ein CRPS sprechen (S. 2).

3.2.4 Gemäss Bericht von Dr. med. H._____, Fachärztin für Neurologie, vom 10. Februar 2022 (act. IIA M51) könne elektrophysiologisch bei normaler Neurographie des N. medianus keine höhergradige Schädigung des Nervs im Bereich des Karpaltunnels nachgewiesen werden. Eine intermittierende Reizsymptomatik sei dadurch nicht ausgeschlossen. Die persistierende Hyposensibilität am Digitus II links könnte auch durch eine Schädigung im Bereich eines Endastes des N. medianus bedingt sein (S. 2).

3.2.5 In der Aktenbeurteilung UVG vom 4. Juli 2022 (act. IIA M53) führte der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. I._____, Facharzt für Chirurgie, aus, anlässlich des Unfalls vom 13. Februar 2019 sei es

zu einem Anpralltrauma des P1 volar mit lokaler Schürfung gekommen, wobei die dokumentierten Schürfungen den Ort der erfolgten Krafteinwirkung distal des MCP des Zeigefingers links gezeigt hätten. Später seien die Beschwerden eher proximal im Bereich des vorseitigen MCP-Köpfchens angegeben worden. Verletzungsfolgen hätten in einer Traumatisierung der Gelenkkapsel radial bzw. radiopalmar sowie in einer Traumatisierung des Grundgliedes des zweiten Fingers der linken Hand bestanden. In den beiden durchgeführten MRT hätten indes keine strukturellen Veränderungen proximal des MCP – namentlich im Bereich des A1-Ringbandes – dokumentiert werden können, die eine unfallkausale A1-Ringbandstenose überwiegend wahrscheinlich hätten machen müssen (S. 5 f.). Im MRT vom 1. April 2019, gut sechs Wochen nach dem Trauma, hätten sich überwiegend degenerative Veränderungen mit Geröllzystenbildung und intraossärem Ganglion des Metacarpaleköpfchens 3 gezeigt. Das Ereignis vom 13. Februar 2019 habe nur zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustands geführt (S. 6). Weil weder eine geeignete Krafteinwirkung im Bereich des A1-Ringbandes stattgefunden habe noch strukturelle, als posttraumatisch zu wertende Veränderungen in diesem Bereich in den beiden MRT dokumentiert worden seien, sei die Pathologie des A1-Ringbandes "überwiegend wahrscheinlich bzw. (mit) an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit" nicht als unfallkausal zu werten. Hinzu komme, dass bereits früher anderweitige, typische Symptome hätten auftreten müssen, damit die Pathologie des A1-Ringbandes als Folge des Unfallereignisses hätte geltend gemacht werden können. Indes seien (im Anschluss an den Unfall) weder ein Krepitieren noch andere, indirekte Zeichen für ein Gleithindernis erhoben worden. Damit seien die A1-Ringbandstenose, die Folgen des operativen Eingriffes der A1-Ringbandspaltung, die postoperative Narbenbildung, der damit verbundene Revisionseingriff, die damit verbundene, überwiegend wahrscheinliche Nervenläsion und die konsekutiven, neuropathischen Schmerzen nicht als unfallkausal zu werten (S. 6 f.). Die (unfallkausale) Partiailläsion des radialen Kollateralbandes sei sodann gemäss Untersuchung vom 11. Juli 2019 bereits zu diesem Zeitpunkt rückläufig gewesen. In der Untersuchung vom 7. Oktober 2019 seien sodann keine posttraumatischen Befunde mehr erhebbare gewesen. Die weiter proximal des MCP angegebene, noch bestehende Druckdolenz könne zwar nicht sicher eingeordnet werden. Aufgrund der Bildgebung könne aber ein

unfallkausaler Folgezustand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit klar verneint werden. Spätestens zu diesem Zeitpunkt sei somit der Status quo (sine) definitiv erreicht gewesen (S. 6 f.)

3.2.6 In ihrer Konsensbeurteilung (act. IIA M54 S. 4 ff.) hielten die Gutachter des ZMB Dres. med. J._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und K._____, Facharzt für Handchirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, die Beurteilung von Dr. med. I._____ sei in sich plausibel und folgerichtig. Es fänden sich in den Akten keine eindeutigen Hinweise auf eine strukturelle Schädigung der Region des A1-Ringbandes Digitus II, die für die Entwicklung einer posttraumatischen Tendovaginitis stenosans verantwortlich sein könnte. Das verletzte Kollateralband sei gemäss den Ultraschallkontrollen nach ungefähr fünf Monaten verheilt gewesen und sollte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Schmerzursache mehr darstellen. Die Schmerzpersistenz, die seit dem Unfall bestehe, könne durch die festgestellten Befunde über diese lange Zeit nicht erklärt werden (S. 14 Ziff. 4.9.9). Ein Teil dieser persistierenden Schmerzen im Zeigefingerstrahl (Metakarpale II distal bis zur Kuppe) sei folglich nur noch möglicherweise auf das Unfallereignis vom 13. Februar 2019 zurückzuführen, weil objektivierbare, strukturelle Veränderungen nicht mehr nachweisbar seien. Die neuropathischen Schmerzen – die Hyp- und Dysästhesien am palmarulnaren Zeigefinger links – seien sodann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge des Revisionseingriffes vom 15. Juni 2020 (S. 13 Ziff. 4.9.7 sowie S. 14 Ziff. 4.9.9).

In der ergänzenden Stellungnahme vom 12. Dezember 2023 (act. IIA M59) hielt Dr. med. K._____ auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin präzisierend fest, das persistierende Schmerzproblem am Zeigefinger links bestehe aus zwei Komponenten: Einerseits bestünden seit dem Unfall Schmerzen im ganzen Zeigefinger mit Druckdolenzen über dem A1-Ringband, der Grund-, Mittel und Endphalanx, welche nicht mehr durch strukturelle Schäden erklärt werden könnten. Mangels nachweisbarer struktureller Schäden seien diese Schmerzen nur noch möglicherweise Folge des Ereignisses vom 13. Februar 2019. Andererseits zeigten sich palmarulnar schmerzhaft Sensibilitätsstörungen (Dys- und Hypästhesie) mit

einer Zweipunkteldiskrimination von über 1cm. Diese bestünden seit der Operation vom 15. Juni 2020 und seien überwiegend wahrscheinlich die Folge dieses Revisionseingriffes (Nervenschädigung durch Traktion und/oder Schwellung und evtl. durch die Anästhesie [S. 3 f.]).

3.3 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).

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. 8 E. 3.2). Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beur-

teilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mit-hin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hin-tergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.4 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass des vorliegend an-gefochtenen Einspracheentscheids vom 30. Januar 2024 (act. II A235) auf die Aktenbeurteilung des beratenden Arztes Dr. med. I. _____ vom 4. Juli 2022 (act. IIA M53). Diese erfüllt die höchstrichterlichen Beweisan-forderungen an ein Aktengutachten (vgl. E. 3.3 hiervor). Dass Dr. med. I. _____ keine klinische Exploration der Beschwerdeführerin durchge-führt hat, ist nicht zu beanstanden, konnte er sich doch aufgrund der medi-zinischen Akten einschliesslich der bildgebenden Untersuchungen ein ge-samthhaft lückenloses Bild verschaffen (vgl. E. 3.3 hiervor). Zudem kann insbesondere (auch) die Kausalität im Rahmen eines Aktengutachtens erörtert werden (Entscheid des BGer vom 9. November 2011, 8C_383/2011, E. 4.2). Dr. med. I. _____ hat sich in seiner Beurteilung einlässlich mit den Unterlagen, die Aufschluss über den Geschehensablauf geben, sowie den klinisch und bildgebend festgestellten Befunden ausein-ander gesetzt und umfassend und nachvollziehbar dargelegt, dass es an-llässlich des Ereignisses vom 13. Februar 2019 entsprechend den doku-mentierten Schürfungen zu einer Krafteinwirkung distal des Metacarpopha-langealgelenks (MCP) des Zeigefingers der linken Hand gekommen ist, die zu einer Traumatisierung der Gelenkkapsel radial bzw. radiopalmar sowie des Grundgliedes geführt hat. Dass die erst in der Untersuchung vom 7. Oktober 2019 (vgl. act. IIA M13) erstmals vermutete und am 28. Februar 2020 (vgl. act. IIA M17) diagnostizierte A1-Ringbandstenose (Tendovagini-tis stenosans) unfallkausal war, schloss er mit überwiegender Wahrschein-lichkeit bzw. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit aus. Dies weil gemäss seiner einleuchtenden Beurteilung keine geeignete Kraftein-wirkung im Bereich des A1-Ringbandes (sondern eben distal des MCP resp. über dem PIP volarseitig) stattgefunden hat, sich in den beiden MRT vom 1. April 2019 (act. IIA M5) bzw. vom 11. Juli 2019 (act. IIA M10) kei-nerlei strukturelle Veränderungen bzw. Hinweise auf eine Traumatisierung im Bereich des A1-Ringbandes entnehmen lassen und sich im Anschluss an den Unfall keinerlei typische Symptome für eine unfallkausale A1-Ringbandstenose gezeigt haben bzw. dokumentiert worden sind. Gestützt

auf das MRT vom 11. Juli 2019 (act. IIA M10) und auf die Sonographie vom 7. Oktober 2019 (act. IIA M13) hielt er sodann fest, dass der Status quo (sine) spätestens am 7. Oktober 2019 erreicht gewesen war, weil zu diesem Zeitpunkt keine posttraumatischen Befunde mehr erhebbar gewesen sind. Damit kam er zum Schluss, dass auch die Folgen des operativen Eingriffes der A1-Ringbandspaltung, die postoperative Narbenbildung, der Revisionseingriff, die damit verbundene, überwiegend wahrscheinliche Nervenläsion und die konsekutiven, neuropathischen Schmerzen nicht als unfallkausal zu werten sind. Diese Ausführungen sind schlüssig und überzeugen. Ausserdem wurden sie durch den versicherungsexternen Handchirurgen des ZMB – der im Übrigen eine klinische Exploration der Beschwerdeführerin durchgeführt hat – explizit für folgerichtig befunden: Dieser bestätigte, dass sich keine Hinweise auf eine strukturelle Schädigung der Region des A1-Ringbandes entnehmen lassen, die für die Entwicklung einer posttraumatischen A1-Ringbandstenose verantwortlich sein könnte. Sodann hielt er fest, dass das verletzte Kollateralband ungefähr fünf Monate nach dem Ereignis verheilt gewesen war und keine unfallkausalen Restbeschwerden ausgemacht werden können. Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hielt er zwar fest, dass die Schmerzen im Zeigefingerstrahl mangels objektivierbarer, struktureller Veränderungen (nur) möglicherweise auf das Unfallereignis zurückzuführen sind; die blosse Möglichkeit einer Unfallkausalität begründet indes keine Leistungspflicht (vgl. E. 2.3 hiavor).

Soweit die Beschwerdeführerin hiergegen für das Bestehen einer Unfallkausalität vorbringt, sie habe vor dem Unfallereignis keinerlei Beschwerden an der linken Hand oder am Zeigefinger gehabt und die von Dr. med. I. _____ erwähnten degenerativen Veränderungen seien völlig symptomlos gewesen (Beschwerde S. 5), läuft diese Argumentation auf die im gegebenen Kontext praxismässig unzulässige Beweismaxime "post hoc, ergo propter hoc" hinaus (vgl. BGE 149 V 218 E. 5.6 S. 223; 119 V 335 E. 2b bb S. 341; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 156 E. 4.2): Das Auftreten von Beschwerden nach einem Unfallereignis erbringt für sich allein nämlich keinen genügenden Nachweis für den Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Gesundheitsschädigung. Dies umso weniger, wenn – wie hier – bereits degenerative Veränderungen vorlagen. Soweit die Beschwerdeführerin sodann geltend macht, dass es wesentlich wahrscheinlicher sei, dass

die unfallkausalen Schmerzen zu Fehlbelastungen bzw. zu einer chronischen Überlastung des A1-Ringbandes und schliesslich zu der A1-Ringbandstenose geführt haben, womit diese Pathologie, die entsprechenden Operationen und die operativ verursachte Nervenläsion unfallkausal seien (Beschwerde S. 7), sind diese Ausführungen unbehelflich. Die Beschwerdeführerin bzw. ihr Rechtsvertreter sind als medizinische Laien zur Beurteilung des natürlichen Kausalzusammenhangs der persistierenden Beschwerden offenkundig nicht befähigt (vgl. Entscheid des BGer vom 21. Juni 2016, 9C_614/2015, E. 5.1). Sodann liegen auch keine medizinischen Unterlagen im Recht, die diese Ausführungen stützen bzw. die Beurteilung des Dr. med. I. _____ in Zweifel ziehen. Dass im Verlaufsbericht des Spitals G. _____ vom 15. März 2021 (act. IIA M37) vermerkt wurde, die Tenosynovitis des Zeigefingers sei „posttraumatisch“ ausgelöst worden und die Hyposensibilität distal könne „evtl. posttraumatisch“ erklärt werden, vermag die ausführliche Beurteilung von Dr. med. I. _____ nicht in Zweifel zu ziehen, zumal die medizinische Verwendung des Begriffs „Trauma“ aus rechtlicher Sicht ohnehin keine Rückschlüsse auf einen allfälligen natürlich-kausalen Zusammenhang bzw. eine Unfallkausalität zu begründen vermag (Entscheid des BGer vom 29. Mai 2020, 8C_241/2020, E. 6.1). Auch der kurzen Stellungnahme des ersten beratenden Arztes der Beschwerdegegnerin vom 9. Februar 2020 (act. II M16), in welcher die geklagten Beschwerden noch als unfallkausal gewertet wurden, lässt sich keine ausdrückliche und begründete Beurteilung der Unfallkausalität betreffend die A1-Ringbandstenose entnehmen; ebenso enthält diese Stellungnahme kein Indiz, das gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung des beratenden Arztes resp. des Gutachters sprechen würde.

3.5 Nach dem Dargelegten bestehen keine auch nur geringen Zweifel (vgl. E. 3.3 hiervor) an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Aktenbeurteilung von Dr. med. I. _____ (act. IIA M53). Damit ist gestützt auf die Beurteilung von Dr. med. I. _____ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die weiterhin geklagten Beschwerden am Zeigefinger der linken Hand über den 8. Oktober 2019 hinaus nicht in einem Kausalzusammenhang zum Ereignis vom 13. Februar 2019 stehen, womit die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht über den 8. Oktober 2019 hinaus zu Recht verneint hat.

4.

Zusammenfassend ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 30. Januar 2024 (act. II A235) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch wird eine Parteienschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- AXA Versicherungen AG, Generaldirektion
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

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.