

SO_GERICHTE VSBES.2016.233 vom 22. Juli 2016

SO Obergericht, 2016-07-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.233

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.233 du 22 juillet 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.233 del 22 luglio 2016

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1981 geborene A.____, [...] (nachfolgend: Beschwerdeführer), war zum Unfallzeitpunkt vom 29. Juni 2014 bei der [...] als Qualitätsprüfer in einem Arbeitspensum von 90 % angestellt und in dieser Funktion gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen obligatorisch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt, Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin), versichert. 1.2 Mit Schadenmeldung UVG vom 14. Juli 2014 (Suva-Aktennummer [Suva-Nr.] 2) wurde der Beschwerdegegnerin mitgeteilt, der Beschwerdeführer habe am 29. Juni 2014 zu Hause mit der Bohrmaschine eine grobe Schraube eindrehen wollen. Dabei habe er Handschuhe getragen, weil er davor Holzlatten zugeschnitten habe. Mit der linken Hand habe er die Schraube fixiert, welche sich jedoch durch die Rotation der Bohrmaschine sofort in den Handschuh verheddert und ihm dadurch heftig die Hand verdreht habe. Die linke Mittelhand sowie linke Finger seien dabei verstaucht/verdreht worden. Die Beschwerdegegnerin erbrachte daraufhin gemäss Mitteilung vom 16. Juli 2014 gesetzliche Leistungen (Suva-Nrn. 3 ff.) in Form von Taggelder und Übernahme von Heilbehandlungskosten. Dem «Notfall Bericht» des [...] vom 28. Juli 2014 (Suva-Nr. 12) ist betreffend die Behandlung vom 29. Juni 2014 mit Durchführung von Röntgenaufnahmen die Hauptdiagnose «Distorsion Dig. IV und V Hand links vom 29. Juni 2014» zu entnehmen. 1.3 Nach Einholen der medizinischen Akten stellte der Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, in seiner Beurteilung vom 27. Oktober 2014 fest (Suva-Nr. 19), aufgrund der mittlerweile durchgeführten Untersuchungen durch den Handchirurgen und den Rheumatologen Dr. med. C.____ sei medizinisch gestützt auf die vorliegenden Unterlagen davon auszugehen, dass die aktuellen Beschwerden nicht mehr mit erforderlicher Wahrscheinlichkeit als unfallkausal/-teilkausal zu beurteilen seien. Ein Status quo sine sei erreicht. Daran hielt Dr. med. B.____ auch in seiner ärztlichen Beurteilung vom 5. November 2014 (Suva-Nr. 23) fest, indem er ausführte, es sei insgesamt bezüglich der Fingerverletzungen ein Status quo sine ab Oktober 2014 als eingetreten zu betrachten. Die neu beschriebenen Veränderungen im Bereich des Ellbogengelenkes liessen sich nicht mit erforderlicher Wahrscheinlichkeit als unfallkausal erklären. Gestützt auf diese Einschätzung schloss die Beschwerdegegnerin den Fall mit Verfügung vom 7. November 2014 (Suva-Nr. 24) per 30. November 2014 ab und stellte die bisherigen Versicherungsleistungen (Taggeld und Heilkosten) auf diesen Zeitpunkt ein. Dagegen liess der Beschwerdeführer am 4. Dezember 2014 Einsprache erheben (Suva-Nr. 38), die er am 21. Januar, 4. Februar und 19. Mai 2015 unter Einreichung von weiteren Berichten ergänzte (Suva-Nrn. 44, 47, 52). Daraufhin wurde am 13. bzw. 17. Juli 2015 zwischen den Parteien ein als «Vereinbarung» betitelter Vergleich abgeschlossen (Suva-Nr. 54), mit welchem sie zur Erledigung des Einspracheverfahrens betreffend die Verfügung vom 7. November 2014 insbesondere vereinbarten, dass die Beschwerdegegnerin in Abänderung der angefochtenen Verfügung für die Zeit vom

1. Dezember 2014 bis 27. Februar 2015 50 % des Taggeldanspruchs, wie sich dieser aufgrund der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit ergebe, zahle und für die bis zum 27. Februar 2015 erfolgte Heilbehandlung aufkomme (Ziff. 1). Laut Vergleich wurde das Einspracheverfahren damit erledigt. 2. Mit Schadenmeldung UVG vom 2. Dezember 2015 (Suva-Nr. 62) wurde der Beschwerdegegnerin gemeldet, der Beschwerdeführer habe am 25. November 2015 einen Rückfall zum Unfallereignis vom 29. Juni 2014 erlitten. Dem beiliegenden Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 27. November 2015 (Suva-Nr. 63) ist die Diagnose «Serom nach Zerrung Bizeps/Supinator links kubital» zu entnehmen. Es werde ein operativer Eingriff geplant. Mit Verfügung vom 15. Januar 2016 (Suva-Nr. 65) hielt die Beschwerdegegnerin fest, im nun gemeldeten Rückfall würden keine gegenüber dem Unfall vom 29. Juni 2014 neuen Beschwerden geltend gemacht, weshalb auch kein Leistungsanspruch bestehe. Daran hielt die Beschwerdegegnerin trotz der durch den Beschwerdeführer am 9. Februar 2016 (Suva-Nr. 66) erhobenen Einsprache, die er am 29. März und 12. Mai 2016 ergänzte (Suva-Nrn. 74, 81), mit Einspracheentscheid vom 22. Juli 2016 (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.) fest. 3. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 12. September 2016 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 6 ff.): Der Einsprache-Entscheid der Suva vom 22. Juli 2016 und die Verfügung vom 15. Januar 2016 seien aufzuheben. a) Die Beschwerdegegnerin sei gerichtlich anzuweisen, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen aus dem Rückfall zum Unfallereignis vom 29. Juni 2014, eventualiter aus dem Grundfall, zu erbringen. b) Eventualiter: Die Rechtsstreitsache sei zur Erstellung eines orthopädisch-handchirurgischen Gutachtens (Beweisthema: Rückfallkausalität und Brückensymptome), zur weiteren Abklärung und zum Neuentscheid an die Unfallversicherung zurückzuweisen, wobei dem Versicherten während der Abklärungszeit erneut die versicherten Unfalleistungen (Taggelder, Heilungskosten etc.) nach Massgabe der ärztlich ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten sind. c) Subeventualiter: Es sei eine gerichtliche Begutachtung den Fall des Versicherten betreffend anzuordnen und durchzuführen (Beweisthema: Rückfallkausalität und Brückensymptome). Es sei von Amtes wegen bei Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein detaillierter und vollständiger Verlaufsbericht zur Frage der Rückfallkausalität, zu den Brückensymptomen und zum weiteren Verlauf einzuholen (Beweisthema: Rückfallkausalität und Brückensymptome). Der Versicherte sei als Partei gestützt auf § 56 Abs. 1 VRPG/SO i.V.m. Art. 191 ZPO gerichtlich protokollarisch zu befragen (Beweisthema: gesundheitlicher Verlauf, Rückfallkausalität und Brückensymptome). Über die vom Versicherten im vorliegenden Beschwerdeverfahren gestellten Beweisanträge sei eine Beweisverfügung nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK zu eröffnen, worin die zugelassenen Beweismittel bezeichnet werden und wo bestimmt wird, welcher Partei zu welchen Tatsachen der Haupt- oder Gegenbeweis obliegt. Dabei sei der Praxis des Bundesverwaltungsgerichts Rechnung zu tragen, welche die Anordnung einer solchen Beweisverfügung insbesondere im Bereich des Sozialversicherungsverfahrens ausdrücklich verlangt. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen. Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung zu geben (vgl.

Art. 29 Abs. 2 BV). Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Einsprachegegnerin. U.K.u.E.F. 4. Die Beschwerdegegnerin schliesst mit Beschwerdeantwort vom 12. Oktober 2016 (A.S. 22 ff.) auf Abweisung der Beschwerde.

5. Der Präsident des Versicherungsgerichts nimmt die eingereichten Urkunden mit Verfügung vom 17. Oktober 2016 (A.S. 26 f.) zu den Akten und weist die übrigen Beweisanträge ab.

E. 6

6.1 Mit Vorladung vom 17. November 2016 (A.S. 34 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 30. Januar 2017, 14:00 Uhr, vorgeladen. 6.2 Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 30. Januar 2017 hält der Vertreter des Beschwerdeführers sein Plädoyer. In der Folge schliesst der Präsident des Versicherungsgerichts die öffentliche Verhandlung. Im Nachgang zur Verhandlung reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein und gibt seine Plädoyernotizen zu den Akten (A.S. 36 f.). 7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Gemäss Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG, SR 832.20) hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung – soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt – die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen 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 Unfalls voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss UVG setzt 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 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 des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_271/2013 vom 30. Juli 2013 E. 2.1, 8C_729/2013 vom 27. Mai 2014 E. 2). 2.2 Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289 je mit Hinweisen). 2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der

Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbe gründende 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 bloss e Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbe gründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_463/2011 vom 4. November 2011 E. 3.2, 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 4.1, 8C_721/2014 vom 27. April 2015 E. 4.2). 3. Bei einem Rückfall handelt es sich um das Wiederaufflackern einer vermeintlich geheilten Krankheit, so dass es zu ärztlicher Behandlung, möglicherweise sogar zu (weiterer) Arbeitsunfähigkeit kommt. Von Spätfolgen spricht man, wenn ein scheinbar geheiltes Leiden im Verlaufe längerer Zeit organische oder psychische Veränderungen bewirkt, die zu einem völlig anders gearteten Krankheitsbild führen können (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 2003 U 487 S. 341 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_791/2014 vom 1. April 2015 E. 2.2). Liegt ein Rückfall oder eine Spätfolge vor, so besteht eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Dabei kann der Unfallversicherer nicht auf der Anerkennung des Kausalzusammenhangs beim Grundfall oder einem früheren Rückfall behaftet werden (BGE 118 V 293 E. 2c S. 296; RKUV 1994 U 206 S. 327 E. 2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_66/2016 vom 9. Mai 2016 E. 4.2). Je grösser der zeitliche Abstand zwischen dem Unfall und dem Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung ist, desto strengere Anforderungen sind an den Wahrscheinlichkeitsbeweis des natürlichen Kausalzusammenhangs zu stellen (RKUV 1997 U 275 S. 191 E. 1c). Ist die Unfallkausalität zwischen Rückfall bzw. Spätfolge und Unfallereignis nachgewiesen, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn entweder der status quo ante oder der status quo sine erreicht ist. Die Beweislast hierfür trägt der Unfallversicherer (RKUV 1994 U 206 S. 328 E. 3b). 4. 4.1 Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den

Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195 je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1).

4.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_651/2016 vom 15. Dezember 2016 E. 2.2).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen, 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_725/2012 vom 27. März 2013 E. 4.1.1, 8C_247/2014 vom 2. Mai 2014 E. 4.2, 8C_637/2016 vom 13. Dezember 2016 E. 3.2).

Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids – hier der 22. Juli 2016 – in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, Zürich, Basel, Genf, 2015, 3. Aufl., Art. 52 ATSG N 60 mit weiteren Hinweisen).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Einspracheentscheid vom 22. Juli 2016 die Ausrichtung weiterer Versicherungsleistungen an den Beschwerdeführer aufgrund des mit Schadenmeldung UVG vom 2. Dezember 2015 geltend gemachten Rückfalls zu Recht verneint hat.

6. Aufgrund der vorliegenden Aktenlage ist unbestritten, dass sich der Beschwerdeführer am 29. Juni 2014 in seiner Freizeit durch das Hantieren mit einer Bohrmaschine die Finger IV und V der linken Hand verstaucht/verdreht und sich daher gleichentags in ärztliche Behandlung begeben hat. Dort wurde eine Distorsion Dig. IV und V der linken Hand diagnostiziert.

7. Es ist zunächst festzuhalten, dass es sich bei der Schadenmeldung UVG vom 2. Dezember 2015 (Suva-Nr. 62) um die Meldung eines Rückfalls gemäss Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung [UVV, SR 832.202] i.V.m. Art. 10 UVG handelt. Dies wurde auf der Schadenmeldung UVG denn auch korrekt angegeben. Wie sich den Akten entnehmen lässt, wurde der Grundfall in gegenseitigem Einvernehmen der Parteien mit dem die Verfügung vom 7. November 2014 abändernden Vergleich vom 13./17. Juli 2015 (Suva-Nrn. 24, 54) formell abgeschlossen. Mit der erwähnten Verfügung hatte die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. med. B.____ vom 5. November 2014 (Suva-Nr. 23), ihre Leistungen per 30. November 2014 eingestellt. Dr. med. B.____ erachtete bezüglich der Fingerverletzung

den Status quo sine ab Oktober 2014 als eingetreten. Im während des Einspracheverfahrens abgeschlossenen Vergleich einigten sich die Parteien darauf, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer noch bis 27. Februar 2015 Leistungen ausrichte, dies in Form von Heilbehandlung sowie von 50 % des Taggeldanspruchs, wie er sich aus den im Einspracheverfahren eingereichten Berichte von Dr. med. D.____ vom 7. Januar, 23. Januar und 27. Februar 2015 (Suva-Nrn. 23 S. 4, 46, 50, vgl. auch 57) ergebe. Der Fall wurde demnach mit dem 27. Februar 2015 rechtskräftig abgeschlossen, so dass spätere Leistungen nur noch bei einem Rückfall (oder Spätfolgen) geschuldet sein können. Da anschliessend bis im November 2015 – im Zusammenhang mit der Geltendmachung des Rückfalls am 2. Dezember 2015 – keine weiteren medizinischen Berichte dokumentiert sind und während mehreren Monaten keine Leistungen der Beschwerdegegnerin mehr zur Diskussion standen, wäre ohnehin, auch ohne formellen Fallabschluss, von einer Rückfallsituation auszugehen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_522/2013 vom 23. September 2013 E. 3.2 und 8C_947/2009 vom 18. März 2010 E. 2.2 mit Hinweisen). Auch dem Bericht von Dr. med. D.____ vom 3. November 2015 lässt sich entnehmen (vgl. Suva-Nr. 60), die Physiotherapie habe die Rehabilitation im Frühling abschliessen können und der Beschwerdeführer sei auch praktisch beschwerdefrei gewesen. Dem entsprechen die Ausführungen im Abschlussbericht der [...] vom 15. April 2015 (vgl. Suva-Nr. 53), aus denen hervorgeht, dass der Beschwerdeführer im Ellbogen keinerlei Beschwerden mehr verspüre, bei seiner Arbeit nicht mehr eingeschränkt sei und auch grosse und schwere Gegenstände ohne Probleme prüfen könne. Auch schwere Gartenarbeiten könne er ohne Schmerzen verrichten. An der Qualifikation als Rückfall ändert der Umstand nichts, dass die erwähnten Darlegungen später durch den Bericht vom 22. März 2016 von Dr. med. D.____ etwas relativiert wurden, indem er festhielt (Suva-Nr. 74), der Beschwerdeführer habe zwar relativ gut auf die konservativen Massnahmen reagiert, sei aber nie beschwerdefrei gewesen. Gestützt auf den erfolgten Fallabschluss sowie die zuvor erwähnten, echtzeitlichen Ausführungen sind die in E. II. 3 hiervor dargestellten Regeln zu Rückfällen anwendbar. Demzufolge hat der Beschwerdeführer das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall darzutun bzw. trägt hierfür die objektive Beweislast. 8. In Bezug auf die Frage der natürlichen Unfallkausalität sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant: 8.1 Im «Notfall Bericht» des [...] vom 28. Juli 2014 (Suva-Nr. 12) wurde betreffend die Behandlung des Beschwerdeführers auf der Notfallstation vom 29. Juni 2014 folgende Hauptdiagnose gestellt: «Distorsion Dig. IV und V Hand links vom 29. Juni 2014». Der Beschwerdeführer stelle sich vor, nachdem er sich die Dig. IV und V der linken Hand beim Bohren heute Nachmittag verdreht habe. Dabei habe sich der Arbeitshandschuh im Bohrer verfangen. Er habe Schmerzen dorsal am Handrücken über den Dig. IV und V. Beim Röntgen (vgl. Suva-Nr. 11) seien unauffällige Verhältnisse in der linken Hand, keine Fraktur und eine unauffällige Carpalia festgestellt worden. Bei klinisch-radiologischem Ausschluss von Frakturen des Dig. IV und V der linken Hand könne der Beschwerdeführer nach Hause entlassen werden. Analgesie nach Bedarf. Verlaufskontrolle beim Hausarzt in zwei bis drei Tagen. Bei Schmerzexazerbation Wiedervorstellung auf der Notfallstation. Er sei vom 29. Juni bis 4. Juli 2014 zu 100 % arbeitsunfähig. 8.2 Aufgrund von persistierenden Schmerzen pT4 links posttraumatisch hielt Dr. med. E.____, Oberarzt Radiologie, Institut für Medizinische Radiologie, [...], beim Röntgen des linken Fingers vom 19. August 2014 (Suva-Nr. 10) folgenden Befund/folgende Beurteilung fest: Zum Vergleich lägen Aufnahmen der linken Hand vom 29. Juni 2014 vor. Kein Anhalt für eine

Fraktur/knöchernen Sehnenauriss. Regelrechte Artikulation. Kein Nachweis einer wesentlichen Weichteilschwellung oder röntgendichter Fremdkörper. 8.3 Im Bericht vom 29. August 2014 (Suva-Nr. 7) hielten Dr. med. F.____, Arzt, und Dr. med. G.____, Leitender Arzt, Departement Orthopädie, [...], aufgrund der Sprechstunde vom 19. August 2014 folgende Hauptdiagnosen fest: 1. Traumatisierte Kapsel PIP-Gelenk Dig. IV und V Hand links bei Distorsionstrauma am 29. Juni 2014 2. Unspezifische arthrotische Schmerzen brachioradialis rechts (recte: links) Der Beschwerdeführer komme zur geplanten Verlaufskontrolle. Er berichte immer noch über eine Bewegungseinschränkung (Streckdefizit) Dig. IV und V Hand links. Zudem habe er circa zwei bis drei Wochen nach dem Unfall zunehmende Schmerzen im Bereich des proximalen Vorderarmes links. Die Schmerzen gebe er als zunehmend ziehend an, vor allem bei Bewegung. Der Beschwerdeführer leide unter einer Streckhemmung Dig. IV und weniger Dig. V. Es sei ihm nun Ergotherapie verschrieben worden mit einer Quengelschiene. Die unspezifischen proximalen Vorderarmbeschwerden, welche ohne Unfall entstanden seien, könnten sich die Ärzte nicht gänzlich erklären. Er habe eine volle Beweglichkeit. Die distale Bizepssehne sei schmerzindolent. Es seien dem Beschwerdeführer nun Optifen 600 mg und Pantozol 40 mg verschrieben worden, was er fix eine Woche einnehmen solle. Zudem sei Physiotherapie zur antiphlogistischen Behandlung durchzuführen. Bei ausbleibender Besserung würde er sich wieder vorstellen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage vom 18. bis 24. August 2014 100 %.

8.4 Dr. med. H.____, FMH Radiologie, [...], hielt aufgrund der am 13. Oktober 2014 durchgeführten MRT des linken Unterarms (Suva-Nr. 17) folgende Beurteilung fest: Muskelfaser Ruptur des Musculus supinator, geringgradig auch Musculus Flexor digitorum, grossvolumige Bursa bicipitoradialis und intramuskuläre Flüssigkeitsansammlung: Sehr wahrscheinlich Affektion des Ramus profundus Nervi radii im Verlauf durch den Musculus supinator mit entsprechender Affektion der Hand-/Finger Flexoren: Kein Denervationödem und keine Muskelatrophie. 8.5 Dr. med. C.____, Facharzt FMH Rheumatologie und Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 15. Oktober 2014 (Suva-Nr. 16) aufgrund der Sprechstunde vom 13. Oktober 2014 folgende Diagnosen: Unfallereignis am 29. Juni 2014 - Unfallmechanismus: Finger in Handschuhen werden von einem drehenden Bohrer um den Stab gewickelt - Verletzungen: traumatisierte Gelenkkapsel PIP des Zeig- und Kleinfingers, Verdacht auf Muskelfaser-Rupturen Supinator und Fingerflexoren sowie Bursa bicipitalis, sekundär Beeinträchtigung des N. radialis und medianus - Verlauf: protrahierte, im Verlauf auch progrediente Beschwerden DD Überlastung des Ansatzes des M. biceps - Aktuell: Klärung der Ätiopathogenese als Grundlage für die weitere Behandlung und sozialversicherungsrechtlich (Unfallkausalität) Ausgeprägte Bursa bicipitalis als auch Myopathien des Supinator und der Fingerbeuger mit möglicher Beeinträchtigung des Radialis- und Medianus-Nerven - DD ätiopathogenetisch Unfall-kausal oder alltägliche Überlastung - Verlauf: in Bezug zum Unfall am 29. Juni 2014 verzögert und dann progrediente Beschwerden bis zu Invalidisierung - Aktuell: Klärung der Ätiopathogenese als Grundlage für die weitere Behandlung Lumbovertebrale Beschwerden - klinisch myofaszial vermittelt bedingt durch eine muskuläre Dysbalance im Bereich des unteren Rückens - mögliche Prädisposition: Lyse Bogen LWK5, radiologisch ohne evidente Komplikationen Bei der klinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer wegen sehr intensiven Schmerzreaktionen praktisch nicht untersucht werden können. Das Ellbogengelenk präsentiere sich normal beweglich und strukturell reizlos inklusive die radialen und medialen Epikondylen. Des Weiteren imponiere auch die Hand gesichert unauffällig, die beiden traumatisierten Fingergelenke seien einzig durch eine gewisse

Extensionseinschränkung aufgefallen. Aufgrund des ersten Eindruckes habe Dr. med. C.____ die Ätiopathogenese nicht ermessen können, weshalb er sich mit einem erfahrenen Chirurgen und Traumatologen aktenkonsiliarisch besprochen habe. Er habe zur kernspintomographischen Analyse der Vorderarmmuskulatur geraten, was Vorgestern nun erfolgt sei (vgl. E. II. 8.4 hiervor). Der auffälligste Befund sei eine stark entzündete Bursa bicipitalis mit Weichteilreaktion rund um den Bizepssehnenansatz, dazu topographisch anatomisch mögliche Irritation des Nervus radialis und medianus. Weiter interpretiere der Radiologe Signalstörungen im Musculus supinator und der Fingerflexoren als Faserrupturen mit älteren Hämatomen. Diese kernspintomographisch zweifelsfrei pathologischen Befunde rund um die Insertion des Bizeps erklärten die präsentierten Beschwerden und Beeinträchtigungen plausibel, liessen sich ätiopathogenetisch aber nicht ohne weiteres einordnen. Kausale Bezüge zum Unfallereignis am 26. September 2014 [recte: 26. Juni 2014] seien biomechanisch auf den ersten Blick nicht überwiegend wahrscheinlich, alltägliche Überbelastung (derzeitige Umbauarbeiten am eigenen Haus) müssten als Ursache sicher mit in Betracht gezogen werden. Diese Klärung sei sozialversicherungsrechtlich relevant, entscheide über die Zuständigkeit des Unfall- oder Krankenversicherers. In dieser Frage sei primär die Beschwerdegegnerin gefordert. Sie entscheide auch über die weitere Behandlung. Dr. med. C.____ hätte die handchirurgische Reevaluation am [...] empfohlen, namentlich zur Überprüfung des Sachverhaltes möglicher Irritation des Nervus radialis und medianus. Von rheumatologischer Seite könne in dieser Situation weiter wenig geboten werden. Er schliesse mit diesem Bericht ab. 8.6 Dr. med. I.____, Ärztin für Allgemeine Medizin FMH, hielt im ärztlichen Zwischenbericht vom 15. Oktober 2014 (Suva-Nr. 20) folgende Diagnosen fest: - Traumatisierte Kapsel PIP-Gelenke Dig. IV und V linke Hand bei Distorsionstrauma - Ellbogenschmerzen links Bis Mitte September 2014 habe der Patient immer noch über Bewegungseinschränkungen (Streckdefizit) im Dig. IV und V der linken Hand geklagt. Er habe auch über ziehende Schmerzen im Bereich des proximalen linken Vorderarmes, vor allem bei Bewegungen geklagt. Im Heilungsverlauf würden keine unfallfremden Faktoren mitspielen. Der Beschwerdeführer habe Physiotherapie gehabt. Bei bleibenden Beschwerden solle er sich wieder beim Orthopäden vorstellen. Die Beratungen würden alle drei Wochen, zuletzt am 6. Oktober 2014, stattfinden. Die voraussichtliche Dauer der Behandlung sei schwer vorzusagen. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei per 13. Oktober 2014 geplant gewesen. Als bleibender Nachteil seien Schmerzen und Beweglichkeitseinschränkung möglich. 8.7 Dr. med. B.____, Kreisarzt, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, führte in seiner Beurteilung vom 27. Oktober 2014 (Suva-Nr. 19) aus, am 24. September 2014 seien die medizinischen Akten im Auftrag der Administration durch den Kreisarzt durchgesehen und gewürdigt worden. Mittlerweile hätten der Handchirurg und der Rheumatologe Dr. med. C.____ weitere Untersuchungen durchgeführt und deren Beurteilungen führten nun zu einer neuen medizinischen Stellungnahme des Kreisarztes: Medizinisch sei aufgrund der vorliegenden Unterlagen davon auszugehen, dass die aktuellen Beschwerden nicht mehr mit erforderlicher Wahrscheinlichkeit als unfallkausal/-teilkausal zu beurteilen seien. Ein Status quo sine sei erreicht. 8.8 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 3. November 2014 (Suva-Nr. 26) wies Dr. med. I.____ folgende Diagnosen aus: - Muskelfaser-Ruptur des M. supinator, geringgradig auch M. Flexor digitorum - Bursa bicipitoradialis links Bisher und gegenwärtig seien Weichteilbeschwerden der Fingerflexoren des linken Vorderarmes gegeben. Die Prognose sei schwer vorzusagen. Es gebe keine besonderen Umstände, die den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könnten. Gegenwärtig werde mit NSAR

behandelt. Weiter wurde auf die Untersuchung des Handorthopäden Dr. med. G.____ am 4. November 2014 verwiesen (vgl. E. II. 8.10 hiernach). Es würden alle zehn bis 14 Tage Konsultationen stattfinden. Die Dauer der Behandlung sei schwierig vorauszusagen. Die Arbeit habe noch nicht wieder aufgenommen werden können. Ein bleibender Nachteil sei möglich.

8.9 Der Kreisarzt Dr. med. B.____ hielt in seiner ärztlichen Beurteilung vom 5. November 2014 (Suva-Nr. 23) unter anderem fest, dokumentiert habe sich der Beschwerdeführer eine Distorsion im Bereich der Finger IV und V der linken Hand zugezogen, weitere strukturelle Läsionen seien dort nicht dokumentiert. Im weiteren Verlauf seien ausgeweitete Schmerzen im Bereich des linken Ellbogens zunehmend im Vordergrund, schliesslich auch eine Arbeitsunfähigkeit. Die entsprechenden MRI-Bildgebungen könnten mit dem seinerzeitigen Unfallereignis nicht zwanglos erklärt werden, auch der Rheumatologe erwähne Veränderungen im Zusammenhang mit alltäglichen Belastungen, eventuell Überbelastungen. Eine Distorsion im Bereiche von Fingern, Fingergelenken ohne strukturelle Läsion pflege im Allgemeinen nach zwei bis drei Monaten folgenlos auszuheilen, gewisse Schmerzhaftigkeiten lokal könnten gelegentlich noch während einer gewissen Zeit weiter bestehen oder im vorliegenden Fall auch durch Alltagsbelastungen, respektive Überbelastungen im Zusammenhang mit Umbauarbeiten am Eigenheim weiter unterhalten werden. Diesbezüglich seien spezifische Therapien nicht bekannt. Gemäss allgemeiner medizinischer Erfahrung pflegten solche Restschmerzen innerhalb weiterer Monate folgenlos auszuheilen. Die neu beschriebenen Veränderungen im Bereich des Ellbogengelenkes liessen sich nicht mit erforderlicher Wahrscheinlichkeit als unfallkausal erklären. Aus diesem Grund sei insgesamt bezüglich der Fingerverletzung ein Status quo sine als eingetreten zu betrachten ab Oktober 2014.

8.10 Dr. med. G.____ hielt im Bericht vom 12. November 2014 (Suva-Nr. 30) fest, er habe den Beschwerdeführer am 4. November 2014 untersucht und folgende Hauptdiagnose gestellt: Persistierende Beschwerden am proximalen Unterarm links sowie zeitweilige Sensibilitätsstörungen im Versorgungsgebiet des N. radialis und medialis links nach Vibrationstrauma im Juni dieses Jahres. Bei der heutigen Kontrolle sei nach wie vor ein deutlicher Druckschmerz am proximalen Unterarm gegeben. Zum Zeitpunkt der heutigen Untersuchung bestünden keine Sensibilitätsstörungen. Er bitte zunächst die neurologischen Kollegen im Hause, den Patienten zu einer entsprechenden Untersuchung des N. medianus und radialis anzubieten. Nach Erhalt des Befundes werde er erneut berichten.

8.11 Dr. med. J.____, Neurologie FMH, führte im Bericht vom 25. November 2014 (Suva-Nr. 33) folgende Diagnosen auf: Brachialgie links - Status nach stumpfem Trauma am 29. Juni 2014 - Aktuell kein Nachweis einer Nervenläsion. Beim 33jährigen Beschwerdeführer bestehe eine Brachialgie links seit fünf Monaten nach einem grossen stumpfen Trauma, anamnestisch interessant sei die zu erwartende Regredienz der Schmerzen an der linken Hand, gleichzeitig hätten aber Schmerzen am proximalen Unterarm links zugenommen. Diese Schmerzen am Unterarm seien erst ungefähr eineinhalb Wochen nach dem Unfall aufgetreten. Klinisch werde heute eine ausgedehnte Hyposensibilität an der linken Hand angegeben, die alle Finger palmar betreffe. Klinisch bestünden allerdings keine Hinweise für eine proximal im Wurzel- oder Plexusbereich oder zentralnervös gelegene Läsion. Die Medianusneurographie links sei normal, auch die sensible antidrome Radialisneurographie links falle normal aus. Dementsprechend lasse sich aus neurologischer Sicht aktuell eine traumatisch bedingte Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems nicht nachweisen. Aus neurologischer Sicht seien aktuell keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen erforderlich. Der Beschwerdeführer werde das weitere Procedere mit seinen

behandelnden Ärzten besprechen, bei ihm seien zunächst keine Kontrollen vorgesehen.

8.12 Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Bericht vom 17. November 2014 (Suva-Nr. 36) folgende Beurteilung fest: Die peritendinöse Schwellung des Bizeps nach distal mit auch der intramuskulären Signalanhebung im Supinator widerspiegle die jetzigen Hauptbeschwerden. Er, als fünfte Instanz nach Notfallstation, Handchirurgie, Rheumatologe, Hausarzt und schlussendlich auch der Beschwerdegegnerin, trage wahrscheinlich auch nicht viel bei zur definitiven Klärung, ob es ein Unfall oder eine Krankheit sei. Tatsache sei, dass der Beschwerdeführer vor dem Ereignis keinerlei Ellbogenbeschwerden gehabt habe und die Beschwerden, wenn nicht unmittelbar nach dem Unfall, so doch einige Tage danach, unfallnah aufgetreten seien. Es sei für Dr. med. D.____ nicht ganz nachvollziehbar, wie eine solche Pathologie nur degenerativ bedingt sei, ohne dass der Beschwerdeführer vorher Beschwerden gehabt hätte. Er wage sich etwas auf die Äste hinaus und vermute, dass es durch die forcierte Pronationsbewegung zu einer Zerrung des Supinators und der Bizepssehne gekommen sei, mit einer Einblutung in die betroffene Loge, welche aber erst einige Tage später aufgrund des Druckes symptomatisch geworden sei. Der Beschwerdeführer habe ja die linke Hand aufgrund seiner Fingerverletzung sowieso nicht belasten können. Möglicherweise hätte dieser die Ellbogenbeschwerden isoliert schon früher bemerkt. Zuerst sei er etwas stutzig gewesen, warum man eine neurologische Untersuchung veranlassen wolle, doch vermute er, dass man eine Pathologie des Nervus radialis im Supinatorschlitz suchen wolle. Seiner Meinung nach habe es aber nach Betrachten der MRI keine Konsequenz. Vier Monate nach dem Ereignis sollte man nun bei Arbeitsunfähigkeit die Abklärung bzw. Therapie vorantreiben, eine therapeutische Möglichkeit wäre die operative Evaluation der Bizepssehne bzw. Evakuation des Seroms. Wenn die Bizepssehne arrodiiert oder teilrupturiert wäre, allenfalls die frische Insertion. Es liege die ärztliche Beurteilung der Beschwerdegegnerin vor, doch wäre sicherlich auch noch interessant, was die Kollegen Dres. G.____ und C.____ für Gedankengänge hätten. Er bitte sie, ihre relevanten Unterlagen zukommen zu lassen und werde in rund zwei Wochen den Beschwerdeführer sehen und mit ihm das Procedere besprechen.

8.13 Im Bericht vom 1. Dezember 2014 (Suva-Nr. 37) führte Dr. med. D.____ sodann aufgrund der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 26. November 2014 folgende Diagnose auf: Status nach Zerrung Musculus Supinator und distaler Bizeps links mit Restserom Die Symptomatik sei etwas regredient und der Beschwerdeführer eigentlich arbeitswillig, so dass er wünsche, zumindest mit seiner Teilarbeitsfähigkeit wieder zu arbeiten. Er schreibe diesen zu 50 % arbeitsfähig, halbtags. Die nächste klinische Kontrolle zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des weiteren Procederes finde in drei Wochen statt. Zwischenzeitlich gebe er dem Beschwerdeführer auch eine Physiotherapieverordnung mit, damit lokal antalgisch und resorbierend gearbeitet werden könne. Dann auch, je nach Belastung, der muskuläre Aufbau. Sollten die Beschwerden persistieren oder wieder stärker werden, so hätte er der operativen Exploration einer blinden Infiltration den Vorzug gegeben.

8.14 Dr. med. D.____ hielt im Bericht vom 7. Januar 2015 [korrektes Datum nicht eruierbar] (Suva-Nr. 45 S. 4) fest, er habe den Beschwerdeführer am 21. Januar 2015 untersucht und die Diagnose «Status nach Zerrung Musculus Supinator und distaler Bizeps links mit Restzerrung» gestellt. Die Befunde seien unverändert zum 26. November 2014 (vgl. E. II. 8.13 hiervor), wobei subjektiv in abnehmender Intensität bezüglich der Schmerzprovokation. Er belasse die 50 %ige Arbeitsfähigkeit und möchte abwarten, ob die leichte Besserungstendenz der Symptomatik anhalte. Am 20. Januar 2015 werde er den Beschwerdeführer zu einer

Verlaufskontrolle sehen. Falls es dann therapeutische oder versicherungstechnische Konsequenzen hätte, würde er dazu neigen, ein Verlaufs-MRI zu verordnen. 8.15 Dr. med. D.____ führte im Bericht vom 23. Januar 2015 (Suva-Nr. 46) aus, er habe den Beschwerdeführer am 22. Januar 2015 untersucht. Als Befunde gab er an: Eine schmerzfreie Flexion/Extension sowie Pro-/Supination ohne Widerstand, jedoch schmerzhaft bei Palpation der distalen Bizepssehne kubital oder auch Schmerzprovokation bei aktiver Supination sowie Ellbogenflexion gegen Widerstand. Er möchte die momentan positive Tendenz nicht unterbrechen und auch nicht in Frage stellen und somit vorläufig konservativ weiterfahren. Auch auf Wunsch des Beschwerdeführers werde die Arbeitsfähigkeit ab 1. Februar 2015 auf 75 % gesteigert. Verlaufskontrolle in einem Monat mit vorgängigem MRI. 8.16 Im E-Mail an den Vertreter des Beschwerdeführers vom 23. April 2015 führte Dr. med. D.____ aus (Suva-Nr. 51), die Fingerverletzungen (Ring- und Kleinfinger links) seien sicher auf den Unfall vom 29. Juni 2014 zurückzuführen. Er führte weiter aus, sich nie näher um die Fingerprobleme des Beschwerdeführers gekümmert zu haben und sich auf die Akten der Beschwerdegegnerin stützen zu müssen. Wenn eine aktuelle Beurteilung nötig sei, so würde er einen Handchirurgen beiziehen, sei es der initiale Dr. med. G.____ oder eine neutrale Stelle. In der SUVA-Tabelle 3 würden Gliedverluste beschrieben, was in dieser Situation sicher nicht der Fall sei. Aus seiner Sicht würden eher die Tabellen 5 (Arthrosen) oder 6 (Instabilitäten) passen, welche aber bei Beteiligung der Finger keine Entschädigungen vorsähen. Andererseits wisse man, dass Fingerverstauchungen zwar noch lange einschränken, sich aber schlussendlich wieder normalisieren könnten. 8.17 Im Bericht vom 3. November 2015 (Suva-Nr. 60) stellte Dr. med. D.____ betreffend die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 2. November 2015 folgende Diagnose: Belastungsabhängige Restbeschwerden nach Zerrung Musculus Supinator und distaler Bizeps links (dominant) Die Physiotherapie habe die Rehabilitation im Frühling abschliessen können. Der Beschwerdeführer sei auch praktisch beschwerdefrei gewesen und könne immer noch normal arbeiten. Er verspüre aber bei gewissen Bewegungen ein Zwicken proximal am Vorderarm oder bei längerer Überkopfarbeit schnellere Ermüdbarkeit. Er fühle sich gestört bei seinen Tagesaktivitäten, auch wenn er handwerklich arbeite. Der Befund sei inspektorisch unauffällig. Druckdolenz kubital entlang der gut palpierbaren Bizepssehne. Yergason negativ. Jobe-Test Palm up und Palm down provoziere einen Schmerz kubital, ebenso der Speed-Test. Innenrotation Handrücken bis untere BWS, endstellig schmerzhaft kubital. Periphere Neurologie unauffällig, Faustschluss unauffällig. Ellbogen aktiv und passiv uneingeschränkt, Ellbogenflexion gegen Widerstand schmerzhaft. Dr. med. D.____ veranlasse ein Verlaufs-MRI, da zwischen dem 1. und 2. MRI keine Änderung der Situation eruierbar gewesen sei und, falls es weiterhin so wäre, so wüsste sich der Beschwerdeführer eine Änderung der Situation, sei es durch Infiltration oder Operation. 8.18 Im Bericht vom 17. November 2015 (Suva-Nr. 61) wies Dr. med. D.____ weiterhin «belastungsabhängige Restbeschwerden nach Zerrung Musculus Supinator und distaler Bizeps links (dominant)» aus. Der Beschwerdeführer komme zum Besprechen des inzwischen durchgeführten MRI. Es persistiere weiterhin eine ansatznahe, peritendinöse Flüssigkeitsansammlung, etwas weniger als noch letztmals im Februar 2015. Dr. med. D.____ versuche diese Flüssigkeitsansammlung entlang der Bizepssehne zu punktieren, was nicht gelinge. In die Tiefe infiltrierte er dann 1 Amp. Kenacort 40A. Der Beschwerdeführer werde in den nächsten zwei Wochen telefonisch über den klinischen Verlauf berichten. Bei Persistenz der Beschwerden wäre zu überlegen, ob man dieses Serom operativ entleeren sollte. 8.19

Dr. med. D.____ hielt im Bericht vom 27. November 2015 (Suva-Nr. 63) die Diagnose «Serom nach Zerrung Bizeps/Supinator links kubital» fest und führte aus, der Beschwerdeführer habe sich wieder gemeldet, da die Corticosteroidinfiltration kubital für rund zwei Tage eine zwar deutliche Besserung gebracht habe, es jedoch danach wieder zunehmend schmerzhaft geworden sei, so dass dieser die letztmals schon angetönte operative Evakuation des Seroms wünsche. Der Eingriff werde auf dessen Wunsch hin auf Ende Februar geplant. Wenn die Symptomatik wider Erwarten zurückginge, würde die Operation frühzeitig abgesagt. 8.20 Dr. med. D.____ führte im Bericht vom 22. März 2016 (Suva-Nr. 74 S. 9) aus, der Beschwerdeführer werde am 29. April 2016 durch ihn am Ellbogen operiert. Die Beschwerden stünden im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 29. April 2014. Der Unfall sei schlussendlich auch von der Beschwerdegegnerin anerkannt worden. Der Beschwerdeführer habe relativ gut auf die konservativen Massnahmen angesprochen. Er sei aber nie beschwerdefrei gewesen und auch die MRT habe im Verlauf keine wesentliche Veränderung gezeigt, so dass er folgerichtig davon ausgehen müsse, dass die jetzigen Beschwerden immer noch in Zusammenhang mit dem ursprünglichen Unfall gesehen werden müssten. 8.21 Im Operationsbericht vom 2. Mai 2016 (Suva-Nr. 81 S. 3) stellte Dr. med. D.____ die Diagnose «Status nach Zerrung/Serom peritendiös distale Bicepssehne links». Es sei eine 30minütige Bicepssehnenrevision cubital links durchgeführt worden. Weiter wurde ausgeführt, am 29. Juni 2014, also bald vor zwei Jahren, habe der Beschwerdeführer eine Distorsion des Ellbogens mit einer Zerrung des Supinators/Biceps erlitten. Bis heute bestehe in unterschiedlicher Intensität eine belastungsabhängige Symptomatik cubital. Insgesamt habe der Patient drei MRT-Untersuchungen (Oktober 2014, Februar 2015 sowie November 2015) gehabt, welche eine peritendiöse Flüssigkeitsansammlung ohne Tendenz zur Regredienz gezeigt habe. Vorübergehend gute Besserung durch ein spezielles physiotherapeutisches Programm. Ziel sei die Bicepssehnenrevision und Entlastung des Seroms. Das Procedere bestehe in einer funktionellen Nachbehandlung nach Massgabe der Beschwerden, Physiotherapie für die aktive und assistierte Mobilisation und zur Adhäsionsprophylaxe. Fadenentfernung nach zehn Tagen beim Hausarzt. Die Arbeitsfähigkeit richte sich nach der Belastbarkeit. Eine klinische Nachkontrolle erfolge nach vier Wochen. 9. Es ist zu prüfen, ob die im Rahmen der Rückfallmeldung vom 2. Dezember 2015 durch den Beschwerdeführer geltend gemachte Gesundheitsbeeinträchtigung im linken Vorderarm bzw. Ellbogen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis vom 29. Juni 2014 verursacht wurde: 9.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Beurteilung der medizinischen Situation im Wesentlichen auf die ärztliche Beurteilung der Kausalität des Kreisarztes Dr. med. B.____ vom 5. November 2014 (vgl. E. II. 8.9 hiervor). Nach der Rechtsprechung kommt Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte 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. 353 f.). Bestehen aber auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470 mit Hinweis). 9.2 Der Kreisarzt führt in generell-abstrakter Weise aus, eine Distorsion im Bereich der Finger/Fingergelenke ohne strukturelle Läsion sei im Allgemeinen nach zwei bis drei Monaten folgenlos ausgeheilt. Gewisse Schmerzhaftigkeiten lokal könnten gelegentlich noch während einer gewissen Zeit bestehen bleiben, oder auch durch Alltagsbelastungen respektive Überbelastungen im Zusammenhang mit Umbauarbeiten am Eigenheim weiter

unterhalten werden. Solche Restschmerzen würden gemäss allgemeiner medizinischer Erfahrung innerhalb weiterer Monate folgenlos abheilen. Dr. med. B.____ hielt ferner fest, die neu beschriebenen Veränderungen im Bereich des Ellbogengelenkes liessen sich nicht mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit als unfallkausal erklären. Bezüglich der Fingerverletzungen sei der Status quo sine ab Oktober 2014 als eingetreten zu betrachten. Diese auf den gesamten bisher verfassten medizinischen Akten beruhenden Ausführungen des Kreisarztes erscheinen nachvollziehbar und schlüssig. Zudem werden sie durch die medizinischen Vorakten gestützt: Wie bereits oben dargelegt (vgl. E. II. 6 hiervor), wurde beim Beschwerdeführer durch das Unfallereignis vom 29. Juni 2014 unmittelbar eine Distorsion der Dig. IV und V der linken Hand hervorgerufen, wobei Läsionen ausgeschlossen werden konnten. Aus der sich präsentierenden Aktenlage erhellt, dass der Beschwerdeführer bis ungefähr im September 2014 ein Streckdefizit der Finger IV und V der linken Hand (vgl. E. II. 8.6 hiervor) beklagte. Solche Beschwerden wurden gemäss den vorliegenden Akten nach September 2014 – folglich ungefähr drei Monate nach dem Unfallereignis – nicht mehr beklagt. Demzufolge kann die auf medizinischen Erfahrungstatsachen beruhende Einschätzung von Dr. med. B.____, wonach Distorsionen der Finger/Fingergelenke ohne strukturelle Läsion nach ungefähr zwei bis drei Monaten folgenlos ausgeheilt seien, nachvollzogen werden. Es vermag in diesem Zusammenhang denn auch einzuleuchten, dass er den Status quo sine in Bezug auf die Fingerverletzungen ab Oktober 2014 als eingetreten qualifizierte. Etwas anders verhält es sich in Bezug auf die Beschwerden im proximalen Vorderarm bzw. Ellbogen des Beschwerdeführers, die nicht unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 29. Juni 2014, sondern erst eineinhalb bis drei Wochen später aufgetreten sind. Die Einschätzung von Dr. med. B.____, wonach diesbezüglich keine Unfallkausalität vorhanden sei, wird durch die damaligen medizinischen Vorakten ebenfalls gestützt: So wurde bereits im Bericht des [...] vom 29. August 2014 explizit festgehalten (vgl. E. II. 8.3 hiervor), die unspezifischen proximalen Vorderarmbeschwerden seien «ohne Unfall» entstanden. Ferner führte auch der Rheumatologe Dr. med. C.____ in seinem Bericht vom 15. Oktober 2014 (vgl. E. II. 8.5 hiervor) aus, kausale Bezüge der kernspintomographisch zweifelsfrei pathologischen Befunde rund um die Insertion des Bizeps zum Unfallereignis seien biomechanisch «nicht auf den ersten Blick überwiegend wahrscheinlich». Er stellte sich zudem auf den Standpunkt, dass alltägliche Überlastung (derzeitige Umbauarbeiten am eigenen Haus) als Ursache sicher mit einbezogen werden müssten. Gestützt auf diese Ausführungen vermag die Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. B.____ vom 5. November 2014 betreffend den proximalen Vorderarm/Ellbogen des Beschwerdeführers zu überzeugen. Diese wird auch durch die Ausführungen des Neurologen Dr. med. J.____ gestützt, der im Bericht vom 25. November 2015 aufgrund seiner durchgeführten Untersuchungen (vgl. E. II. 8.11 hiervor) keine traumatisch bedingte Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems nachweisen konnte. Die Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. B.____ vom 5. November 2014 erscheint als schlüssig. Sie wird nachvollziehbar begründet und ist in sich widerspruchsfrei. Wie dargelegt, lässt sie sich mit den damals vorliegenden medizinischen Unterlagen vereinbaren. Die kreisärztliche Beurteilung bildet somit grundsätzlich eine taugliche Basis für die Anspruchsbeurteilung. 9.3 Es bleibt zu prüfen, ob die später verfassten medizinischen Stellungnahmen von Dr. med. D.____ zumindest geringe Zweifel an der Kausalitätsbeurteilung von Dr. med. B.____ zu wecken vermögen. In seinem Bericht vom 17. November 2014 (vgl. E. II. 8.12 hiervor) hiervor) schickt Dr. med. D.____ gleich zu Beginn voraus, er werde als «fünfte Instanz» wahrscheinlich auch nicht

viel zur definitiven Klärung beitragen können. Seine anschliessende Feststellung, der Beschwerdeführer habe vor dem Unfall keine derartigen Beschwerden gehabt, orientiert sich an der Formel «post hoc, ergo propter hoc», welche nicht ausreicht, um die Unfallkausalität nachzuweisen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_636/2016 vom 16. November 2016 E. 5.2). In der Folge beschreibt Dr. med. D.____ einen Wirkungszusammenhang, der dazu geführt haben könnte, dass es wegen des Unfalls vom 29. Juni 2014 zu den Ellbogenbeschwerden kam. Er macht aber gleichzeitig deutlich, dass er sich mit dieser These nach eigener Einschätzung etwas auf die Äste hinaus wagt und es sich dabei um eine Vermutung handelt. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer zunächst keine derartigen Beschwerden bemerkte, erklärt sich Dr. med. D.____ mit der Schonung aufgrund der Fingerverletzung, welche dazu geführt habe, dass die beim Unfall entstandene Einblutung erst einige Tage später aufgrund des Drucks symptomatisch geworden sei. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass das erstmalige Auftreten von Beschwerden im Bereich des proximalen Vorderarms links in den vergleichsweise zeitnah erstellten Unterlagen (vgl. E. II. 8.3 hiervor) zwei bis drei Wochen nach dem Unfall angegeben wird. Mit dem Bericht vom 17. November 2014 wird aufgezeigt, dass ein Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 29. Juni 2014 und den später aufgetretenen Ellbogenbeschwerden theoretisch denkbar wäre. Wie aus den durch Dr. med. D.____ gewählten Formulierungen (er könne wahrscheinlich auch nicht viel zur Klärung beitragen; er wage sich etwas auf die Äste hinaus; er vermute) deutlich wird, geht er jedoch nicht davon aus, es müsse sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in dieser Weise zugetragen haben. Diese Einschätzung widerspiegelt sich auch in den späteren Stellungnahmen des Arztes: In seinem E-Mail vom 23. April 2015 (vgl. E. II. 8.16 hiervor) äussert er sich ausschliesslich zur Unfallkausalität der Fingerverletzungen. Im Bericht vom 22. März 2016 (vgl. E. II. 8.20 hiervor) weist er auf den «zeitlichen Zusammenhang» hin. Die nachfolgende Argumentation, die Beschwerdegegnerin habe den Unfall anerkannt und der Beschwerdeführer sei nie beschwerdefrei gewesen, ist nicht spezifisch medizinischer Natur und reicht vor dem Hintergrund der hier gegebenen Rückfall- bzw. Spätfolgensituation (vgl. E. II. 7 hiervor) nicht aus, um die Kausalität zu begründen. Es ist ferner darauf hinzuweisen, dass Dr. med. D.____ bereits im Bericht vom 17. November 2014 (vgl. E. II. 8.12 hiervor) die operative Evaluation der Bizepssehne bzw. «die Evakuierung des Seroms» in Betracht zog. Folglich ist das von ihm im später verfassten Bericht vom 27. November 2015 (vgl. E. II. 8.19 hiervor) ausgewiesene «Serom» bereits früher festgestellt worden, was die Annahme ausschliesst, die Kausalitätsbeurteilung habe später sich aufgrund neuer Erkenntnisse verändert. Zusammenfassend enthalten die Stellungnahmen von Dr. med. D.____ eine Kausalitätsbeurteilung, welche vorsichtig formuliert ist und erkennen lässt, dass der Arzt den von ihm vermuteten Wirkungszusammenhang, aber auch andere Entstehungsgründe für denkbar hält. Soweit er die Kausalität bejaht, orientiert sich seine Argumentation an der Formel «post hoc ergo propter hoc». Weiter geht Dr. med. D.____ von einem früheren Auftreten der Ellbogenbeschwerden aus, als es in den zeitnah zum Unfall erstellten Arztberichten dokumentiert ist. Eine schlüssige ärztliche Beurteilung, welche die Kausalität klar bejaht und damit der Einschätzung von Dr. med. B.____ diametral entgegensteht, liegt damit nicht vor. Es kann daher zusammenfassend festgehalten werden, dass die beim Beschwerdeführer auch weiterhin bestehenden Beschwerden im Bereich des linken Ellbogens nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 29. Juni 2014 zurückgeführt werden können. Jedenfalls sind den sich präsentierenden Akten

keine dieser Annahme klar widersprechenden Einschätzungen oder Anhaltspunkte zu entnehmen. Da somit die Berichte von Dr. med. D.____ keine zumindest geringen Zweifel an der Einschätzung des Kreisarztes Dr. med. B.____ vom 5. November 2014 (vgl. E. II. 8.9 hiervor) hervorzurufen vermögen, ist auch weiterhin auf dessen Beurteilung abzustellen. Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Abschluss des Vergleichs vom 13./17. Juli 2015 in relevanter Weise verändert habe, ist auf den Operationsbericht vom 2. Mai 2016 von Dr. med. D.____ zu verweisen. Danach habe der Beschwerdeführer drei MRT-Untersuchungen (im Oktober 2014, im Februar 2015 und im November 2015) gehabt, die eine peritendinöse Flüssigkeitsansammlung ohne Tendenz zur Regredienz gezeigt hätten. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt des geltend gemachten Rückfalls vom Dezember 2015 seit dem Erlass des Vergleichs vom Juli 2015 betreffend den linken Ellbogen keine erhebliche Veränderung stattgefunden hat. Die bereits im Oktober 2014 festgestellte peritendinöse Flüssigkeitsansammlung wurde erst durch den operativen Eingriff von Dr. med. D.____ am 29. April 2016 «beseitigt» (vgl. E. II. 8.20 f. hiervor). Folglich hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers – entgegen seiner Ansicht (vgl. A.S. 14) – seit dem Zeitpunkt des Vergleichs vom 13./17. Juli 2015 aus Sicht des Unfalls nicht in anspruchrelevanter Weise verändert. Die Beschwerdegegnerin hat dies korrekt festgestellt (A.S. 3, 24).

9.4 Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die durch den Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rückfallmeldung vom 2. Dezember 2015 beklagten Beschwerden am linken Ellbogen nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 29. Juni 2014 zurückgeführt werden können. Ein natürlicher Kausalzusammenhang ist somit nicht gegeben. Der Beschwerdeführer hat folglich im Rahmen des geltend gemachten Rückfalls vom 2. Dezember 2015 gegenüber der Beschwerdegegnerin keinen Leistungsanspruch mehr. Diese hat demnach auch die Kosten der Operation vom 29. April 2016 (vgl. E. II. 8.21 hiervor) nicht zu übernehmen.

10. Bei dieser Sachlage erübrigt sich eine nähere Prüfung der Argumentation der Beschwerdegegnerin, welche die Leistungsverweigerung schwergewichtig mit dem Inhalt des Vergleichs vom 13./17. Juli 2015 begründet hatte. Dasselbe gilt für die durch den Beschwerdeführer erklärte Anfechtung des Vergleichs wegen Grundlagenirrtums nach Art. 24 Abs. 1 Ziff. 4 Obligationenrecht (OR, SR 220).

11. Damit sind die Verfügung vom 15. Januar 2016 und der sie ersetzende Einspracheentscheid vom 22. Juli 2016 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

12. Bezüglich weiterer Beweismassnahmen ist auf die Praxis des Bundesgerichts zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Da von einer – wie vom Beschwerdeführer in E. I. 3 Ziff. 2a hiervor in eventualiter Weise beantragt – orthopädisch-handchirurgischen Begutachtung sowie dem in E. I. Ziff. 3 beantragten Einholen eines Verlaufsberichts bei Dr. med. D.____ keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, sind solche weder zu veranlassen noch einzuholen.

13. 13.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Partei-entschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 13.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

