



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 12. März 2026 (725 25 195)

Unfallversicherung

Keine geringen Zweifel am versicherungsinternen Bericht, da die vom Beschwerdeführer geltend gemachten medizinischen Beschwerden berücksichtigt wurden und es an ihm im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht gewesen wäre, neue Arztberichte vorzulegen.

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Christof Enderle, Gerichtsschreiberin Liv Engelhardt

Parteien A.____, Beschwerdeführer

gegen

Suva, Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1995 geborene A.____ war bei der Schweizerischen Unfallversicherung (Suva) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als er am 18. März 2024 im Regen beim Heben einer Schalltafel ausrutschte und sich mit der rechten Hand auffing, wobei er eine Partialruptur des Ligamentum collaterale radiale Dig. I rechts erlitt. Nachdem die Suva die gesetzlichen Versicherungsleistungen ausgerichtet hatte, stellte sie diese mit Verfügung vom 8. Januar 2025 rückwirkend per 9. Dezember 2024 ein. Im Wesentlichen stützte sich die Suva

dabei auf eine kreisärztliche Beurteilung vom 6. Dezember 2024, nach welcher die Unfallfolgen acht Wochen nach dem Unfallereignis als abgeheilt zu betrachten seien. Die dagegen erhobene Einsprache vom 5. Februar 2025 wurde mit Entscheid vom 22. April 2025 abgewiesen.

B. Dagegen erhob A.____ am 26. Mai 2025 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte sinngemäss die Aufhebung des Einspracheentscheides und die Ausrichtung der Leistungen. Im Wesentlichen begründete er dies damit, dass er noch immer Schmerzen in der rechten Hand verspüre, welche auf das Unfallereignis zurückzuführen seien.

C. Mit Vernehmlassung vom 6. Juni 2025 schloss die Suva auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat (Abs. 1). Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat; lässt sich keiner dieser Orte ermitteln, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem das Durchführungsorgan seinen Sitz hat (Abs. 2). Der Beschwerdeführer wohnt in Deutschland, womit bei der örtlichen Zuständigkeit der Wohnsitz des letzten schweizerischen Arbeitgebers massgeblich ist. Der Versicherte arbeitete zuletzt bei der B.____ AG in C.____, BL. Die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft ist somit zu bejahen. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde des Versicherten vom 26. Mai 2025 ist demnach einzutreten.

2. Streitig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen zu Recht per 9. Dezember 2024 eingestellt hat.

3.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufs-

unfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs. 1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 Prozent invalid ist, sofern sich der Unfall vor Erreichen des ordentlichen Rentenalters ereignet hat. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustands der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG).

3.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 177 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, zu deren Beantwortung die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – auf ärztliche Erkenntnisse angewiesen ist. Für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 125 V 456 E. 5c, 123 V 98 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu

beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b). Im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2.1, 127 V 103 E. 5b/bb).

4.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Das Gericht hat diese nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So kommt beispielsweise Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen nicht derselbe Beweiswert zu wie einem im Verfahren nach Art 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt, er wird ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen). Gestützt auf den Untersuchungs-

grundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

6. Für die Beurteilung des vorliegenden Sachverhalts sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen von Relevanz:

6.1 Die erstbehandelnden Ärzte des Spitals F.____ stellten im Austrittsbericht vom 18. März 2024 die Verdachtsdiagnose einer Läsion des radialen Seitenbandes am Daumengrundgelenk rechts. Am rechten Daumen bestehe kein Frakturachweis. Im Bereich des Daumengrundgelenks radial liege eine Schwellung und ein Hämatom vor, dort bestehe auch eine maximale Druckdolenz.

6.2 Mit Bericht vom 22. März 2024 diagnostizierten PD Dr. med. D.____, FMH Handchirurgie und plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie, und Dr. med. E.____, FMH plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie, des Spitals F.____ eine Partialruptur von RCL Dig. I rechts.

6.3 Gemäss Bericht vom 17. Mai 2024 des behandelnden Arztes, dipl. med. G.____, Facharzt für Allgemeinchirurgie (D), sei die Beweglichkeit des Daumengrundgelenks am 14. Mai 2024 noch erheblich eingeschränkt gewesen und das Kollateralband sei weiterhin klinisch fest. Mit dem Verbleib einer Minderung in der Erwerbsfähigkeit aufgrund des Unfallereignisses vom 18. März 2024 sei nicht zu rechnen.

6.4 Im Verlaufsbericht vom 9. Juli 2024 berichtete dipl. med. G.____ von weiter bestehenden belastungsabhängigen Beschwerden im Bereich des rechten Daumengrundgelenks. Das Kollateralband sei fest und die Beugung sei noch auf circa 30 Grad eingeschränkt. Die Bewegungseinschränkung und die belastungsabhängigen Beschwerden würden sich nur langsam zurückbilden. Hinweise auf eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung würden keine bestehen und es gebe keine Bedenken, dass der Beschwerdeführer in seine bisherige Tätigkeit zurückkehren könne.

6.5 Gemäss Bericht vom 2. August 2024 von Dr. D.____ und Dr. med. E.____, Fachärztin Chirurgie, habe sich der Beschwerdeführer aufgrund subjektiv empfundener Schmerzen und einer Bewegungseinschränkung selbst in das Spital F.____ zugewiesen. Sie stellten als Diagnose einen Verdacht auf Partialruptur des RCL sowie UCL MCP-Gelenk Digitus I rechts. Das Integument sei intakt und es würden weder Rötungen noch Schwellungen bestehen. Ulnarseitig liege eine leichte Druckdolenz vor, radialseitig sei das MCP-Gelenk druckindolent. Es zeige sich am ehesten eine primär narbenbedingte Bewegungseinschränkung sowie Schmerzen. Diese könnten über mehrere Monate anhalten.

6.6 Dipl. med. G.____ nannte im Verlaufsbericht vom 23. August 2024 den Abbruch der Belastungserprobung sowie die Intensivierung der Ergotherapie aufgrund zunehmender Beschwerden im Daumengrundgelenk. Die Kollateralbänder des Daumengrundgelenks seien wei-

terhin klinisch stabil, die Sensibilität sei regelrecht und die Beugung sei schmerz- sowie schwellungsbedingt eingeschränkt. Psychische Beschwerden würden weiterhin keine bestehen.

6.7 Mit Bericht vom 12. November 2024 diagnostizierte Dr. med. H.____, FMH Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Schmerzen am Thenar rechts nach Distorsion des Daumengrundgelenks am 18. März 2024. Der Beschwerdeführer habe von Schmerzen im Verlauf der FPL-Sehne und in Höhe des Thenars berichtet, ein Schnappphänomen am Daumen sei nicht aufgetreten und Kribbelparästhesien würden verneint. Zusätzlich würden leichte Schmerzen am streckseitigen Daumengrundgelenk bestehen. Inspektorisch sei auffallend, dass eine starke Beschwellung und Verschmutzung der Hände an den Nagelrändern vorliege, was auf eine Verwendung der Hände im Rahmen einer manuellen Tätigkeit rückschliessen lasse. Der Daumen sei unauffällig und ohne Schwellung, es würden keine Hinweise für eine CRPS oder ein Allodynie-Areal bestehen. Gemäss einem MRT vom 29. Oktober 2024 sei das ulnare und radiale Kollateralband in Kontinuität abgebildet. Nahe der ulnaren Insertion an der Basis der Grundphalanx befinde sich ein submillimeter grosses Ganglion an der Gelenkkapsel. Es bestehe ein diskretes Knochenmarködem am Metacarpale I Köpfchen radialseitig. Insgesamt seien die Beschwerden weder klinisch noch bilddiagnostisch zu verifizieren. Zusammen mit dem Beschwerdeführer habe sich Dr. H.____ ab dem 18. November 2024 zu einem Arbeitsversuch in einem Pensum von 30 % entschieden. Dieses solle nach einer Woche auf ein 50%iges Pensum gesteigert werden bis zum Wiedervorstellungstermin Mitte Dezember 2024.

6.8 Die B.____ AG teilte der Beschwerdegegnerin am 26. November 2024 mit, der Arbeitsversuch sei vom Beschwerdeführer jeweils nach zwei bis drei Stunden ohne Abmeldung abgebrochen worden. Es bestehe der Verdacht, dass der Beschwerdeführer in Deutschland einer zweiten Anstellung nachgehe.

6.9 Am 29. Oktober 2024 diagnostizierte PD Dr. med. I.____, FMH Radiologie, eine geringgradige Knochenmarkreaktion im Metacarpus 1 Köpfchen, dorsoradialseitig lokalisiert, direkt im Insertionsbereich des radialen Kollateralbandes. Ein Banddefekt sei aktuell nicht nachweisbar und auch würden keine Synovitis-Zeichen vorliegen.

6.10 Mit Schreiben vom 1. Dezember 2024 gab dipl. med. G.____ an, die Behandlung des Beschwerdeführers bei ihm sei abgeschlossen, da sich der Beschwerdeführer nicht mehr bei ihm gemeldet habe.

6.11 In seiner Beurteilung vom 6. Dezember 2024 hielt der versicherungsinterne Arzt, Dr. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, anhand der vorliegenden Unterlagen fest, der Beschwerdeführer habe eine Distorsion des Daumens mit ausgeschlossener struktureller Läsion erlitten. In Anlehnung an den Reintegrationsleitfaden Unfall 2010 des Schweizerischen Versicherungsverbandes verheile eine banale Dau-mendistorsion innert wenigen Tagen. Spätestens acht Wochen nach dem Unfallereignis hätten keine Unfallfolgen mehr vorgelegen.

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrem Entscheid über die Leistungseinstellung in ihrer Verfügung vom 8. Januar 2025 und im Einspracheentscheid vom 22. April 2025 im Wesentlichen auf die Beurteilung von Dr. J.____. Sie ging demzufolge davon aus, dass die geklagten Beschwerden organisch nicht erklärt werden könnten und dass die Verletzung acht Wochen nach dem Unfallereignis abgeheilt sei. Auch wies sie auf die sogenannte «Psycho-Praxis» gemäss BGE 115 V 133 hin, welche bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfallereignis im Rahmen der Adäquanzprüfung anwendbar ist.

7.2 In seiner Beschwerde vom 26. Mai 2025 machte der Beschwerdeführer geltend, er verspüre seit dem Unfallereignis Schmerzen im Daumen. Er verwies auf einen in den Akten nicht vorliegenden Bericht von Dr. K.____, welcher die Schmerzen mit einem Knochenmarködem begründen würde. Ab dem 16. Juni 2025 komme es zu einer Magnetfeldtherapie. Dr. H.____ habe behauptet, es gebe kein Recht auf schmerzfreie Arbeit, während die Ärzte dipl. med. G.____, Dr. K.____ und Dr. L.____ den Unfall für die Schmerzen als ursächlich ansehen würden.

8.1 Vorab ist festzuhalten, dass der von der Beschwerdegegnerin zitierten Rechtsprechung zur Psycho-Praxis vorliegend keine Relevanz zukommt. Den Akten sind mehrere Berichte von dipl. med. G.____ zu entnehmen, die das Vorliegen von psychischen Beschwerden klar verneinen. Auch in den anderen medizinischen Berichten finden sich keine Hinweise auf eine psychische Fehlentwicklung und eine solche wird auch vom Beschwerdeführer nicht behauptet. Ausführungen zur von der Beschwerdegegnerin aufgeworfenen Adäquanzprüfung bei psychischen Fehlentwicklungen nach einem Unfallereignis erübrigen sich somit.

8.2 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann auf die medizinischen Ausführungen von Dr. J.____ vom 6. Dezember 2024 zur Beurteilung der Unfallkausalität abgestellt werden. Nach dem oben Ausgeführten (vgl. E. 3.2 hiavor) ist Berichten versicherungsinterner Fachpersonen Beweiswert zuzuerkennen, sofern keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen bestehen. Solche Zweifel sind vorliegend nicht ersichtlich. Dr. J.____ erstellte unter Berücksichtigung der Vorakten sowie der geklagten Beschwerden eine schlüssige und für die streitigen Belange umfassende Beurteilung, wenngleich die Begründung in einzelnen Punkten etwas knapp ausfiel. Seine Beurteilung vom 6. Dezember 2024 erweist sich aber insgesamt sowohl in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge als auch bezüglich der daraus gezogenen Schlussfolgerungen als überzeugend. Sie erfüllt somit alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiswertige ärztliche Entscheidungsgrundlagen. Insbesondere fällt dabei ins Gewicht, dass den Akten kein divergierender Arztbericht zu entnehmen ist, welcher der Einschätzung von Dr. J.____ widersprechen würde. So dokumentieren jene Arztberichte, welche acht Wochen nach dem Unfallereignis vom 18. März 2024 verfasst wurden zwar die subjektiv empfundenen Schmerzen des Beschwerdeführers, indes findet sich keine objektive Erklärung für diese. Ferner ist zu beachten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen bis zum 9. Dezember 2024 und somit weit über die von Dr. J.____ attestierte Heilungsdauer von acht Wochen hinaus erbrachte. Während eine Leistungseinstellung nach acht Wochen allenfalls geringe Zweifel an der Beurteilung vom 6. De-

zember 2024 hätte begründen können, liegen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach fast neun Monaten nach dem Unfallereignis keine Unfallfolgen mehr vor.

8.3 Am Beweiswert der Beurteilung von Dr. J._____ vom 6. Dezember 2024 vermögen die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Argumente nichts zu ändern. So verweist der Beschwerdeführer auf Berichte von Ärzten, welche sich nicht in den Akten befinden. Es wäre dem Beschwerdeführer möglich gewesen, die entsprechenden Arztberichte im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht vorzulegen (vgl. E. 5 hiavor). Auch die Behauptung des Beschwerdeführers, seine Leiden seien auf ein unfallbedingtes Knochenmarködem zurückzuführen, begründen keine Zweifel an der Beurteilung von Dr. J._____. Dieser nahm in seiner Beurteilung vom 6. Dezember 2024 Bezug auf den Arztbericht vom 12. November 2024 von Dr. H._____. Darin wurde unter anderem ein diskretes Knochenmarködem am Metacarpale I Köpfchen radialseitig diagnostiziert, doch konnten die Beschwerden trotz der Befunde weder klinisch noch bilddiagnostisch verifiziert werden. Mangels eines gegenteiligen medizinischen Berichts kann folglich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, ein unfallbedingtes Knochenmarködem sei ursächlich für die geklagten Beschwerden. Schliesslich sind den Akten entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers keine ärztlichen Beurteilungen zu entnehmen, welche eine Unfallkausalität resp. eine mangelnde Abheilung über das Einstellungsdatum vom 9. Dezember 2024 hinaus begründen würden.

9. Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 22. April 2025 nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen.

10. Gemäss Art. 61 lit. f^{bis} ATSG ist das Verfahren bei Streitigkeiten über Leistungen kostenpflichtig, wenn dies im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehen ist. Sieht das Einzelgesetz keine Kostenpflicht vor, kann das Gericht einer Partei, die sich mutwillig oder leichtsinnig verhält, Gerichtskosten auferlegen. Da das UVG keine Kostenpflicht vorsieht und sich die Parteien weder mutwillig noch leichtsinnig verhalten haben, sind für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben. Der anwaltlich nicht vertretene Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.