

SO_GERICHTE VSBES.2021.46 vom 10. März 2022

SO Obergericht, 2022-03-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.46_d20220310

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.46 du 10 mars 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.46 del 10 marzo 2022

Regeste

Unfallversicherung

Erwägungen

E. 3

Es seien die vollständigen Versichertenakten bei der IV-Stelle Solothurn zu edieren.

E. 4

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 5

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 6

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 19. März 2021 (A.S. 36 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Verfügung vom 24. März 2021 (A.S. 41 f.) wird dem Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht) bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 6. Mit Replik vom 27. Mai 2021 (A.S. 50 f.) reicht der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein. 7. Mit Duplik vom 4. Juni 2021 (A.S. 54) verweist die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf ihre bisherigen Ausführungen. 8. Mit Triplik vom 8. Juli 2021 (A.S. 61 ff.) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen. 9. Mit Verfügung vom 5. August 2021 (A.S. 67) werden im vorliegenden Verfahren die IV-Akten eingeholt. 10. Am 10. März 2022 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend sind der Beschwerdeführer und sein Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Claude Wyssmann. Ein Vertreter der rechtsgenügend vorgeladenen Beschwerdegegnerin ist nicht anwesend; ihr ist denn auch das Erscheinen freigestellt worden. Rechtsanwalt Wyssmann reicht als Unterlagen den handchirurgischen Aufsatz «Dissoziative Instabilitäten der proximalen Handwurzelreihe» von T.O. Engelhardt und H. Krimmer (Urkunde 5) sowie das Weiterbildungsprogramm «Facharzt für Handchirurgie» vom 1. Januar 2018 (Urkunde 6) zu den Akten. Der Vertreter hält hiernach an den bereits gestellten Rechtsbegehren fest, präzisiert aber Rechtsbegehren Ziff. 2c wie folgt: Subeventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer ab wann rechtens und über den 10. Mai 2020 hinaus die gesetzlichen UV-Leistungen (Taggelder, Heilungskosten, ev. Dauerleistungen, Rente und Integritätsentschädigung) auszurichten. 11. Auf die

Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 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 entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181). 2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 123 V 103 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 416 E. 2a, 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen). 3. 3.1 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 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 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2 und 8C_956/2011 vom 20. Juni 2012 E. 5.1). 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 unbewiesenen 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 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis). 3.2 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe der Unfall vom 30. Januar 2020 ein bereits durch den Unfall vom 31. Mai 2012 vortraumatisiertes rechtes Handgelenk betroffen. Die Ausführungen des den Versicherten behandelnden Handchirurgen, Dr. med. F.____, begründeten zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen. Dieser habe bereits im Bericht vom 16. Juli 2012 festgehalten, dass der Beschwerdeführer durch den ersten Unfall vom 31. Mai 2012 bzw. durch den Schlag mit dem Hammer auf die Hand an der «gesamten Hand» eine extreme Berührungsempfindlichkeit verspüre. Wenn die Suva im Einspracheentscheid unter Erwägung 3.3, Seite 8, ausführe, dass der Beschwerdeführer sich im Juni 2016 erstmals vorgestellt habe, so sei dies daher ein redaktionelles Versehen, was durch Rückfrage bei Dr. med. F.____ (recte: Dr. med. D.____) schnell geklärt werden könnte. Mit Bericht vom 13. August 2018 von Dr. med. F.____ (recte: Dr. med. D.____) sei konstatiert worden, dass es sich bei der Läsion des scapholunären (SL) Bandes um ein durch den Unfall von Juni 2016 (recte: 2012) verursachtes Geschehen handle. Eine SL-Band-Läsion könne nicht krankheitsbedingt sein, so Dr. med. F.____ (recte: Dr. med. D.____) weiter. Die SL-Band-Läsion sei mittlerweile chronisch und dauere weiter an. Dr. med. F.____ habe sodann in seinem Bericht vom 2. Juli 2020 das Geschehen auf Seite 3 wie folgt zusammengefasst: «Ich hoffe mit der aktuellen Darlegung und den zur Verfügung gestellten Unterlagen ist es für die Suva nachvollziehbar, dass der Patient am 31. Mai 2012 eine SL-Bandläsion erlitt, welche zu einer chronischen SL-Bandinstabilitätslokation mit DISI-Fehlstellung des Lunatums, Palmarflexionsfehlstellung des Scaphoid und konsekutiver SLAC-Arthrose führte». Dem Beschwerdeführer sei ausserdem gemäss Bericht von Dr. med. G.____ des C.____ vom 13. Oktober 2012 nach dem Unfall vom 31. Mai 2012 eine Handgelenksschiene verordnet worden, was ebenso gegen die Behauptung der Suva spreche, dass nur (periphere) Finger der rechten Hand betroffen gewesen seien. Damit seien zumindest «relativ geringe Zweifel» an der Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit der kreisärztlichen Festlegungen gegeben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_618/2019 vom 18. Februar 2019, E. 8.1 und 8C_487/2019). Auch vermöge die Einschätzung der Kreisärztin nicht als medizinische Entscheidungsgrundlage zu taugen, weil es sich um eine reine Aktenbeurteilung handle und der

medizinische Sachverhalt selbst nach Auffassung der Suva im Einspracheentscheid nicht vollends gesichert sei. Wenn, wie vorliegend, derart diametral anders lautende Beurteilungen vorlägen, könne nicht mehr von einem an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt ausgegangen werden, der eine blosser Aktenbeurteilung als genügend erscheinen lassen könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_559/2019 vom 20. Januar 2020, E. 5.2.1 mit Hinweis auf Urteil 9C_25/2015 vom 1. Mai 2015 E. 4.1 mit Hinweisen). Sodann habe die Beschwerdegegnerin vorliegend die Leistungen zuerst erbracht gehabt. Demnach sei sie gemäss Urteil des Bundesgerichts 14. Juni 2010, 8C_901/2009 E. 3.2. beweispflichtig für das Dahinfallen der kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen des Gesundheitsschadens. Es genüge also nicht, zu behaupten, dass der leistungsbegründende Kausalzusammenhang nachträglich weggefallen sei, wie dies die Beschwerdegegnerin hier tue. Sie müsse vielmehr (bspw. durch ein Gutachten) diesen Nachweis erbringen. Ein solcher Nachweis fehle jedoch im vorliegenden Fall. Insbesondere habe sie bis zum heutigen Zeitpunkt kein fachärztliches Gutachten unter Anwendung eines spezifischen Fragenkatalogs zur Beantwortung – auch die Entwicklung auf der Zeitachse hinsichtlich des genauen Zeitpunkts des Wegfalles der Unfallfolgen berücksichtigend – in Auftrag gegeben. Des Weiteren sei zu ergänzen, dass sich der Beschwerdeführer beim Sturz vom 30. Januar 2020 an beiden Handgelenken verletzt habe (SL-Bandläsion), wie den hier eingereichten Unterlagen zu entnehmen sei. Die Suva habe auf Seite 5, Ziff. 2.2 des Einspracheentscheids auch festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer mit beiden Händen aufgefangen habe. Die Kausalität der linksseitigen Beschwerden könne somit nicht ernsthaft bestritten werden. Eine Stellungnahme zur Unfallkausalität der linken Handbeschwerden sei bis dato jedoch nicht erfolgt. Gemäss Aktenlage sei stets auch das linke Handgelenk betroffen. So sei im Bericht des H. ___ vom 2. Juli 2020 über die Sprechstunde vom 29. Juni 2020 festgehalten worden, dass sich der Beschwerdeführer am 30. Januar 2020 «mit beiden Händen» habe abfangen müssen. Dass die Beschwerden am rechten Handgelenk in der Folge im Vordergrund gestanden seien, ändere nichts an der Tatsache, dass auch das linke Handgelenk betroffen gewesen sei. Nochmals sei zu betonen, dass entgegen den Behauptungen der Suva im Jahre 2012 sehr wohl unfallbedingte Läsionen des rechten Handgelenks nachweisbar gewesen seien. Im Bericht von Dr. med. D. ___ vom 16. Juli 2012 sei festgehalten worden, dass eine Berührungsempfindlichkeit an der «gesamten Hand» bestanden habe. Es sei ferner am 27. September 2012 ein Karpaltunnelsyndrom diagnostiziert worden, für welches der Unfall offensichtlich ein Auslöser gewesen sei. Die Schmerzen seien ferner als von der «Handwurzel» ausgehend beschrieben worden. Ergänzend führt der Vertreter des Beschwerdeführers anlässlich der Verhandlung vom 10. März 2022 aus, der fachärztlichen handchirurgischen Beurteilung von Dr. med. F. ___, welcher den Beschwerdeführer persönlich untersucht habe und dessen ganze Vorgeschichte kenne, stehe die Beurteilung der Kreisärztin entgegen, welche keine handchirurgische Fachärztin sei, keine bildgebenden Unterlagen beigezogen und den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht habe. Wie aus der eingereichten Urkunde 6 hervorgehe, sei eine handchirurgische Ausbildung sehr langwierig und komplex. Zudem bedürfe es zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 f. E. 5.1). Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hänge davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfüge. Aus all diesen Gründen sei nicht ersichtlich, weshalb nicht auf die fachärztliche Beurteilung von Dr. med. F. ___ abgestellt werden sollte und nicht zumindest relativ geringe Zweifel an der kreisärztlichen Beurteilung bestehen

sollten. Des Weiteren sei auf Seite 4 des eingereichten Aufsatzes «Dissoziative Instabilitäten der proximalen Handwurzelreihe» zu verweisen. Daraus gehe hervor, dass es bei solchen Verletzungen, wie auch im vorliegenden Fall, häufig zu protrahierten Verläufen komme. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin den Standpunkt, die Kreisärztin Dr. med. E.____ habe in ihrem Bericht vom 10. Juli 2020 insbesondere dargelegt, dass beim Versicherten multiple Vor-Operationen an beiden Handgelenken, insbesondere rechts, bestünden. Anamnestisch bekannt seien Eingriffe vor über 20 Jahren. Aus den Akten ergäben sich zudem mehrere Eingriffe im Jahr 2016 aufgrund einer scapholunären Bandläsion mit beginnender DISI-Fehlstellung und 2018 sei sodann aufgrund einer Rhizarthrose rechts eine Suspensionsarthroplastik nach Lundberg erfolgt. Es sei denn auch nie bezweifelt worden, dass diese Eingriffe auf kein Suva-versichertes Ereignis zurückzuführen seien und die Krankenkasse habe diese Operationen auch bezahlt. Gemäss überzeugenden Darlegungen von Dr. med. E.____ habe das Ereignis vom 30. Januar 2020 zu erneuten Schmerzen im rechten Handgelenk geführt, jedoch sei es gemäss ausführlicher Bildgebung (CT und MRI) zu keinen neuen, frischen strukturellen Läsionen gekommen. Vielmehr zeigten die bildgebenden Abklärungen ein Fortschreiten des bekannten Vorzustandes. Folgen des Unfalls spielten im Beschwerdebild nach sechs Wochen keine Rolle mehr. Demzufolge könne die Behandlung mit Eingriff vom 17. Juni 2020 nicht mehr auf das Ereignis vom 30. Januar 2020 zurückgeführt werden, sondern adressiere die multiplen Vor-Eingriffe vor 20 Jahren sowie in den Jahren 2016 und 2018. Soweit Dr. med. F.____ in seinem Bericht vom 2. Juli 2020 auf das Ereignis vom 31. Mai 2012 verweise und alle Eingriffe seit 2016 auf dieses Ereignis zurückführen möchte, könne dem nicht gefolgt werden. Selbst wenn im Bericht von Dr. med. D.____ vom 26. Juli 2012 ein Status nach Handgelenkskontusion anfangs Juni 2012 genannt worden sei, zeigten die übrigen Berichte – im Besonderen die ausführliche Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. B.____ vom 28. Januar 2013 – dass beim Unfall vom 31. Mai 2012 hauptsächlich der Mittel- und Ringfinger betroffen gewesen seien. Der Kreisarzt habe im Anschluss an die kreisärztliche Untersuchung damals denn auch festgehalten, für die vom Versicherten beklagten Beschwerden fänden sich aktuell weder klinisch noch in der Bildgebung, einschliesslich MRT der rechten Hand, eine fassbare Ursache. Diesbezüglich sei auf die echtzeitlichen Akten zu verweisen. Im Bericht von Dr. med. I.____, Leitender Arzt, Chirurgische Klinik, C.____, vom 5. Juli 2012 sei festgehalten worden, der Beschwerdeführer habe anfangs Juni mit einem schweren Hammer einen Schlag auf den Mittelfinger rechts bekommen. Er habe sich am 14. Juni 2012 bei ihm mit unerträglichen Schmerzen im Bereich der gesamten rechten Hand gemeldet. Frakturen hätten ausgeschlossen werden können. Der Arzt habe weiter ausgeführt, er habe den Beschwerdeführer am 26. Juni 2012 erneut beurteilt und eine extreme Berührungsempfindlichkeit in der gesamten Hand, insbesondere am Mittelfinger, festgestellt. Am 16. Juli 2012 habe Dr. med. D.____, leitender Arzt, Orthopädische Klinik, C.____ sodann ausgeführt, gemäss Bericht vom 5. Juli 2012 habe der Beschwerdeführer eine extreme Berührungsempfindlichkeit an der gesamten Hand gehabt und es sei nur eine Flexion im PIP des Mittelfingers von 20° möglich gewesen. Die Beschwerden hätten sich nun deutlich im oben genannten Bereich lokalisiert. Aus diesen Berichten lasse sich somit schliessen, dass zuerst zwar über Schmerzen in der ganzen Hand geklagt worden sei, sich diese jedoch später auf den Bereich der Fingergelenke verlagert hätten. Selbst wenn im Juni 2012 neben der im Mittelpunkt stehenden Fingerverletzung auch eine Kontusion des Handgelenks erfolgt sei, gebe es keine Hinweise darauf, dass hier eine strukturelle unfallbedingte Verletzung erfolgt sei und dies bedeute schon gar nicht, dass es sich bei den

ab Januar 2020 geltend gemachten Beschwerden um einen Rückfall zu diesem früheren Ereignis handle. Auch die Ausführungen von Dr. med. F.____, wonach im MRI vom 10. Juni 2016 eine wahrscheinlich bis dahin seit vier Jahren bestehende scapholunäre Banddissoziation diagnostiziert worden sei, seien sehr vage. Im Weiteren könne es zwar sein, dass die im Jahr 2016 festgestellte SL-Bandläsion nicht frisch gewesen sei, zumal die sekundären Stabilisatoren (extrinsische Bänder) schon nachgegeben gehabt hätten, jedoch könne die Schlussfolgerung, dass die Verletzung vermutlich auf den Unfall vom Mai 2012 zurückzuführen sei, nicht überzeugen. Insbesondere lasse sich daraus nicht ableiten, dass die ab Januar 2020 geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Verletzung vom Mai 2012 zurückgeführt werden müsste. Unzutreffend sei zudem die Aussage von Dr. med. F.____, dass das Ereignis vom Mai 2012 als Krankheit deklariert worden sei. Vielmehr sei es – wie oben dargelegt – als Unfall anerkannt, jedoch habe dieser die Finger der rechten Hand betroffen. Im Weiteren verweise Dr. med. F.____ auf das Schreiben von Dr. med. D.____ und Dr. med. J.____ vom 13. August 2018 («Richtigstellung Krankheit/Unfall»). Die Ärzte hätten darin dargelegt, dass der Beschwerdeführer sich im Juni 2016 erstmals vorgestellt habe. Damals habe er zwar erwähnt, dass er sich nicht an ein auslösendes Unfallereignis erinnern könne, nachdem er aber auf Baustellen arbeite und immer wieder kleine Unfälle und Stürze auf die Hände gehabt habe, sei davon auszugehen, dass die SL-Band-Läsion unfallbedingt sei; eine solche könne nicht krankheitsbedingt entstehen. Auch aufgrund dieser Darlegungen lasse sich nicht nachweisen, dass die ab Januar 2020 geklagten Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einen Rückfall zum Unfall vom Mai 2012 (oder zu einem anderen Suva versicherten Ereignis) darstellten. Sodann sei festzuhalten, dass die Suva ihrer Abklärungspflicht genügend nachgekommen sei, indem sie frühere Akten und Arztberichte gesichtet habe. Dass einerseits beim Unfall im Jahr 2012 eine strukturelle Verletzung des Handgelenks verursacht worden sei und andererseits die ab Januar 2020 geklagten Beschwerden an der rechten Hand einen Rückfall zu diesem Ereignis darstellten, sei höchstens möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich. Des Weiteren sei es entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers korrekt, dass Dr. med. D.____, Leitender Arzt, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, C.____, (und nicht Dr. med. F.____, wie in der Beschwerde festgehalten worden sei) im Bericht vom 13. August 2018 ausgeführt habe, der Beschwerdeführer habe sich erstmals im Juni 2016 vorgestellt und erwähnt, dass er sich an ein auslösendes Ereignis nicht erinnern könne. Dies gehe insbesondere aus dem echtzeitlichen Bericht von Dr. med. D.____, Orthopädische Klinik, C.____, vom 20. Juni 2016 hervor. Die Stellungnahme von Dr. med. D.____ beziehe sich ja auf die Behandlungen ab dem Jahr 2016, welche schliesslich zu mehreren Operationen geführt hätten (vgl. Berichte in Suva-Nr. II 70, Schaden-Nr. 23.95063.20.3). Der Umstand, dass gemäss Angaben der Ärzte im Bericht vom 13. August 2018 die SL-Läsion durch einen Unfall erfolgt sein müsse, genüge nicht als Beweis, dass die im Jahr 2020 geklagten Beschwerden einen Rückfall zum Unfall im Jahre 2012 oder einem anderen Suva versicherten Unfall darstellten. Zudem treffe es entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht zu, dass diesem nach dem Unfall vom 31. Mai 2012 eine Handgelenksschiene verordnet worden sei. Vielmehr sei dem Versicherten anlässlich der Erstkonsultation im C.____ am 14. Juni 2012 eine Dreifingerlangsschiene verordnet worden (Suva-Nr. I. 13). Im Bericht von Dr. med. I.____, Chirurgische Klinik, C.____, vom 27. Juni 2012 sei sodann festgehalten worden, fast vier Wochen nach dem Trauma trage der Beschwerdeführer immer noch eine palmare Schiene. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass es im bisherigen Verfahren durchgehend um die Beschwerden am rechten Handgelenk

gegangen sei. So habe die Verfügung der Suva vom 15. Juli 2020 explizit die Leistungen in Bezug auf die Handbeschwerden rechts betroffen. Die neu (ab März 2021) geltend gemachten Beschwerden an der linken Hand seien somit nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Anzuführen sei jedoch, dass von der Agentur [...] aktuell die Kausalität der Beschwerden an der linken Hand geprüft und das Ergebnis dem Versicherten zum gegebenen Zeitpunkt mitgeteilt werde. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass der Unfall vom 30. Januar 2020 zu einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes an der rechten Hand geführt habe, welcher jedoch nach spätestens sechs Wochen abgeheilt gewesen sei. Insbesondere habe die Operation vom 17. Juni 2020 keine Unfallfolgen adressiert. Eine Einstellung der Leistungen per 19. Mai 2020 könne somit nicht beanstandet werden. Im Weiteren könnten die aufgetreten Beschwerden an der rechten Hand nicht als Rückfall zum Unfall vom 31. Mai 2012 angesehen werden, weshalb sich hieraus keine Leistungspflicht ergebe. 5. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 5. Februar 2021 den Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit den Unfallereignissen vom 31. Mai 2012 (Verneinung eines Rückfalls) sowie vom 30. Januar 2020 per 19. Mai 2020 zu Recht verneint hat. Diesbezüglich sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang: 5.1 Med. pract. K.____, C.____, diagnostizierte im Arzteugnis UVG vom 14. Juni 2012 (Suva-Nr. 13) eine Kontusion des Mittelfingers rechts mit Tendovaginitis der Strecksehnen. Vor 14 Tagen habe sich der Beschwerdeführer mit einem 2.5 kg schweren Hammer auf den Mittelfinger rechts geschlagen, jetzt klage er über unerträgliche Schmerzen. Als Massnahme sei eine Dreifingerlangschiene für eine Woche verschrieben worden. 5.2 Im Bericht des C.____ vom 27. Juni 2012 (Suva-Nr. I 6) wurde ein Verdacht auf Entwicklung eines CRPS nach Kontusion des Mittelfingers rechts von Anfang Juni 2012 diagnostiziert. Fast vier Wochen nach dem Trauma trage der Beschwerdeführer immer noch eine palmare Schiene und habe diffuse Schmerzen. Die Finger könnten nicht zur Faust geschlossen werden. Befund: Extreme Berührungsempfindlichkeit in der Hand und am Mittelfinger. Die Flexion sei im PIP des Dig. III höchstens um etwa 20° möglich, die anderen Finger wenig mehr. Die Druckdolenz liege auch im Hohlhandbereich vor. Die Hohlhand rechts sei etwas feuchter als links. Keine Temperaturdifferenz. 5.3 Mit Bericht vom 16. Juli 2012 (Suva-Nr. I 18) diagnostizierte Dr. med. D.____, Handchirurgie, C.____, einen Status nach Handgelenkskontusion von Anfang Juni 2012. Anfangs Juni 2012 sei es zu einer Kontusion durch einen Schlag mit dem Hammer auf die rechte Hand gekommen. Seither habe der Beschwerdeführer starke Schmerzen in der rechten Hand. Er sei Linkshänder und Schlosser. Befunde: Hand rechts inspektorisch unauffällig. Exquisite Druckdolenz über dem MP-Gelenk III ulnar. Schmerzen in diesem Gelenk bei Radialduktion des Mittelfingers. MP-Gelenk III radial und MP-Gelenk IV radial und ulnar nicht schmerzhaft. Volle Streckung möglich. Abstand Fingerbeere – Faustschluss 2 cm, bei forcierter Flexion ziehende Schmerzen PIP-Gelenk III & IV dorsal. Die Beweglichkeit und die Beschwerden seien im Vergleich mit der Voruntersuchung deutlich verbessert. Gemäss Vorbericht habe er eine extreme Berührungsempfindlichkeit an der gesamten Hand und eine Flexion im PIP des Mittelfingers von nur 20° gehabt. Die Beschwerden hätten sich nun deutlich im oben genannten Bereich lokalisiert. 5.4 Im Bericht des C.____ vom 18. Juli 2012 (Suva-Nr. I 29) betreffend ein MRT Finger II - V Hand rechts wurde zur Beurteilung folgendes festgehalten: - Suszeptibilitätsartefakte im Bereich der Spitze des Kleinfingers radialeseits, whs. bedingt durch einen sehr kleinen (in den konventionellen Röntgenaufnahmen vom

14. Juni 2012 nicht erkennbaren) Metallsplitter - Keine Band- oder Sehnenläsion erkennbar - Kein Knochenmarködem oder sonstigen Hinweis auf eine Fraktur erkennbar - Auch im Übrigen keine Auffälligkeiten erkennbar 5.5 Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 31. Oktober 2012 (Suva-Nr. I 43) hielt Dr. med. L.____, C.____, fest, seit dem Unfall im Juni 2012 klage der Beschwerdeführer über persistierende Schmerzen im Grundgelenk des Dig III und IV. Klinisch berichte er über keine Gefühlsstörungen, keine einschiessenden elektrisierenden Schmerzen, jedoch über einen Dauerschmerz in der Handfläche sowie auch Schmerzen im Grundgelenk Dig III und IV. Klinisch und elektrophysiologisch erhebe sie, Dr. med. L.____, keine Verdachtsmomente auf eine Kompressionsneuropathie im Handgelenk rechts, resp. weiter distal. Bei deutlicher Druckdolenz im Grundgelenk Dig III sei am ehesten eine Kapselaffektion zu vermuten, Hinweise auf einen neurogen bedingten Schmerz erhebe sie keine. 5.6 Mit Bericht vom 30. November 2012 (Suva-Nr. I 41) stellte Dr. med. D.____, C.____, folgende Diagnosen: - Radiale kollaterale Bandläsion MP-Gelenk IV Hand rechts - St. n. Handgelenkskontusion rechts Anfangs Juni 2012 Befund Hand rechts: Inspektorisch unauffällig. Exquisite Druckdolenz über dem MP-Gelenk IV radial. Schmerzen in diesem Gelenk bei Ulnarabduktion des Ringfingers. Volle Streckung möglich. Voller Faustschluss möglich. Bei forcierter Flexion ziehende Schmerzen im PIP-Gelenk IV dorsal. Neurologische Untersuchung von Frau Dr. L.____ vom Juni 2012: Keine Pathologie. MRI vom 14. Juni 2012: Keine Band- oder Sehnenläsion erkennbar. Kein Knochenmarksödem oder sonstige Hinweise auf eine Fraktur erkennbar. Keine Auffälligkeiten erkennbar. Konventionelle Röntgenbilder vom Juni und September 2012 (inkl. Karpaltunnelaufnahme): Unauffällig. 5.7 Im Bericht zur ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 24. Januar 2013 (Suva-Nr. I 51) stellte der Kreisarzt, Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie FMH, folgende Diagnosen: Kontusion proximaler Mittel- und Ringfinger rechts - MRI Hand rechts vom 18. Juli 2012: Keine Band- oder Sehnenläsion erkennbar, kein Knochenmarködem oder sonstige Hinweise auf eine Fraktur erkennbar, auch im Übrigen keine Auffälligkeiten erkennbar. - Prolongierte Schmerzen, klinisch Verdacht auf Status nach radialer kollateraler Bandläsion MP-Gelenk IV. Nach Kontusion im Mittelfingerbereich resp. Ringfingerbereich proximal habe der Versicherte während zwei Wochen weitergearbeitet. Bei der anschliessenden Vorstellung im C.____ sei aufgrund der Anamnese und der leichten Schwellung sowie der deutlich eingeschränkten Flexion des Mittelfingers die Diagnose einer Mittelfinger-Kontusion rechts mit traumatisch bedingter Tendovaginitis gestellt worden. Bei sich abzeichnender, verzögerter Beschwerdebesserung und dem Verdacht eines beginnenden CRPS seien ein Therapieversuch mit Miacalcic durchgeführt und eine Ergotherapie begonnen worden. In der anschliessenden handchirurgischen Untersuchung hätten bei einer Druckdolenz über dem MP-Gelenk III und einer schmerzbedingt verminderten Flexion im Mittelfinger keine pathologischen Befunde festgestellt werden können. Auch die daraufhin veranlasste MRI-Untersuchung habe weder Band- noch Sehnenläsion, weder Knochenmarködem oder sonstige Pathologien oder Auffälligkeiten nachweisen können. Es seien verschiedentliche Injektionen im Bereich der MP-Gelenke und der A1-Ringbänder Dig III und IV mit Lidocain und Kortison erfolgt. Ab Anfangs Dezember 2012 sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung berichte der Versicherte noch über belastungsabhängige Beschwerden im Bereich des Mittelfingers. Die Funktion der Langfinger sei seitengleich intakt. Es bestünden keine Instabilitäten. Die Sehnen glitten sowohl bei Beugung als auch Extension frei. Es werde eine umschriebene Hypästhesie im Bereiche der Ringfingerkuppe rechts beklagt bei ansonsten uneingeschränkter Sensibilität

des gesamten Ringfingers und auch aller übrigen Finger. Eine Instabilität könne nicht festgestellt werden. Es bestehe weder eine Schwellung noch Überwärmung. Die Trophik an beiden Händen sei gut. Ebenso wiesen beide Hände Arbeitsspuren, insbesondere eine Beschwiellung auf. Ebenso seitengleiche Muskelatrophik an den Unter- und Oberarmen. Im neurologischen Bericht von Frau Dr. L. ___ vom 31. Oktober 2012 hätten «keine Hinweise auf einen neurogen bedingten Schmerz» gefunden werden können. Für die vom Versicherten beklagten Beschwerden finde sich aktuell weder klinisch noch in der Bildgebung, einschliesslich MRT der rechten Hand, eine fassbare Ursache. Bei uneingeschränkter Funktion und auch guter Kraftentwicklung beim Faustschluss sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben. Prinzipiell bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit als Chefmonteur im Stahlbau. Aufgrund der lang anhaltenden Teilarbeitsfähigkeit könne eine stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit akzeptiert werden. Es würden dem Versicherten eine 75%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 28. Januar 2013 und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 11. Februar 2013 attestiert. Unfallbedingt seien keine weiteren Therapien nötig. Die vom Versicherten bereits während mehreren Wochen getragene Zwillingsbandage für Ring- und Mittelfinger werde nicht mehr benötigt. Der medizinische Fallabschluss könne erfolgen. Entsprechend könne auch der Fall versicherungsmedizinisch abgeschlossen werden.

5.8 Mit Bericht vom 13. August 2018 (Suva-Nr. II 38) stellte Dr. med. D. ___ folgende Diagnosen: 1. St. n. Handgelenksdenervation und Sattelgelenksdenervation rechts sowie diagnostischer Handgelenksarthroskopie vom 28. Mai 2018 mit/bei: - St. n. Distraktions-Arthroplastik modifiziert nach Bufalini Daumensattelgelenk rechts mit stabilisierendem K-Draht am 4. Dezember 2017 bei Rhizarthrose Stadium I nach Eaton und Littler mit/bei - St. n. Infiltration mit Kenacort 10 / Rapidocain am 28. Juni 2017 mit positivem Erfolg - Rückläufige postoperative Allodynie im R. superficialis N. radialis-Gebiet - Postoperativ Schmerzprogression im Bereich des Bohrkanals am Metacarpale II sowie im Bereich des Sattelgelenkes · Infiltration mit Kenacort 10 / Rapidocain Narbe MC II sowie Sattelgelenk vom 7. März 2018 - Aktuell: MR-Tomographisch Bone bruise proximales Metacarpale I sowie Metacarpale II-Schaft und Synovitis Daumensattelgelenk 2. St. n. dynamischer Scaphoid-Aufhängung rechts bei chronischer SL-Bandläsion und beginnender Radiocarpal-Arthrose am 26. September 2016 bei - Scapholunarer Bandläsion mit beginnender DISI-Fehlstellung Handgelenk rechts (dominant) mit/bei - St. n. Denervation N. interosseus posterior rechts vom 21. Juli 2016 mit/bei - Positiver Testinfiltration des N. interosseus posterior vom 19. Juli 2016 - St. n. diagnostischer Handgelenksarthroskopie rechts vom 4. Juli 2016 mit/bei - Knorpeldegeneration in der Fossa scaphoidea radii, intakter Knorpel in der Fossa lunata - Aktuell: MR-Tomographisch stationäre Degeneration Fossa scaphoidea 3. Anamnestisch St. n. mehreren handchirurgischen Eingriffen beidseits vor 20 Jahren (keine Dokumentation) Beim Beschwerdeführer bestünden mehrere Probleme an der rechten Hand, welche teilweise unfallbedingt, teilweise krankheitsbedingt seien. Wichtig sei dabei zu erwähnen, dass es sich bei Diagnose 2, der SL-Band-Läsion, um ein unfallbedingtes Geschehen handle. Der Beschwerdeführer habe sich im Juni 2016 erstmals bei ihm vorgestellt. Zwar habe er erwähnt, dass er sich an ein auslösendes Unfallereignis nicht erinnern könne, der Beschwerdeführer habe jedoch auf Baustellen gearbeitet und immer wieder kleinere Unfälle oder Stürze auf die Hände gehabt. Eine SL-Band-Läsion könne nicht krankheitsbedingt stattfinden.

5.9 Mit Bericht vom 28. Februar 2020 (Suva-Nr. II 5) hielt Dr. med. D. ___ vom C. ___ fest, der Beschwerdeführer sei am 30. Januar 2020 auf die rechte Hand gestürzt, seitdem habe er Schmerzen im Bereich

des ehemaligen Sattelgelenks rechts. Die Röntgenbilder, vom Beschwerdeführer mitgebracht, und die Bilder zeigten keine Besonderheiten. Die klinische Untersuchung heute zeige ausser Schmerzen im Bereich des Trapezial Space keine anderen Beschwerden. Als erste Massnahme werde eine Infiltration mit Kortison und Lokalanästhesie durchgeführt.

5.10 Mit Bericht betreffend MRT des rechten Handgelenks vom 18. Februar 2020 (Suva-Nr. II 29) wurde zur Beurteilung Folgendes festgehalten: - Keine Hinweise auf posttraumatische ossäre oder Weichteilverletzung. - Intakte palmare SL-Bandrekonstruktion mit leichter synovialer Umgebungsreaktion. - Bei Status nach Bufalini-Operation neu teils zystische Degeneration, teils ödematöser Reizzustand des Os trapezoideum und arthrotische Veränderung der distalen Handwurzelreihe mit synovialen Reizzustand. Radialseits. Neu Chondropathie und subchondrales Reizödem des Os capitatum proximal scaphoidseitig DD beginnende SLAC. Intaktes Palmaris longus-Sehnentransplantat an der Basis des MC II. - Kleines palmares Ganglion des Os capitatum/hamatum.

5.11 Mit Bericht vom 11. Mai 2020 (Suva-Nr. II 38) hielt Dr. med. D. ___ vom C. ___ fest, der Beschwerdeführer berichte über zunehmende Schmerzen nicht nur über dem Daumensattelgelenk, sondern neu auch über dem Radiocarpalgelenk. Die Schmerzen seien so stark, dass ihm Gegenstände aus der Hand fielen. Befunde Handgelenk rechts: Unauffällige Weichteile. Nur minimale Schwellung des gesamten Daumens. Druckdolenz über dem Daumensattelgelenk. Distraction des Daumens führe zur Schmerzlinderung. Grind-Test negativ. Opposition des Daumens bis Kapandji 9 von 10. Strecken des Daumens problemlos möglich. Finkelstein-Test negativ. Keine Druckdolenz über dem 1. Strecksehnenfach. Druckdolenz über dem Radiocarpalgelenk. Bewegungsumfang eingeschränkt mit Flexion / Extension 35/0/20°. Endgradige Extension schmerzhaft. Watson-Test schmerzfrei. Keine Druckdolenz über dem TFCC sowie über dem DRUG. Faustschluss vollständig möglich. Strecken der Langfinger vollständig möglich. Periphere Sensibilität intakt.

5.12 Im Bericht vom 2. Juli 2020 (Suva-Nr. II 72, S. 2) stellte Dr. med. F. ___, Orthopädie / Handchirurgie, H. ___, folgende Diagnosen: 1. SLAC wrist rechts bei chronischer SL Bandläsion - Scapholunärer Bandläsion mit beginnender DISI-Fehlstellung Handgelenk rechts - (dominant) mi/bei - Status nach Denervation N. interosseus posterior rechts vom 21. Juli 2016 mit/bei - Positiver Testinfiltration des N. interosseus posterior vom 19. Juli 2016 - St. n. diagnostischer Handgelenksarthroskopie rechts vom 4. Juli 2016 mit/bei - Knorpeldegeneration in der Fossa scaphoidea radii, intakter Knorpel in der Fossa lunata - St. post dynamische Scaphoidaufhängung rechts vom 26. September 2016 bei - MR-Tomographisch stationäre Degeneration Fossa scaphoidea - St. post Handgelenksarthroskopie, partielle Scaphoidektomie, Radiusstyloidektomie, arthroskopisch assistierte 4 Cornerfusion (3x HCS Schraube) OP vom 17. Juni 2020 2. Rhizarthrose rechts mit St. post Resektions-Suspensionsarthroplastik nach Lundborg CMC-I-Gelenk Hand rechts vom 27. August 2018 mit/bei: - St. n. Handgelenksdenervation und Sattelgelenksdenervation rechts sowie diagnostischer Handgelenksarthroskopie vom 28. Mai 2018 mit/bei: · St. n. Distractions-Arthroplastik modifiziert nach Bufalini Daumensattelgelenk rechts mit stabilisierendem K-Draht am 4. Dezember 2017 bei Rhizarthrose Stadium I nach Eaton und Littler mit/bei · St. n. Infiltration mit Kenacort 10 / Rapidocain am 28. Juni 2017 mit positivem Erfolg · Rückläufige postoperative Allodynie im R. superficialis N. radialis-Gebiet · Postoperativ Schmerzprogression im Bereich des Bohrkanals am Metacarpale II sowie im Bereich des Sattelgelenkes · Infiltration mit Kenacort 10 / Rapidocain Narbe MC II sowie Sattelgelenk vom 7. März 2018 · MR-Tomographisch Bone

bruisse proximales Metacarpale I sowie Metacarpale II-Schaft und Synovitis Daumensattelgelenk 3. Anamnestisch St. n. mehreren handchirurgischen Eingriffen beidseits vor 20 Jahren (keine Dokumentation) Bezugnehmend auf den ersten Sprechstundentermin im Juni 2012 im C. ___ bei Dr. med. D. ___ sei zu berichten, dass der Beschwerdeführer am 31. Mai 2012 einen Unfall am rechten Handgelenk erlitten habe. Seither habe er Schmerzen in der rechten Hand. Trotz konstant berichteter Schmerzen und multiplen Abklärungen sei erst in einem MRI am 10. Juni 2016 (M. ___) eine wahrscheinlich bis dahin seit vier Jahren bestehende scapholunäre Banddissoziation diagnostiziert worden. Hier habe sich bereits eine palmare Flexions/Subluxationsstellung des Os scaphoideums sowie eine sogenannte DISI-Fehlstellung mit Dorsalextension des Lunatums gezeigt. Diese beiden Punkte sprächen dafür, dass die SL Bandläsion, welche 2016 festgestellt worden sei, nicht frisch sei, sondern die sekundären Stabilisatoren (extrinsische Bänder) schon nachgegeben hätten und die Verletzung vermutlich auf den Unfall vom Mai 2012 zurückzuführen sei. Fälschlicherweise sei es damals in der Aktenlage zu einem Fehler gekommen, wobei der Unfall vom Mai 2012 als Krankheit deklariert worden sei. Herr Dr. D. ___ und Frau Dr. J. ___ hätten dies in einem Schreiben am 13. August 2018 klargestellt. Im Verlauf all dieser Abklärungen habe der Patient sich mehrfachen Operationen unterziehen müssen. Hier seien zum einen eine Denervation des PIN-Nerven am 21. Juli 2016 durchgeführt worden. Weiter seien eine Handgelenksarthroskopie am 4. Juli 2016 sowie eine erneute Handgelenksarthroskopie am 28. Mai 2018 erfolgt. Zwischenzeitlich sei eine dynamische Scaphoidaufhängung bei chronischer SL Bandläsion und beginnender Radiocarpal-arthrose am 26. September 2016 erfolgt. In der Folge habe der Beschwerdeführer unter persistierenden Schmerzen gelitten, mal mehr mal weniger. Er sei in der Zwischenzeit auch wieder voll arbeitsfähig gewesen. Leider habe er am 30. Januar 2020 einen erneuten Unfall erlitten, wo er in seiner Tätigkeit im Strassenbau rückwärts eine Böschung herunterstürzt sei und sich dabei unten auf dem Asphalt mit beiden Händen abgefangen habe. Bei persistierenden und therapieresistenten Schmerzen seien am 17. Juni 2020 eine erneute Handgelenksarthroskopie durchgeführt sowie eine partielle Scaphoidektomie, Radiusstyloidektomie und eine arthroskopisch assistierte 4-Cornerfusion (partielle Handgelenksfusion) am rechten Handgelenk durchgeführt worden. Seitdem sei der Beschwerdeführer schmerz kompensiert, aktuell aber für wahrscheinlich mind. drei Monate postoperativ erneut arbeitsunfähig. 5.13 In ihrer Aktenbeurteilung vom 10. Juli 2020 (Suva-Nr. II 77) hielt die Kreisärztin, Dr. med. E. ___, Fachärztin für Allgemein Chirurgie und Traumatologie, fest, gemäss Schadenmeldung vom 3. März 2020 sei der Versicherte am 30. Januar 2020 einen Hang runter gestürzt und habe sich mit beiden Händen aufgefangen. Durch das jetzige Ereignis, welches nun zu erneuten Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenkes geführt habe, sei es anhand der ausführlichen Bildgebung (MRI und CT) zu keinen neuen resp. frischen strukturellen Läsionen gekommen. Die Befunde entsprächen dem Fortschreiten des bekannten Vorzustandes mit nun inzwischen SLAC-Wrist. Deshalb sei im Juni 2020 eine 4-Cornerfusion-Arthrodesen erfolgt. Bezugnehmend auf das Schreiben von Dr. med. F. ___, leitender Arzt Orthopädie/Handchirurgie, H. ___, werde auf die Unterlagen des Ereignisses vom 31. Mai 2012 hingewiesen. Dr. med. F. ___ führe alle Eingriffe seit 2016 auf dieses Ereignis zurück. Er gehe davon aus, dass damals eine Verletzung des rechten Handgelenkes erfolgt sei, was aufgrund der vorliegenden Akten mit Abschlussuntersuchung 2013 aber nicht der Fall sei. Damals habe sich der Versicherte eine Kontusion des Mittelfingers der rechten Hand zugezogen und keine Verletzung am Handgelenk. Ausserdem seien schon

damals Narben im Bereich beider Handgelenke beschrieben worden bei Zustand nach mehreren Eingriffen vor ca. 20 Jahren. Unterlagen zu diesen Eingriffen, die ebenfalls nicht Suva versichert gewesen seien, lägen der Suva und offensichtlich auch Dr. med. F. ___ nicht vor. Dementsprechend könne der Behauptung von Dr. med. F. ___ nicht gefolgt werden. Eine Kontusion des Mittelfingers verursache keine SL-Bandläsion. Zusammenfassend sei die aktuelle Behandlung mit Eingriff am 17. Juni 2020 nicht mehr auf das Ereignis vom 30. Januar 2020 zurückzuführen, sondern auf die multiplen Vor-Eingriffe vor 20 Jahren sowie in den Jahren 2016 und 2018 mit nun fortschreitender degenerativer Entwicklung. Die Kausalität zum Unfallereignis von 2012 sei aufgrund der vorliegenden Unterlagen ebenfalls nicht gegeben. Durch den Sturz am 30. Januar 2020 sei es zu einer vorübergehenden Verschlimmerung ohne frische strukturelle Läsionen über einen Zeitraum von maximal sechs Wochen gekommen. Darüber hinaus seien die Beschwerden dem unfallfremden ausgedehnten Vorzustand zuzuordnen. 6. Vorweg ist hinsichtlich des Streitgegenstandes festzuhalten, dass die Unfallkausalität betreffend die Beschwerden an der linken Hand – wie von der Beschwerdegegnerin vorstehend dargelegt (s. E. II. 4 hiavor) – in einem separaten Verwaltungsverfahren geprüft wird. In der Verfügung vom 15. Juli 2020 (Suva-Nr. II 79) wurde denn auch ausdrücklich nur die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Beschwerden an der rechten Hand beurteilt. Demnach sind die vom Beschwerdeführer erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte (Sprechstundenbericht des H. ___ vom 4. März 2021, Beschwerdebeilage 3; Operationsbericht vom 30. März 2021, Beschwerdebeilage 4), welche sich im Wesentlichen mit den Beschwerden an der linken Hand auseinandersetzen, für das vorliegende Beschwerdeverfahren nicht von Belang. 7. Zu prüfen ist zuerst, ob bezüglich der vorliegenden Verletzungen und Beschwerden an der rechten Hand eine Rückfallkausalität zum Unfallereignis vom 31. Mai 2012 besteht. 7.1 Die Versicherungsleistungen werden auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt (Art. 11 Verordnung über die Unfallversicherung / UVV; SR 832.202). Rückfälle und Spätfolgen stellen besondere revisionsrechtliche Tatbestände dar (Art. 22 UVG; BGE 118 V 293 E. 2d S. 297). 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 garteten Krankheitsbild führen können. Rückfälle und Spätfolgen schliessen somit begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des Unfallversicherers nur dann auslösen, 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 f.; Kaspar Gehring, in: Kieser/Gehring/Bollinger, KVG UVG Kommentar, 2018, Art. 6 UVG N 28). 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_331/2015 vom 21. August 2015 E. 2.2.2). 7.2 Bezüglich der Frage, ob bezüglich der vorliegenden Verletzungen und Beschwerden an der rechten Hand eine Rückfallkausalität zum Unfallereignis vom 31. Mai 2012 besteht, ist einerseits auf den überzeugenden Bericht zur ärztlichen Abschlussuntersuchung von Kreisarzt Dr. med.

B.____, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 24. Januar 2013 (Suva-Nr. I 51) zu verweisen, woraus hervorgeht, dass sich bereits unmittelbar im Nachgang zum genannten Unfallereignis für die vom Versicherten beklagten Beschwerden weder klinisch noch in der Bildgebung, einschliesslich MRT der rechten Hand eine fassbare Ursache gezeigt habe. In der handchirurgischen Untersuchung hätten bei einer Druckdolenz über dem MP-Gelenk III und einer schmerzbedingt verminderten Flexion im Mittelfinger keine pathologischen Befunde festgestellt werden können. Auch die daraufhin veranlasste MRI-Untersuchung habe weder Band- noch Sehnenläsion, weder Knochenmarködem oder sonstige Pathologien oder Auffälligkeiten nachweisen können. Im neurologischen Bericht von Frau Dr. L.____ vom 31. Oktober 2012 hätten «keine Hinweise auf einen neurogen bedingten Schmerz» gefunden werden können. Andererseits kann auf die überzeugende Aktenbeurteilung der Kreisärztin Dr. med. E.____ vom 13. Juli 2020 abgestellt werden. Darin begründete Dr. med. E.____ nachvollziehbar, beim Versicherten bestünden multiple Vor-Operationen an beiden Handgelenken, insbesondere rechts. Anamnestisch bekannt seien Eingriffe vor über 20 Jahren. 2016 seien mehrere Eingriffe am rechten Handgelenk aufgrund einer scapholunären Bandläsion mit beginnender DISI-Fehlstellung erfolgt, 2018 sei dann aufgrund einer Rhizarthrose rechts eine Suspensionsarthroplastik nach Lundberg erfolgt. Alle diese Eingriffe seien nicht auf ein Suva versichertes Ereignis zurückzuführen gewesen und seien durch die zuständige Krankenkasse bezahlt worden. Der behandelnde Orthopäde, Dr. med. F.____, führe aber alle Eingriffe seit 2016 auf dieses Ereignis zurück. Er gehe davon aus, dass damals eine Verletzung des rechten Handgelenkes erfolgt sei, was aufgrund der vorliegenden Akten mit Abschlussuntersuchung 2013 jedoch nicht der Fall sei. Damals habe sich der Versicherte eine Kontusion des Mittelfingers der rechten Hand zugezogen und keine Verletzung am Handgelenk. Ausserdem seien schon damals Narben im Bereich beider Handgelenke beschrieben worden bei Zustand nach mehreren Eingriffen vor ca. 20 Jahren. Unterlagen zu diesen Eingriffen, die ebenfalls nicht Suva versichert gewesen seien, lägen der Suva und offensichtlich auch Dr. med. F.____ nicht vor. Dementsprechend könne der Behauptung von Dr. med. F.____ nicht gefolgt werden. Eine Kontusion des Mittelfingers verursache keine SL-Bandläsion. Ergänzend ist hierzu anzufügen, dass Dr. med. F.____ die von ihm postulierte Kausalität zum Unfall vom 31. Mai 2012 der erst mit MRI vom 10. Juni 2016 (M.____) diagnostizierten scapholunären Banddissoziation nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu begründen vermag. So führte er aus, es habe sich bereits eine palmare Flexions- / Subluxationsstellung des Os scaphoideums sowie eine sogenannte DISI-Fehlstellung mit Dorsalextension des Lunatums gezeigt. Diese beiden Punkte sprächen dafür, dass die SL Bandläsion, welche 2016 festgestellt worden sei, nicht frisch sei, sondern die sekundären Stabilisatoren (extrinsische Bänder) schon nachgegeben hätten und die Verletzung vermutlich auf den Unfall vom Mai 2012 zurückzuführen sei. Damit erscheint es zwar nachvollziehbar, dass es sich bei der genannten Diagnose um Verletzungen älteren Datums handeln könnte. Dass diese aber auf den vier Jahre zurückliegenden Unfall vom 31. Mai 2012 zurückzuführen ist, bleibt eine Hypothese, zumal auch Dr. med. F.____ nur von «vermutlich» und nicht von einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit spricht. Dr. med. D.____ hielt zudem wie erwähnt im Bericht vom 13. August 2018 fest, dass der Beschwerdeführer immer wieder kleinere Unfälle oder Stürze auf die Hände gehabt habe, sich aber nicht an ein auslösendes Unfallereignis erinnern könne. Insofern Dr. med. D.____ schliesslich bereits mit Bericht vom 30. November 2012 (Suva-Nr. I 41) eine radiale kollaterale Bandläsion MP-Gelenk IV Hand rechts diagnostizierte, so handelte es sich hierbei lediglich um eine klinische Verdachtsdiagnose

(vgl. Bericht betreffend die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 24. Januar 2013, Suva-Nr. I 51), welche im Rahmen der damaligen bildgebenden Abklärungen nicht bestätigt wurde. Sodann macht der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang geltend, mit Bericht vom 13. August 2018 sei von Dr. med. D. ___ konstatiert worden, dass es sich bei der Läsion des scapholunären (SL) Bandes um ein durch den Unfall von Juni 2012 verursachtes Geschehen handle. Insofern Dr. med. D. ___ festhalte, dass sich der Beschwerdeführer erstmals im Juni 2016 vorgestellt habe, sei dies ein redaktionelles Versehen. Dem ist entgegenzuhalten, dass sich Dr. med. D. ___ im Bericht vom 13. August 2018 nicht auf das Unfallereignis vom 31. Mai 2012 bezieht. Vielmehr wurde darin festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer an kein spezifisches Unfallereignis erinnern könne, er jedoch auf Baustellen gearbeitet und immer wieder kleinere Unfälle oder Stürze auf die Hände gehabt habe. Hätte Dr. med. D. ___ eine Kausalität zum Unfallereignis vom 31. Mai 2012 begründen wollen, so ist davon auszugehen, dass er dies ausdrücklich geschrieben hätte, zumal ihm dieses Unfallereignis bekannt war, da er selbst in seinem Bericht vom 16. Juli 2012 (Suva-Nr. I 18) auf das Unfallereignis vom 31. Mai 2012 (Schlag mit Hammer auf den Mittelfinger) Bezug nahm. Ein redaktionelles Versehen von Dr. med. D. ___ erscheint somit nicht wahrscheinlich. Insofern Dr. med. D. ___ sodann in seinem Bericht vom 13. August 2018 pauschal festhielt, eine SL-Band-Läsion könne nicht krankheitsbedingt sein, so ist ihm entgegenzuhalten, dass ein Blick in die medizinische Lehre diese Aussage als fraglich erscheinen lässt. So können ältere Menschen, die häufig ihre Hände beanspruchen, mit der Zeit, ausgehend von einer Dehnung und Partialruptur, eine Komplettruptur entwickeln. Degenerative SL-Band-Defekte bestehen bei Menschen höheren Alters zu 43 %, LT-Band-Läsionen zu 18 % und Diskusschädigungen zu 45 % (L. Mannil, P.G. Juten, F. Jostkleigrewe, H.H. Homann, in: Trauma und Berufskrankheit, 2014, 16[Suppl 1]:129 - 135, online publiziert: 22. November 2013, Berlin Heidelberg 2013). Zudem geht aus dem vom Beschwerdeführer eingereichten Aufsatz «Dissoziative Instabilitäten der proximalen Handwurzelreihe» (Urkunde 5) ebenfalls hervor, dass neben einer traumatischen Ätiologie auch die Elongation des SL-Bandes zu einer Teilruptur im mechanisch schwächeren, membranösen Bandabschnitt führen und langfristig in eine Komplettruptur des stabileren dorsalen Anteils übergehen könne. Somit kann eine degenerative Ursache der SL-Band-Läsion beim 1967 geborenen Beschwerdeführer, welcher gemäss den Ausführungen von Dr. med. D. ___ auf Baustellen gearbeitet und immer wieder kleinere Unfälle oder Stürze auf die Hände gehabt hat, zumindest nicht kategorisch ausgeschlossen werden, wie dies Dr. med. D. ___ in seinem Bericht postulierte. Des Weiteren ergeben sich aus den echtzeitlichen Vorakten auch sonst keine Hinweise, dass sich der Beschwerdeführer beim Unfall vom 31. Mai 2012 eine Verletzung des rechten Handgelenks zugezogen hat. Wie die Kreisärztin hierzu vorstehend ausgeführt hat, wurde stets von einer Verletzung der Finger – insbesondere des Mittelfingers – berichtet. Hierzu kann auf die echtzeitlichen Vorakten sowie insbesondere auf die Ausführungen im Bericht zur ärztlichen Abschlussuntersuchung von Kreisarzt Dr. med. B. ___, Facharzt für Chirurgie FMH, vom 24. Januar 2013 (Suva-Nr. I 51) verwiesen werden. Zwar diagnostizierte Dr. med. D. ___ in seinem Bericht vom 16. Juli 2012 (Suva-Nr. I 18) einen Status nach Handgelenkskontusion. Liest man aber die Befunde in den echtzeitlichen Berichten, wird klar, dass das Handgelenk nicht betroffen war, auch wenn der Beschwerdeführer vereinzelt über eine Berührungsempfindlichkeit an der ganzen Hand klagte. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wurde bei ihm auch nie ein Karpaltunnelsyndrom an der rechten Hand diagnostiziert. Im orthopädischen Bericht vom 27. September 2012 (Suva-Nr. I 30) wurde

lediglich festgehalten, die Klinik wäre vereinbar mit einem Karpaltunnelsyndrom. Im neurologischen Bericht vom 31. Oktober 2012 (Suva-Nr. I 43) wurde dann jedoch ausgeführt, es gebe keine Hinweise für ein Karpaltunnelsyndrom. Dass dem Beschwerdeführer nach dem Unfall eine Handgelenksschiene verschrieben wurde, wie dies in der Beschwerde geltend gemacht wird, entspricht sodann ebenfalls nicht den Tatsachen. Vielmehr wurde dem Versicherten anlässlich der Erstkonsultation im C.____ am 14. Juni 2012 eine Dreifingerlangsschiene verordnet (Suva-Nr. I. 13). Zudem gab der Beschwerdeführer anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. Januar 2013 selbst an, er habe eine Fingerschiene erhalten (Suva-Nr. I 51). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers obliegt es sodann der versicherten Person, bei einem Rückfall das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhangs zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. 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. Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Lasten der versicherten Person aus. Werden durch einen Unfall Beschwerden verursacht, übernimmt die Unfallversicherung den durch das Unfallereignis verursachten Schaden, spätere Gesundheitsstörungen dagegen nur, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_506/2008 vom 5. März 2009 E. 3.1 mit Hinweisen). Da vorliegend, wie vorstehend ausgeführt, eine Verletzung des Handgelenks im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 31. Mai 2012 nicht erstellt ist, kann eine Rückfallkausalität bereits aus diesem Grund verneint werden. Doch selbst wenn man von einer damals stattgefundenen Handgelenksverletzung ausginge, so wäre die Rückfallkausalität mangels aktenkundiger Brückensymptome in der Zeit zwischen dem damaligen Fallabschluss per 11. Februar 2021 und der Erstdiagnose der SL-Bandläsion am 10. Juni 2016 zu verneinen. Auch wenn der Beschwerdeführer dazwischen gelegentlich unter gewissen einschlägigen Symptomen gelitten haben sollte, kommt diesen nicht die Eigenschaft eindeutiger Brückensymptome zu; jedenfalls waren sie nicht derart erheblich, dass sie zwischenzeitlich Behandlungen erforderlich machten oder zu einer Arbeitsunfähigkeit führten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2010 vom 17. August 2010 E. 3.2.2). Somit ist die Rückfallkausalität zwischen den vorliegenden Verletzungen und Beschwerden und dem Unfallereignis vom 31. Mai 2012 zu verneinen. 8. Des Weiteren ist die Kausalität zwischen den noch geklagten Beschwerden an der rechten Hand und dem Unfallereignis vom 30. Januar 2020 zu prüfen. In diesem Zusammenhang kann ebenfalls auf die überzeugende Aktenbeurteilung von Dr. med. E.____ vom 13. Juli 2020 verwiesen werden. Demnach sei es durch das jetzige Ereignis, welches nun zu erneuten Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenkes geführt habe, anhand der ausführlichen Bildgebung (MRI und CT) zu keinen neuen resp. frischen strukturellen Läsionen gekommen. Die Befunde entsprächen dem Fortschreiten des bekannten Vorzustandes mit nun inzwischen SLAC-Wrist. Deshalb sei im Juni 2020 eine 4-Cornerfusion-Arthrodesese erfolgt. Demnach sei die aktuelle Behandlung mit Eingriff am 17. Juni 2020 nicht mehr auf das Ereignis vom 30. Januar 2020 zurückzuführen, sondern auf die multiplen Vor-Eingriffe vor 20 Jahren sowie in den Jahren 2016 und 2018 mit nun fortschreitender degenerativer Entwicklung. Diese Ausführungen werden auch durch die vorliegenden Akten bestätigt. So wurde mit Bericht betreffend MRT des rechten Handgelenks vom 18. Februar 2020 (Suva-Nr. II 29) festgehalten, es bestünden keine Hinweise auf eine posttraumatische ossäre

oder eine Weichteilverletzung. Ergänzend führte Dr. med. D. ___ mit Bericht vom 28. Februar 2020 (Suva-Nr. II 5) aus, die Röntgenbilder, vom Beschwerdeführer mitgebracht, und die Bilder zeigten keine Besonderheiten. Die klinische Untersuchung heute zeige ausser Schmerzen im Bereich des Trapezial Space keine anderen Beschwerden. Es wird denn auch von Seiten der behandelnden Ärzte des Beschwerdeführers nicht geltend gemacht, das Unfallereignis vom 30. Januar 2020 habe zu neuen, strukturell objektivierbaren Verletzungen und / oder zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt. Demnach ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Kausalität zwischen dem Unfall vom 30. Januar 2020 und den noch geklagten Beschwerden an der rechten Hand verneinte.

E. 9

9.1 Schliesslich ist auf den Umstand einzugehen, dass die beim Beschwerdeführer diagnostizierte SL-Bandläsion gemäss Art. 6 Abs. 2 lit. g UVG eine unfallähnliche Körperschädigung darstellt.

9.2 Mit der ersten UVG-Revision (in Kraft seit 1. Januar 2017) wurde das Institut der unfallähnlichen Körperschädigung von der Verordnung ins Gesetz überführt. Art. 6 Abs. 1 UVG sieht unverändert vor, dass ■ soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt ■ die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt werden. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Die Unfallversicherung erbringt gemäss der ab 1. Januar 2017 geltenden Bestimmung Art. 6 Abs. 2 UVG ihre Leistungen auch bei folgenden Körperschädigungen, sofern sie nicht vorwiegend auf Abnützung oder Erkrankung zurückzuführen sind: a. Knochenbrüche; b. Verrenkungen von Gelenken; c. Meniskusrisse; d. Muskelrisse; e. Muskelzerrungen; f. Sehnenrisse; g. Bandläsionen; h. Trommelfellverletzungen. Der Wortlaut deutet darauf hin, dass der Unfallversicherer nicht nur bei Unfällen und Berufskrankheiten leistungspflichtig ist, sondern auch bei bestimmten Körperschädigungen, und zwar unabhängig vom Vorliegen einzelner Unfallkriterien gemäss Art. 4 ATSG. In diesem Zusammenhang ist vorweg festzuhalten, dass es sich bei der vorliegend diagnostizierten Bandläsion unbestrittenermassen um eine der vorgenannten Körperschädigungen handelt. Der Unfallversicherer kann sich aus der Leistungspflicht befreien, wenn er beweist, dass die Körperschädigung vorwiegend auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen ist (Botschaft vom 30. Mai 2008 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, in BBl 2008 S. 5411 [Ziff. 2.1.2] und 5425 [zu Art. 6 Abs. 2]; Zusatzbotschaft vom 19. September 2014 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, in BBl 2014 S. 7922 [Ziff. 2.2] und 7934 [zu Art. 6 Abs. 2]).

9.3 Diesbezüglich ist auf eine ähnlich gelagerte Fallkonstellation zu verweisen, die das Bundesgericht im Urteil 8C_22/2019 vom 24. September 2019 zu beurteilen hatte. Darin war die Frage zu klären, ob die Suva ■ nachdem sie ein Ereignis als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkannt und für dessen Folgen Leistungen erbracht hatte, hiernach jedoch feststellte, dass der diagnostizierte Meniskusriss nicht unfallkausal war ■ ihre Leistungspflicht nun noch unter dem Titel von Art. 6 Abs. 2 UVG (Meniskusriss als sogenannte Listendiagnose) zu prüfen hat. Das Bundesgericht hielt hierzu in E. 9.2 fest: «Im hier zu beurteilenden Fall verhält es sich so, dass die Suva das Ereignis vom 4. Mai

2017 zwar als Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG anerkannt und für dessen Folgen zunächst Leistungen erbracht hat. Die medizinischen Abklärungen ergaben in der Folge aber, dass der diagnostizierte Meniskusriss nicht auf das Unfallereignis vom 4. Mai 2017 zurückzuführen ist. Beim Unfall kam es lediglich zu einer Knieprellung mit einer vorübergehenden Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes. Mit anderen Worten hat die Suva den Nachweis dafür erbracht, dass das Ereignis vom 4. Mai 2017 keine auch nur geringe Teilursache des Meniskusrisses bildet. Damit ist aber gleichzeitig auch erstellt, dass diese Listenverletzung vorwiegend, d.h. zu mehr als 50 %, auf Abnutzung oder Erkrankung zurückzuführen ist, zumal es ■ wie die Vorinstanz festgestellt hat ■ keinen Hinweis auf ein nach dem Unfall vom 4. Mai 2017 eingetretenes initiales Ereignis gibt, das Anlass zu Weiterungen geben könnte. Die Vermutung der Leistungspflicht gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG ist demnach umgestossen und der Unfallversicherer von seiner Pflicht befreit.» Das Gleiche hat auch im vorliegenden Fall zu gelten: Gestützt auf die vorliegenden Unterlagen und die beweismässige Aktenbeurteilung von Dr. med. E. ___ vom

E. 13

Juli 2020 ist erstellt, dass die Unfälle vom 31. Mai 2012 und 30. Januar 2020 keine auch nur geringe Teilursache der Bandläsion sind. Damit ist gleichzeitig die Vermutung der Leistungspflicht der Unfallversicherung gemäss Art. 6 Abs. 2 UVG umgestossen und die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auch unter diesem Titel zu verneinen.

10. Damit ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre weitergehende Leistungspflicht im Zusammenhang mit den Unfallereignissen vom 31. Mai 2012 und 30. Januar 2020 ab dem 19. Mai 2020 verneinte. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

11.

Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 5. hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Rechtsvertreter hat am 8. Juli 2021 und am 10. März 2022 je eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 5'356.35 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 3'096.05 festzusetzen (14.68 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 232.30 und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes von CHF 790.50 (14.68 Stunden zu CHF 230.00, zuzügl. Auslagen von CHF 232.30 und MwSt abzüglich CHF 3'096.05), wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

Der Unterschied zu den eingereichten Kostennoten ergibt sich unter anderem daraus, dass für die unentgeltliche Rechtspflege, wie vorgehend festgehalten, ein Stundenansatz von CHF 180.00 gilt. Sodann stellen mehrere Positionen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an den Klienten; Fristerstreckungsgesuche, Schreiben betreffend Rücksendung der Akten), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Des Weiteren wird für den Aufwand im Zusammenhang mit der Stellung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege praxisgemäss lediglich eine halbe Stunde vergütet und die Verhandlung vor Versicherungsgericht dauerte nur eine halbe Stunde. Schliesslich sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Zudem beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen CHF 0.70 pro Kilometer (§ 157 Abs. 3 GT i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt.

11.2 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

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