

SV 25 12

Entscheid vom 1. Dezember 2025
Sozialversicherungsabteilung

Besetzung

Vizepräsidentin Barbara Brodmann, Vorsitz,
Verwaltungsrichterin Dr. med. Carole Bodenmüller,
Verwaltungsrichter Stephan Zimmerli,
Gerichtsschreiber Florian Marfurt.

Verfahrensbeteiligte

A. __,

Beschwerdeführerin,

gegen

AXA Versicherungen AG,

Beschwerdegegnerin.

Gegenstand

Leistungen UVG

Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der AXA Versicherungen AG vom 16. April 2025.

Sachverhalt:

A.

Die 1993 geborene A.____ («Beschwerdeführerin») war bis am 31. Januar 2021 beim B.____ als Assistenzärztin angestellt und in dieser Funktion weiterhin gegen die Folgen von Unfällen bei der AXA Versicherungen AG («Axa»/«Beschwerdegegnerin») versichert, als sie am 11. Februar 2021 auf einer vereisten, steilen Treppe hinfiel (Schadenmeldung vom 15. Februar 2021, Axa-act. A1) und sich unter anderem eine Handgelenkskontusion links und eine Kontusion gluteal rechts sowie tieflumbal mit Glutealhämatom zuzog (Bericht des Spitals ____ vom 23. Februar 2021, Axa-act. M1). Zur Prüfung ihrer Leistungspflicht führte die Axa medizinische Abklärungen durch. Nach dem 20. Januar 2022 (vgl. Axa-act. A11) fanden keine weiteren fallbezogenen Untersuchungen mehr statt und es wurde keine weitere Korrespondenz geführt, bis A.____ der Axa mit E-Mail vom 29. Dezember 2023 meldete, es seien weitere, auf das Ereignis vom 11. Februar 2021 zurückzuführende Folgebehandlungen notwendig (Axa-act. A12). Nach weiteren Abklärungen verneinte die Axa einen Anspruch von A.____ auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung (Schreiben vom 22. Juli 2024, Axa-act. A23). Daraufhin reichte die Beschwerdeführerin weitere Akten ein (E-Mail vom 3. August 2024, Axa-act. A27). Ohne Anerkennung einer Rechtspflicht beglich die Axa Rechnungen für eine Arztkonsultation sowie Physiotherapie-Sitzungen und kündigte sinngemäss an, bei weiterhin verweigerter Mitwirkung nicht auf erneute Leistungsgesuche einzutreten (Schreiben vom 8. August 2024, Axa-act. A30). Nachdem die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen nachreichte, übermittelte die Axa diese zur Prüfung an ihren medizinischen Dienst. Gestützt auf den entsprechenden Bericht von Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 28. Oktober 2024 (Axa-act. M14) verfügte die Axa am 13. November 2024 die Einstellung ihrer Leistungen per 7. Dezember 2021, da die über diesen Zeitpunkt hinaus beklagten Beschwerden nicht länger auf das Ereignis vom 11. Februar 2021 zurückzuführen seien (Axa-act. A36). Auf Einsprache von A.____ hin (Axa-act. A38) hielt die Axa mit Entscheid vom 16. April 2025 an ihrer Verfügung fest (Axa-act. A40).

B.

Dagegen erhob A.____ Verwaltungsgerichtsbeschwerde und beantragte sinngemäss die die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen durch die Axa für das Ereignis vom 11. Februar 2021 (amtl. Bel. 1).

C.

In der Folge traf das angerufene Verwaltungsgericht Abklärungen bei A.____ und der Axa betreffend seine örtliche Zuständigkeit (amtl. Bel. 2 ff.).

D.

In ihrer Vernehmlassung schloss die Axa auf Abweisung der Beschwerde (amtl. Bel. 8).

E.

Anlässlich ihrer Replik verlangte A.____ eine Wiedererwägung durch die Axa als auch einen Weiterzug der Angelegenheit «an die nächste richterliche Instanz» und hielt ansonsten im Wesentlichen an ihren Anträgen fest (amtl. Bel. 10).

F.

Ausgehend von der Annahme, dass die Beschwerdeführerin einem Irrtum betreffend Verfahrensstand unterlag, informierte das Gericht A.____ mit Schreiben vom 17. September 2025 über die noch immer ausstehende gerichtliche Beurteilung und forderte sie auf, innert zehn Tagen mitzuteilen, ob sie tatsächlich nur eine «Wiedererwägung» wünsche, ansonsten vom Festhalten an der gerichtlichen Überprüfung ausgegangen werde (amtl. Bel. 11). Nachdem die Beschwerdeführerin hierauf keine weitere Eingabe getätigt hat, war der Schriftenwechsel abgeschlossen (amtl. Bel. 12).

G.

Die Sozialversicherungsabteilung des Verwaltungsgerichts Nidwalden hat die vorliegende Beschwerdesache anlässlich ihrer Sitzung vom 1. Dezember 2025 in Abwesenheit der Parteien beraten und beurteilt. Auf die Ausführungen der Parteien wird – soweit erforderlich – in den Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 16. April 2025 ist in Anwendung des UVG ergangen. Gemäss Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 ATSG (SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide des Unfallversicherers beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Die Versicherte hatte im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung ihre Schriften in ___ (NW) hinterlegt (E-Mail vom 23. Mai 2025, amtl. Bel. 4B), womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Sachlich zuständig ist die Sozialversicherungsabteilung, die in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 39 i.V.m. Art. 33 Ziff. 2 GerG [NG 261.1]). Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin des angefochtenen Entscheids persönlich berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen gerichtlicher Überprüfung (Art. 59 ATSG). Da die übrigen Beschwerdevoraussetzungen zu keinen Bemerkungen Anlass geben, ist auf die Beschwerde einzutreten.

2.

2.1

Streitig und zu prüfen ist die Leistungspflicht der Axa für die Folgen des Ereignisses vom 11. Februar 2021.

2.2

Die Axa hat im angefochtenen Einspracheentscheid die Rechtsprechung bezüglich Rückfälle und Spätfolgen zutreffend wiedergegeben. Darauf kann verwiesen werden. Zu ergänzen bleibt Folgendes:

2.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt unter anderem voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder

unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere.

Die Versicherungsleistungen werden auch bei Rückfällen und Spätfolgen gewährt (Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung [SR 832.202; UVV]), wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_421/2018 vom 28. August 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.4

Zu betonen ist, dass der Unfallversicherer bei der Leistungspflicht gemäss Art. 11 UVV für Rückfälle und Spätfolgen nicht auf der Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder bei früheren Rückfällen behaftet werden kann, weil die unfallkausalen Faktoren durch Zeitablauf wegfallen können. Es obliegt dem Leistungsansprecher, das Vorliegen eines Kausalzusammenhangs zwischen dem als Rückfall oder Spätfolge geltend gemachten Beschwerdebild und dem Unfall nachzuweisen. Nur wenn die Unfallkausalität mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, entsteht eine erneute Leistungspflicht des Unfallversicherers; dabei sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis umso strengere Anforderungen zu stellen, je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_802/2019 vom 23. März 2020 E. 2.2 mit Hinweisen).

2.5

Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs bzw. dessen Wegfallens ist in erster Linie mit den Angaben medizinischer Fachpersonen zu führen. Dabei ist zu beachten, dass ärztliche Auskünfte, die allein auf der Argumentation beruhen, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen seien erst nach dem Unfall aufgetreten, beweisrechtlich nicht zu verwerten sind (vgl. zur Unzulässigkeit der Beweismaxime "post hoc ergo propter hoc" Urteil des Bundesgerichts 8C_589/2017 vom 21. Februar 2018 E. 3.2.4 mit Hinweisen).

2.6

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung verfügen diese Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht über dieselbe Beweiskraft wie ein gerichtliches oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlasstes Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweismwürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Beratende Ärzte eines Versicherungsträgers sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_685/2024 vom 5. September 2025 E. 5.2 mit Hinweisen).

2.7

Auch reine Aktenbeurteilungen sind 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 8C_574/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3.2 mit Hinweisen).

2.8

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

3.

3.1

Die Beschwerdeführerin machte gemäss den Akten im Verlauf sowie im Beschwerdeverfahren verschiedentlich geltend, ihr Fall sei nicht abgeschlossen (amtl. Bel. 10 S. 2). Ob sie sich damit gegen den durchgeführten internen Fallabschluss, die danach verfügte rückwirkende Leistungseinstellung oder die Einstufung der gemeldeten Beschwerden als Rückfall wendet, wird nicht abschliessend klar. Die Fallführung der Beschwerdegegnerin trägt dabei nichts zur Klärung bei: Die Axa führte im angefochtenen Einspracheentscheid aus, sie habe den Fall der Versicherten aus administrativen Gründen am 7. April 2022 abgeschlossen, da nach einer Rechnung vom 27. Dezember 2021 für die Sonografie vom 5. Oktober 2021 keine weiteren Behandlungs- und Abklärungskosten eingereicht worden seien (Axa-act. A40 S. 2). Die Mitteilung der Beschwerdeführerin vom 29. Dezember 2023 über die Notwendigkeit von weiteren Folgebehandlungen aufgrund des Unfalls vom 11. Februar 2021 (vgl. Axa-act. A12) nahm die Axa als Meldung eines Rückfalls entgegen (Schreiben und Fragebogen vom 11. Januar 2024, Axa-act. A13). Die Versicherte ging in der erwähnten Mitteilung jedoch davon aus, dass der Fall nach wie vor offen und nicht abgeschlossen sei. Im Fragebogen zur Rückfallmeldung vom 14. Januar 2024 hielt sie dementsprechend im Wesentlichen fest, es habe kein Abschluss der Behandlungen bzw. des Falls stattgefunden, die Schmerzen seien nie ganz verschwunden und es seien weitere – offenbar durch sie selbst verordnete – Behandlungen (Physiotherapie, Lymphdrainage, medizinische Massnahme, Akupunktur, Ultraschall) durchgeführt worden (Axa-act. A14). In der dem angefochtenen Einspracheentscheid vorangehenden Verfügung vom 13. November 2024 entschied die Axa denn auch nicht über einen Rückfall der Versicherten, sondern verfügte die rückwirkende Einstellung ihrer Leistungen per 7. Dezember 2021, da die beklagten Beschwerden nach diesem Zeitpunkt in keinem Kausalzusammenhang zum Unfallereignis mehr stünden (Axa-act. A36). Im Einspracheentscheid vom 16. April 2025 ging die Axa dann davon aus, dass «mit der Mitteilung der Einsprecherin vom 29. Dezember 2023 zweifellos eine Rückfallkonstellation» vorliege (Axa-act. A40 S. 5) und verneinte ihre Leistungspflicht auch unter diesem Aspekt, da sich der Gesundheitszustand seit Dezember 2021 bis zur erneuten Behandlungsaufnahme im November 2022 oder Oktober 2023 nicht erheblich verschlechtert habe.

3.2

Die Argumentationslinie der Axa wirkt unbeständig: Während sie zunächst einen rein internen Fallabschluss vornahm (zur grundsätzlichen Zulässigkeit desselben vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_400/2013 vom 31. Juli 2013 E. 4) und darauf die Meldung vom 29. Dezember 2023 – folgerichtig – als Rückfall entgegengenommen hatte, stellte sie ohne Prüfung desselben ihre Leistungen mit der Verfügung vom 13. November 2024 rückwirkend (auf einen Zeitpunkt vor dem internen Fallabschluss) ein. Im darauffolgenden Einspracheentscheid vom 16. April 2025 behandelte die Axa sodann ausführlich die Thematik des Rückfalls, obwohl dies in der angefochtenen Verfügung nicht thematisiert worden war und die Versicherte im gesamten Verfahren und auch in ihrer Einsprache vom 16. November 2024 (Axa-act. A38) nie von einem Rückfall ausgegangen war, sondern darauf bestand, dass der Fall gar nie abgeschlossen gewesen sei.

Die Frage, ob nach durchgeführtem Fallabschluss ein Rückfall zu behandeln ist oder aber eine erstmalige Leistungseinstellung zu prüfen ist, kann von entscheidender Bedeutung sein und ist entsprechend klar voneinander abzugrenzen, was die Axa bei ihrem Vorgehen vermissen ist. Beweisrechtlich besteht rechtsprechungsgemäss nämlich ein erheblicher Unterschied, ob der Unfallversicherer seine Leistungen einstellt oder ob er bei einem Rückfall keine Leistungen erbringt: Während er bei der Leistungseinstellung dafür beweispflichtig ist, dass die von der versicherten Person geklagten Beschwerden nicht mehr unfallkausal sind, hat bei einem Rückfall respektive bei Spätfolgen die versicherte Person den entsprechenden Beweis zu erbringen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_424/2012 vom 29. November 2012 E. 5.2). Diese Frage der Beweislastverteilung spielt indessen dann keine Rolle, wenn die Kausalität der weiterhin beklagten Beschwerden ohnehin mit dem notwendigen Beweisgrad verneint werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_480/2021 vom 6. Dezember 2021 E. 4, auch zu einem fehlenden Fallabschluss), wovon die Axa in ihrer Verfügung vom 13. November 2024 und – immerhin noch im Sinne einer Eventualbegründung – im angefochtenen Einspracheentscheid 16. April 2025 (Axa-act. A40 E. 4.3.2.4) ausging. Sollte dies zutreffen, könnte auch offenbleiben, ob der Fall – in den Worten der Beschwerdeführerin – noch offen ist, ungeachtet dessen, was darunter zu verstehen sein sollte. Dies gilt es nachfolgend zu prüfen.

4.

Zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht stützte sich die Axa auf die aktenbasierte Einschätzung von Dr. C.____ vom 28. Oktober 2024 (Axa-act. M13). Dieser kam nach Darstellung der medizinischen Akten zum Schluss, insgesamt sei aufgrund der vorliegenden Unterlagen ein

Kausalzusammenhang zwischen den von der Versicherten nach wie vor geltend gemachten, ihren Alltag stark einschränkenden Beschwerden und dem Unfallereignis vom 11. Februar 2021 nicht mehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit plausibel nachvollziehbar (S. 11). So würden einerseits die noch geklagten Beschwerden in der letzten vorliegenden orthopädischen Untersuchung vom 15. Februar 2024 als im Alltag nicht mehr störend beschrieben und andererseits fände sich bei der Untersuchung lediglich noch eine diskrete Delle gluteal links mit leichter Druckdolenz bei tiefem Druck. Vom initial vorhandenen Hämatom am Gesäss rechts fänden sich bereits in einer MRI-Untersuchung vom 8. (richtig: 7.) Dezember 2021 lediglich noch allenfalls geringfügige, residuelle streifige Imbibierungen. Das eingereichte Schreiben für die Übernahme von Physiotherapiekosten vom 31. Juli 2024 von Dr. med. D.____, FMH Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, basiere auf keiner aktuellen Untersuchung, sondern beziehe sich auf Sachverhalte von 2021. Für die Bewertung weiterhin fortbestehender unfallkausaler Beschwerden könne es deshalb nicht beigezogen werden.

Aufgrund der nach dem Sturz erhobenen Befunde (Gesässkontusion mit Hämatom) seien die Beschwerden längstens für drei Monate plausibel zu erklären gewesen. Spätestens nach Ausschluss von unfalltraumatisch relevanten Folgen durch Ultraschall vom (5. Oktober 2021) und MRI (7. Dezember 2021) seien die anhaltenden Beschwerden nur noch möglicherweise durch das Unfallereignis zu erklären gewesen. Die noch beschriebene diskrete Delle und die im MRI im Dezember 2021 beschriebenen diskreten residuellen Imbibierungen der Glutealmuskulatur entsprächen einem ordentlichen Heilverlauf nach Abheilung eines ausgedehnten Hämatoms. Diese abgeheilten Restbefunde vermöchten die Beschwerdesymptomatik der Versicherten (starke Einschränkungen im Alltag, nötige Einnahme von Analgetika zur Einhaltung des Arbeitspensums) nicht zu erklären.

Im Wesentlichen hätten eine initiale Kontusion am linken Handgelenk sowie rechtsseitig ein Hämatom und eine Kontusion gluteal mit kompensatorischer Muskeldystonie im Bereich der autochthonen Rückenmuskulatur vorgelegen.

Aktuell seien (ausser der beschriebenen diskreten Delle mit leichter Dolenz bei tiefem Druck an der Stelle des ehemaligen Glutealhämatoms und im MRI 12/2021 allenfalls geringfügigen Residuen bzw. einer streifigen Imbibierung der Muskulatur im Sinne einer ordentlichen Abheilung) keine objektivierbaren organischen Befunde mehr nachweisbar, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen seien (S. 12). Diese Restbefunde erklärten aber die geltend gemachten Beschwerden nicht.

5.

Die Versicherte bemängelt diese medizinische Einschätzung von Dr. C. __ unter verschiedenen Gesichtspunkten.

5.1

5.1.1

Die Beschwerdeführerin kritisiert zunächst, die Axa habe sich nicht einmal die Mühe gemacht, ihre Folgeschäden neutral medizinisch, fachmännisch untersuchen zu lassen (amtl. Bel. 1). Der Entscheid beruhe auf keiner Untersuchung eines neutralen Gutachters, sondern einem phrasenweise durchgeführten Aktenstudium, ohne dass sie selbst jemals ärztlich visitiert worden sei. Sie habe das Recht, von einem externen Fachgutachter untersucht zu werden (amtl. Bel. 10 S. 2 und 3).

5.1.2

Mit Verweis auf das bereits unter E. 2.7 Ausgeführte bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nicht vorbringt, inwiefern eine Beurteilung allein gestützt auf die Akten im vorliegenden Fall unzulässig gewesen sein soll. In den Unterlagen finden sich bildgebende Abklärungen sowohl hinsichtlich des linken Handgelenks (vgl. Bericht vom 12. Februar 2021, Axa-act. M3) als auch der rechten Glutealregion. Obwohl ursprünglich keine Indikation für zusätzliche Abklärungen gesehen wurde (vgl. Bericht von Dr. D. __ vom 23. Februar 2021, Axa-act. M1 S. 2), fanden in der Folge eine Ultraschall-Abklärung der Glutealregion (Bericht Medizinisch Radiologisches Institut vom 5. Oktober 2021, Axa-act. M5) sowie ein MRI des Beckens statt, Letzteres unter anderem mit der Fragestellung nach Residuen eines Hämatoms in der rechten Glutealregion (Bericht des Universitätspitals __ vom 8. Dezember 2021, Axa-act. M13). Nachdem bereits damals keine Auffälligkeiten bzw. eine vollständige Resorption des Hämatoms bildgebend nachgewiesen wurden, ist nicht erkennbar, welche weiteren Untersuchungen vorliegend für einen lückenlosen Befund durchzuführen wären. Eine zusätzliche Bildgebung der LWS wurde einzig im Fall der Zunahme der Beschwerden empfohlen (Bericht von Dr. med. E. __, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 4. März 2024, Axa-act. M7 S. 2). Eine derartige Zunahme wurde aber nicht vorgebracht, vielmehr schilderte sich die Versicherte durchgehend und gleichbleibend beeinträchtigt. Die Beurteilung von Dr. E. __ vom März 2024 stützte sich zudem auf eine persönliche Untersuchung der Versicherten mit entsprechender Befunderhebung, wobei nur noch diskrete, im Alltag kaum mehr störende Restbeschwerden erkannt wurden und keine weiteren Abklärungen,

sondern eine Session Physiotherapie angeordnet worden war. Inwiefern der Befund lückenhaft sein soll, ist anhand der Akten demnach nicht ersichtlich und von der Beschwerdeführerin auch nicht erläutert worden. Bei dieser Ausgangslage erscheint eine weitere persönliche fachärztliche Untersuchung entbehrlich, weshalb eine Beurteilung allein gestützt auf die Akten zulässig war.

5.2

5.2.1

Die Beschwerdeführerin richtete sich in ihrer Einsprache vom 16. November 2024 hauptsächlich gegen die Fachkompetenz von Dr. C.____ (Axa-act. A38). Sinngemäss hielt sie fest, dieser könne als Rheumatologe ein ausgewiesen orthopädisches Problem nicht beurteilen. Entsprechend verlangt sie auch im Beschwerdeverfahren verschiedentlich die «fachmännische» Untersuchung (amtl. Bel. 1) bzw. einen externen «FACH-Gutachter» (amtl. Bel. 10 S. 2).

5.2.2

Es ist zunächst darauf hinzuweisen, dass Dr. C.____ den Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin wie auch Physikalische Medizin und Rehabilitation innehat, nicht aber über die fachärztliche Weiterbildung in der Rheumatologie (wie von der Versicherten angenommen) oder der Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates (wie von der Versicherten verlangt) verfügt. Die Beschwerdeführerin hält dafür, dass es sich bei ihren Beschwerden um ein klares bzw. nachgewiesenes orthopädisches Problem handle (Einsprache vom 16. November 2024, Axa-act. A38). Spezifische orthopädische Diagnosen finden sich jedoch keine in den Akten (zum Schreiben von Dr. D.____ vom 31. Juli 2024 [Axa-act. M12] vgl. nachfolgende E. 5.3.1). Die Ätiologie der kompensatorischen Muskeldystonien im Bereich der autochthonen Rückenmuskulatur ist nirgends beschrieben. Die Dystonie wird aber gemäss der ICD-10 Klassifikation im Kapitel VI als Erkrankung des Nervensystems und damit als neurologisches Problem eingestuft (ICD-10 G24). Dass die weiterhin beklagten Beschwerden einzig orthopädischer Natur sein könnten, lässt sich aus den Unterlagen jedenfalls nicht ableiten.

Die Versicherte selbst qualifiziert ihre Beschwerden als ein primär organisches Problem mit dauerhafter Funktionseinschränkung des muskuloskelettalen Bereichs sowie der Wirbelsäule (amtl. Bel. 1). Aus dem öffentlich einsehbaren Weiterbildungsprogramm für Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung («SIWF») vom 1. Januar 2008 (Stand 27. September 2018) geht hervor, dass diese einen ganzheitlichen Behandlungsansatz verfolgen (S. 2). Es könne sich dabei unter

anderem um muskuloskelettale und neurologische Funktionsstörungen, um Funktionsstörungen der Beckenorgane, um internistische, kardiovaskuläre, pulmonale Funktionsstörungen oder Behinderungen infolge chronischer Schmerzen handeln. Fachärztinnen und Fachärzte für physikalische Medizin und Rehabilitation deckten grundsätzlich die Anforderungen der somatischen Anforderungen der somatischen Rehabilitation ab und seien befähigt, Abklärung und Behandlung des gesamten Spektrums der konservativen muskuloskelettalen Medizin durchzuführen. Vor diesem Hintergrund ist nicht einzusehen, weshalb Dr. C.____ im vorliegenden Fall die Kompetenz zur Beurteilung der Beschwerden der Versicherten, auch mit Blick auf ihre Kausalität, abgesprochen werden müsste. Der Einwand der Beschwerdeführerin erweist sich folglich als unbegründet.

Ihr kann zudem nicht gefolgt werden, wenn sie annimmt, der Fall hätte zwingend durch einen externen Gutachter beurteilt werden müssen. Einzig der Umstand, dass Dr. C.____ als Arzt des medizinischen Diensts der Axa tätig ist, spricht nämlich noch nicht gegen die Beweiskraft seiner Beurteilung, wie in E. 2.6 hiavor ausgeführt. Hingegen bleibt nachfolgend zu prüfen, ob an der versicherungsinternen Einschätzung zumindest geringe Zweifel bestehen, was weitere – allenfalls gutachterliche – Abklärungen zur Folge hätte.

5.3

5.3.1

Inhaltlich bringt die Beschwerdeführerin nichts vor, was die Beurteilung von Dr. C.____ vom 28. Oktober 2024 aus medizinischer Sicht in Frage stellt. Sie beschränkt sich darauf, erhebliche Beeinträchtigungen geltend zu machen, thematisiert die vom Versicherungsmediziner verneinte Unfallkausalität dieser Beschwerden jedoch mit keinem Wort. Dr. C.____ hatte dagegen anhand der Akten, insbesondere der bildgebenden Befunde, nachvollziehbar dargelegt, dass die Beschwerdesymptomatik mit den abgeheilten Restbefunden nicht zu erklären sei (Beurteilung vom 28. Oktober 2024, Axa-act. M14 S. 11). In der Ultraschalluntersuchung vom 5. Oktober 2021 fand sich kein Nachweis einer lokalisierten Flüssigkeitskollektion im Bereich des früheren Hämatoms und es konnten keine Auffälligkeiten im subkutanen Fettgewebe oder grössere Defektzonen in der darunterliegenden glutealen Muskulatur festgestellt werden (Axa-act. M5). Gemäss dem Bericht vom 8. Dezember 2021 zeigte das MRI eine vollständige Resorption des anamnestisch bekannten subkutanen Hämatoms gluteal (Axa-act. M13 S. 2). Die im Bericht von Dr. E.____ vom 4. März 2024 beschriebene diskrete Delle gluteal rechts und diskreten residuellen Imbibierungen der Glutealmuskulatur gemäss MRI vom Dezember 2021

vermöchten die Beschwerdesymptomatik der Versicherten nicht bzw. nicht mehr zu erklären (vgl. Axa-act. M14 S. 11 f.).

Diese Einschätzung leuchtet ein. Nachdem die Sonografie vom 5. Oktober 2021 keine Auffälligkeiten zeigte und die vollständige Resorption des Hämatoms im MRI vom 7. Dezember 2021 bildgebend nachgewiesen war, sind die weiterhin bestehenden Beschwerden (dazu sogleich E. 5.3.2) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht länger auf die diskreten glutealen Restbefunde (diskrete Delle bzw. Imbibierungen) zurückzuführen. Nur Dr. D.____ hielt im Schreiben vom 31. Juli 2024 in pauschaler Weise fest, es bestehe ein Kausalzusammenhang zwischen den als Rückfall geltend gemachten Beschwerden und dem Unfall (Axa-act. M12). Vorweg ist festzuhalten, dass sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Deren Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). Zudem ist die Erfahrungstatsache zu beachten, wonach behandelnde Ärzte – seien es Hausärzte oder Spezialärzte – im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung mitunter im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_635/2023 vom 5. November 2024 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Das Schreiben von Dr. D.____ vom 31. Juli 2024 enthält keine Angaben über Anamnese oder gegenwärtige Beschwerden und Beeinträchtigungen, keine Befunderhebung oder sonstige Hinweise auf eine Untersuchung (ausser einer Kontrolle im November 2022, wozu in den Unterlagen nichts vorhanden ist). Die Schlussfolgerung betreffend Kausalität ist schliesslich nicht begründet worden. Das Schreiben scheint denn auch einzig zum Zweck erstellt worden zu sein, die Axa zur Übernahme von Physiotherapiekosten zu bewegen (vgl. auch E-Mail vom 3. August 2024, Axa-act. A27). Mit Blick auf die vorzitierte Rechtsprechung werden mit dieser apodiktischen Behauptung jedenfalls keine Zweifel an der nachvollziehbaren Beurteilung der Kausalität durch Dr. C.____ geweckt.

5.3.2

Darüber hinaus wird von der Beschwerdeführerin nicht erläutert, worin die behauptete dauerhaften Funktionseinschränkungen des muskuloskelettalen Beckenbodenbereichs sowie der Wirbelsäule (vgl. amtl. Bel. 1) bestehen sollen. Entsprechende funktionale Beeinträchtigungen sind den Akten nicht zu entnehmen. Im Bericht von Dr. E.____ vom 4. März 2024 wurden anamnestisch leichte Beschwerden bei gewissen Tätigkeiten angegeben, die Versicherte könne jedoch problemlos zwei bis drei Mal in der Woche Sport treiben (Axa-act. M7 S. 1). Sie verspüre die Schmerzen eher, wenn sie weniger aktiv sei oder nach längerem Sitzen. Schmerzmittel

würden nur selten bei Bedarf eingenommen. Aus der Beurteilung des Berichts ergibt sich so- dann, dass die diskreten Restbeschwerden sich nur gelegentlich oder durch ein gewisses In- stabilitätsgefühl im Einbeinstand beim Tanzen äusserten (S. 2). Im Alltag seien diese Be- schwerden jedoch kaum mehr störend. Eine dauerhafte Funktionseinschränkung ist demnach nicht erkennbar. Selbst wenn bleibende Beeinträchtigungen ausgewiesen wären, würde dies aber noch nichts über deren Unfallkausalität aussagen.

Zudem ist eine behauptete massive und sogar progressive Eindellung der vom Unfall betroffe- nen Glutealregion (vgl. amtl. Bel. 1) nicht erstellt. Aus dem Bericht von Dr. E.____ vom 4. März 2024 ergibt sich, dass anamnestisch von einer kleinen Restdelle die Rede war und im Befund eine diskrete Delle gluteal rechts beschrieben wurde (Axa-act. M7 S. 1). Der Umstand, dass dieser (unbestritten kausale) Restbefund des Unfalls vom 11. Februar 2021 weiterhin erkenn- bar ist, bedeutet noch nicht, dass die anhaltenden, als massiv geschilderten Beschwerden hierauf zurückzuführen sind und vermag für sich ebenfalls noch keine Leistungspflicht der Axa zu begründen. Eine dauernde erhebliche Integritätseinbusse (vgl. Art. 24 f. UVG) oder ein Grund für vorübergehende Leistungen (Heilbehandlungen, Taggeld) lässt sich aus dem Vor- liegen einer diskreten Delle an der rechten Glutealregion jedenfalls nicht ableiten.

5.4

Nach dem Gesagten bestehen keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung von Dr. C.____ vom 28. Oktober 2024, wonach die Beschwerden nach dem 7. Dezember 2021 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht länger auf den Sturz vom 11. Februar 2021 zurück- zuführen sind. Der rechtserhebliche Sachverhalt ist damit hinreichend erstellt und die von der Beschwerdeführerin beantragte Begutachtung erübrigt sich, da hiervon keine entscheidrele- vanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundes- gerichts 8C_183/2024 vom 14. April 2025 E. 4.1 mit Hinweisen).

5.5

Bei dieser tatsächlichen Ausgangslage ist es sodann nicht zu beanstanden, wenn die Axa ihre Leistungen per 7. Dezember 2021 mit dem Wegfall des Kausalzusammenhangs einstellte. Die rückwirkende Einstellung der vorübergehenden Leistungen (hier mit Verfügung vom 13. No- vember 2024, Axa-act. A36) ist dabei grundsätzlich auch ohne Rückkommenstitel zulässig, sofern der Unfallversicherer, wie im vorliegenden Fall, keine Leistungen zurückfordern will (vgl. BGE 150 V 188 E. 7.2 mit Hinweisen). Die Leistungseinstellung ist demnach zu schützen und die Beschwerde erweist sich in diesem Punkt unbegründet.

6.

6.1

Die Beschwerdeführerin bringt weiter im Wesentlichen vor, der Unfall sei in die Hochphase der Covid-19-Pandemie gefallen, sie habe in dieser Ausnahmesituation als Ärztin einfach irgendwie funktionieren und voll arbeiten müssen, ohne dass auf eine Arbeitsunfähigkeit oder Schmerzen habe Rücksicht genommen werden können (amtl. Bel. 1). Wichtige Therapien wie Physiotherapie hätten in diesem Kontext nicht stattfinden können. Sie habe als ärztliche Arbeitskraft mit Schmerzmitteln einfach irgendwie funktionieren müssen. Sie habe jetzt das Nachsehen, weil sie trotz Arbeitsunfähigkeit gearbeitet und auf die Zähne gebissen habe (amtl. Bel. 10 S. 2). Dass ihr gesagt werde, es könne ja nicht so schlimm sein, wenn sie trotz Arbeitsunfähigkeit weiterarbeite, könne sie nicht akzeptieren.

6.2

Die Versicherte spricht damit zumindest sinngemäss die sogenannten Brückensymptome an und scheint weiter eine Beurteilung unter dem Titel des Grundfalls anstelle eines Rückfalls zu fordern. Da aufgrund des Vorgesagten feststeht, dass die heute beklagten Beschwerden – ob nun im Rahmen des Grundfalls oder als Rückfall beurteilt – nicht mehr auf den Sturz vom 11. Februar 2021 zurückzuführen sind, erübrigt sich grundsätzlich eine nähere Auseinandersetzung mit dieser Thematik im vorliegenden Fall. Aufgrund der Ausführungen der Beschwerdeführerin drängen sich jedoch nachfolgende klärenden Hinweise auf.

6.3

Der Versicherten wird nicht zur Last gelegt, sie habe trotz Schmerzen und Arbeitsunfähigkeit gearbeitet. Die Axa macht anlässlich ihrer Vernehmlassung einzig geltend, es sei von einer Rückfallkonstellation auszugehen, da in der Zeit bis zur Meldung des Rückfalls keine Brückensymptome rechtsgenügend dokumentiert seien (amtl. Bel. 8 S. 2). Dies trifft aufgrund der Akten zu. Nach der Ultraschallabklärung vom 5. Oktober 2021 (Axa-act. M5) wurden bis zur Meldung eines Rückfalls am 29. Dezember 2023 (Axa-act. A12) keine Unterlagen mehr eingereicht. Dabei hatte die Axa selbst noch eigene Abklärungen mit Blick auf weiteren Behandlungsbedarf der Versicherten getroffen, ein solcher wurde aber von Seiten der behandelnden Ärzte verneint (vgl. Telefonnotiz vom 6. Oktober 2021, Axa-act. A8). Eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Glutealhämatoms ist sodann nie attestiert worden, auch nicht zeitnah zum Unfallereignis. Die Beschwerden wurden einzig medikamentös und physiotherapeutisch behandelt, wobei die Versicherte auch unabhängig von der Corona-Pandemie Mühe bekundete, die

Physiotherapien wahrzunehmen (vgl. E-Mail vom 25. September 2024, Axa-act. A34). Aus den Unterlagen ist jedoch ersichtlich, dass im Oktober und November 2023 eine physiotherapeutische Behandlung absolviert werden konnte (wobei Massage, Kinesio-Tape und Fussreflexzonen-Therapie im Vordergrund standen) und dabei eine Reduktion der Schmerzen erreicht wurde (Fragebogen vom 21. März 2024, Axa-act. M9). Da die Behandlung abgebrochen worden sei, gehe man davon aus, dass es der Versicherten zurzeit gut gehe. Beim von der Versicherten als massiv geschilderten Bedarf an Analgetika zur Bewältigung des Alltags handelt es sich ebenfalls um eine blossе Behauptung, die in den Akten keine Stütze findet. Dem Bericht von Dr. E.____ vom 4. März 2024 lässt sich (neben den als gering geschilderten Beschwerden) vielmehr entnehmen, Schmerzmittel würden nur selten bei Bedarf eingenommen (Axa-act. M7). Mit Blick auf weitere dokumentierte Brückensymptome wurde im Schreiben von Dr. D.____ vom 31. Juli 2024 schliesslich eine erneute Kontrolle im November 2022 aufgrund persistierender Beschwerden erwähnt (Axa-act. M12), ein entsprechender Bericht findet sich jedoch nicht in den Akten und das Schreiben gibt keine Auskunft über die damaligen Beschwerden, Befunde oder Ähnliches. Einzig zum Prozedere wurde angegeben, aufgrund der Diagnose sei die Durchführung einer Physiotherapie angezeigt gewesen. Ob es sich dabei um die erst rund ein später durchgeführte Einheit Physiotherapie im Oktober und November 2023 handelte oder dazwischen noch weitere Physiotherapien durchgeführt wurden, lässt sich aufgrund der Akten und Ausführungen der Versicherten nicht feststellen. Dasselbe gilt für nicht dokumentierte Behandlungen, welche die Beschwerdeführerin sich im Rahmen einer Selbstbehandlung (vgl. Formular vom 27. März 2021, Axa-act. A4; Fragebogen vom 14. Januar 2024, Axa-act. A14 Frage 4) allenfalls selbst verschrieben hat.

Es trifft zwar zu, dass die Annahme eines Grundfalls auch bei Brückensymptomen relativ harmloser Natur, welche nicht zwingend eine durchgängige ärztliche Behandlung erfordern, möglich ist. Vorausgesetzt ist diesfalls, dass die versicherte Person während der leistungsfreien Zeit weiterhin an den nach dem Unfall aufgetretenen Beschwerden gelitten hat bzw. Brückensymptome gegeben sind, die das Geschehen über das betreffende Intervall hinweg als Einheit kennzeichnen (Urteil des Bundesgerichts 8C_522/2013 vom 23. September 2013 E. 3.2 mit Hinweisen). Aufgrund des soeben Ausgeführten kann dies im vorliegenden Fall nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten. Selbst wenn die Leistungspflicht nicht bereits aufgrund der fehlenden Kausalität zu verneinen wäre, wären die heute beklagten Beschwerden demnach nicht unter dem Grundfall, sondern unter dem Aspekt eines Rückfalls zu prüfen.

6.4

Wie die Axa im angefochtenen Einspracheentscheid richtig ausführte, stellen Rückfälle und Spätfolgen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar, die eine nachträgliche Änderung der anspruchsrelevanten Verhältnisse voraussetzen (vgl. BGE 144 V 245 E. 6.2 mit Hinweisen). Die Axa zeigte eingehend auf, weshalb sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der verfügten Leistungseinstellung im Dezember 2021 nicht in hinreichender Weise verändert hatte (Axa-act. A40 E. 4.3.1). Dies ist anhand der zuvor zitierten Akten vollumfänglich zu bestätigen, wobei die Beschwerdeführerin hiergegen auch nichts vorbringt. Vielmehr schildert sie sich selbst als seit dem Unfall durchgehend und gleichbleibend beeinträchtigt. Unabhängig der natürlichen Kausalität der Restbeschwerden müsste ein Rückfall und damit eine Leistungspflicht vor diesem Hintergrund ebenfalls verneint werden.

6.5

Auf den von der Axa in ihrer Vernehmlassung zusätzlich angeführten fehlenden adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und den weiterhin beklagten Beschwerden ohne organisches Korrelat (vgl. amtl. Bel. 8 S. 3 f.) braucht nach dem Gesagten nicht weiter eingegangen zu werden.

7.

7.1

Aufgrund der Ausführungen in den Akten und der Beschwerde scheint die Versicherte im Wesentlichen die künftige Übernahme von physiotherapeutischen Behandlungen, allenfalls mit einem längeren intensiven Rehabilitationsaufenthalt, anzustreben (E-Mails vom 28. Juli, 3., 8. und 10. August sowie 25. September 2024, Axa-act. A25, A27, A28, A31 und A34). Gemäss den Akten wurde zumindest im Jahr 2023 eine weitere Session Physiotherapie durchgeführt (Axa-act. M9) und im Jahr 2024 eine Weitere verordnet (vgl. Bericht von Dr. E. __ vom 31. Juli 2024, Axa-act. M7). Eine Indikation für eine langfristige, offenbar stationäre Rehabilitierung ist in den medizinischen Akten hingegen nie thematisiert worden. Aufgrund der fehlenden Kausalität der über den 7. Dezember 2021 hinaus beklagten Beschwerden zum Unfallereignis sind die entsprechenden Behandlungen jedoch ohnehin nicht mehr durch die Unfallversicherung zu entschädigen.

Die Versicherte erwähnt jedoch ebenfalls, dass sie bildgebende Abklärungen selbst finanziert habe (amtl. Bel. 1). Während die Ultraschalluntersuchung vom 5. Oktober 2021 offenbar von der Axa beglichen wurde (vgl. Einspracheentscheid vom 16. April 2025, Axa-act. A40 E. 1.1.2

a.E.), erscheint es fraglich, ob das am 7. Dezember 2021 durchgeführte MRI, welches die vollständige Resorption des subkutanen Hämatoms gluteal rechts dokumentierte (Axa-act. M13), nicht im Rahmen der Untersuchungspflicht der Axa einzuholen und entsprechend von ihr zu entschädigen gewesen wäre.

7.2

Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung auch dann zu übernehmen, wenn er diese nicht angeordnet hat, die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs jedoch unerlässlich waren. Unerlässlich sind Abklärungen, wenn die entsprechende Massnahme im Rahmen der Untersuchungspflicht ebenfalls anzuordnen gewesen wäre, jedoch nicht erfolgte (Urteil des Bundesgerichts 8C_314/2021 vom 1. Juli 2021 E. 5.1).

Allerdings zeigt sich anhand der Akten, dass dies vorliegend nicht der Fall war: Bereits anlässlich der Sprechstunde vom 23. Februar 2021 wurde eine Indikation zur weiteren Abklärung mit Röntgen oder MRI verneint (Bericht von Dr. D. __, Axa-act. M1 S. 2). Ein weiterer Termin im Spital __ sei nicht vereinbart worden. Auf Nachfrage der Axa vom 6. Oktober 2021 wurde vom Spital __ bestätigt, es habe seit dem 23. Februar 2021 keine Konsultation mehr stattgefunden und es sei auch keine geplant (Telefonnotiz vom 6. Oktober 2021, Axa-act. A8). Die am Tag zuvor durchgeführte Ultraschalluntersuchung vom 5. Oktober 2021 (Axa-act. M5) wurde somit augenscheinlich von der Versicherten selbst veranlasst, da der Bericht direkt an sie versandt wurde. Die Indikation für die weitere Abklärung und die Überweisung sind jedoch nicht dokumentiert. Der Befund war darüber hinaus unauffällig, ohne Nachweis einer lokalisierten Flüssigkeitskollektion oder grösseren Defektzonen der glutealen Muskulatur. Je nach klinischem Verlauf sei gegebenenfalls eine ergänzende Abklärung mittels MRI zu erwägen. Hintergrund des MRI vom 7. Dezember 2021 (Axa-act. M13) waren sodann neben einer gynäkologischen Fragestellung auch mögliche Residuen eines Hämatoms gluteal rechts. Die Versicherte gab diesbezüglich jedoch an, die Untersuchung sei aufgrund einer anderweitigen, unfallunabhängigen Fragestellung durchgeführt worden (E-Mail vom 11. März 2024, Axa-act. A16). Die Abklärung möglicher Unfallfolgen per MRI fand demnach bloss bei entsprechender Gelegenheit statt. Eine fachärztliche Indikation zu dieser weitergehenden Abklärung ergibt sich auch hier nicht aus den Akten und wird ebenfalls nicht behauptet. Hinweise darauf, dass sie sich im Rahmen der Untersuchungspflicht der Axa aufgedrängt hätte, sind nach dem Gesagten nicht ersichtlich. Daran ändert nichts, dass Dr. C. __ den Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhangs zu den Beschwerden «spätestens» auf den Tag der MRI-Abklärung datierte

(Beurteilung vom 28. Oktober 2024, Axa-act. M14 S. 11). Die Beschwerden seien aufgrund der nach dem Sturz erhobenen Befunde längstens für drei Monate plausibel zu erklären gewesen. Ohne fachärztliche Indikation für weitergehende Abklärungen können die nachfolgenden Untersuchungen – die von der Versicherten selbst veranlasst oder bei Gelegenheit erfolgten – nicht als unerlässlich gelten, selbst wenn der Zeitpunkt der Leistungseinstellung (zugunsten der Versicherten) auf den Zeitpunkt der letzten bildgebenden Abklärung gelegt wurde. Die Kosten für das MRI vom 7. Dezember 2021 sind ebenfalls nicht von der Axa zu entschädigen.

8.

Zusammengefasst bestehen keine Zweifel an der versicherungsinternen Beurteilung von Dr. C.____ vom 28. Oktober 2024, wonach die weiterhin beklagten Beschwerden nach dem 7. Dezember 2021 nicht länger auf das Unfallereignis vom 11. Februar 2021 bzw. die daraus stammenden Restbefunde zurückzuführen ist. Selbst wenn anders zu entscheiden und ein Rückfall zu prüfen wäre, müsste ein solcher mangels anspruchsrelevanter Verschlechterung verneint werden. Schliesslich schuldet die Axa der Beschwerdeführerin keine weiteren Leistungen und muss sie auch nicht für die MRI-Untersuchung vom 7. Dezember 2021 entschädigen. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich als unbegründet und ist folglich abzuweisen.

9.

9.1

Das kantonale Beschwerdeverfahren in unfallversicherungsrechtlichen Streitigkeiten ist kostenlos (Art. 61 lit. f^{bis} ATSG, Art. 18 Abs. 1 Prozesskostengesetz [PKoG; NG 261.2]).

9.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist keine Parteientschädigung geschuldet (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.
4. [Zustellung].

Stans, 1. Dezember 2025

VERWALTUNGSGERICHT NIDWALDEN

Sozialversicherungsabteilung

Die Vizepräsidentin

lic. iur. Barbara Brodmann

Der Gerichtsschreiber

MLaw Florian Marfurt

Versand:_____

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Art. 82 ff. i.V.m. Art. 90 ff. BGG). Die Beschwerde hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angeführten Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Für den Fristenlauf gilt Art. 44 ff. BGG.