

Unfallversicherung Assurance-accidents

*KGE (Sozialversicherungsrechtliche Abteilung) vom 31. März 2020
in Sachen X. c. Y S2 19 81*

Berufskrankheiten; Aktenführungspflicht; Verfahrenskosten

- Gemäss Art. 46 ATSG sind die für jedes Sozialversicherungsverfahren massgebenden Unterlagen vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen (E. 2.1 und 2.2).
- Als Berufskrankheiten gelten Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind (E. 3.1).
- Auferlegung der Verfahrenskosten zulasten des Versicherers (E. 5.2).

Maladies professionnelles ; gestion des documents ; dépens

- Selon l'art. 46 LPG, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (consid. 2.1 et 2.2).
- Sont réputées maladies professionnelles les maladies dues exclusivement ou de manière prépondérante, dans l'exercice de l'activité professionnelle, à des substances nocives ou à certains travaux (consid. 3.1).
- Dépens à la charge de l'assureur (consid. 5.2).

Sachverhalt

A. Der xxx geborene X. war über seine Arbeitgeberin, die A. AG in B. bei der Y. AG (nachfolgend: Y.) gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert, als im Oktober 2013 eine Berufskrankheit gemeldet wurde. Die Sehnenscheidenentzündung wurde auf die Kälteexposition bei der repetitiven Tätigkeit in der Fischverarbeitung zurückgeführt. Die Y. erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Der Fall wurde auf den 31. März 2015 abgeschlossen.

Im Rahmen einer Frühintervention finanzierte die IV eine Ausbildung als Berufsfahrer (Lastwagen und Bus). X. fand eine Anstellung ab Juni 2015 bei der C. GmbH (D.) als Taxifahrer mit Einsätzen im Personen- und Gütertransport.

B. Im März 2018 erfolgte eine Rückfallmeldung. Wie bereits im Jahr 2013 ersuchte die Y. auch jetzt die E. um eine Kausalitätsbeurteilung.

Mit Schreiben vom 30. Oktober 2018 (Dossier der Y. xxx) teilte die Versicherung X. mit, es handle sich gemäss der versicherungsmedizinischen Beurteilung der E. bei seinen Beschwerden nicht um einen Rückfall. Die MRI-Aufnahmen von 2017 hätten keine dazu passenden objektivierbaren Befunde struktureller Veränderungen gezeigt. Das Schreiben wurde mit Verfügung vom 22. November 2018 (a.a.O. Z199) bestätigt und die dagegen erhobene Einsprache mit Entscheid vom 19. Juli 2019 abgewiesen. Die Y. führte aus, die geklagten Beschwerden stünden weder in einem natürlichen noch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zur Berufskrankheit von 2013. Es liege keine Tenosynovitis vor, sondern ein funktionelles Schmerzsyndrom. Wenn eine Sehnenscheidenentzündung vollständig abgeheilt sei, könne eine solche jederzeit wieder neu entstehen. Dabei handle es sich jedoch nicht um einen Rückfall der ursprünglichen Entzündung, sondern um eine neue Entzündung und es sei die Unfallversicherung jenes Betriebes zuständig, bei dem die erkrankte Person zum Zeitpunkt der letzten Gefährdung beschäftigt gewesen sei.

C. Dagegen erhob X. am 5. September 2019 Beschwerde bei der Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts Wallis. Er beantragte die Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids. Die Y. sei zu verpflichten, ihm den Betrag von CHF 24 696 (245 Tage x CHF 100.80) zu bezahlen. Eventuell sei die Sache zur Abklärung und ziffernmässigen Festsetzung der UVG-Leistungen an die Y. zurückzuweisen. Die behandelnde Handchirurgin sei zum Schluss gekommen, dass es sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um einen Rückfall zur Berufskrankheit aus dem Jahr 2013 handle.

Mit Vernehmlassung vom 22. November 2019 beantragte die Y. die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde.

Nachdem der Beschwerdeführer auf das Einreichen einer Replik verzichtet hatte, wurde der Schriftenwechsel am 16. Januar 2020 abgeschlossen. Am 12. Februar 2020 wurde die Y. aufgefordert, ein den gesetzlichen und bundesgerichtlichen Vorgaben entsprechendes Aktenverzeichnis nachzureichen, das dem erkennenden Gericht die Arbeit erleichtern würde. Die Y. stellte sich auf den Standpunkt, sie sei dazu gemäss der Übergangsbestimmung von Art. 18a Abs. 2 ATSV momentan noch nicht verpflichtet.

Auf die weiteren Vorbringen wird, soweit entscheidwesentlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.1 Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) auf das UVG anwendbar, soweit dieses nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt.

1.2 Das Kantonsgericht prüft die Prozessvoraussetzungen, namentlich die Partei- und Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtsweges, die Zuständigkeit der angerufenen Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen (BGE 131 V 202 E. 1, 130 V 514 E. 1 und 126 V 30). Der Versicherte hat seinen Wohnsitz im Wallis, weshalb die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts gestützt auf Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 (RPflG; SGS 173.1), Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) i.V.m. Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements vom 2. Oktober 2001 (RVG; SR 831.201) und Art. 81a des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 (VVRG; SGS 172.6) als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (BGE 127 V 176 E. 2). Der Beschwerdeführer ist durch den Einspracheentscheid vom 19. Juli 2019 berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb auf seine form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten ist (Art. 59, Art. 60 i.V.m. Art. 38 ATSG).

2.1 Gemäss Art. 46 ATSG sind die für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen. Eine Präzisierung dazu enthält Art. 8 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11) vom 11. September 2002 (Stand am 1. Oktober 2019), gemäss dem die Akten systematisch und chronologisch geordnet geführt werden müssen (Abs. 1). Es ist ein vollständiges Aktenverzeichnis zu führen, das klare und eindeutige Hinweise auf den Inhalt der einzelnen Unterlagen liefert (Abs. 2). Aus den Übergangsbestimmungen geht hervor, dass die Versicherungsträger spätestens drei Jahre nach dem Inkrafttreten der Änderung am 1. Oktober 2019

die Akten nach Artikel 8 Abs. 2 führen müssen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen systematisch zu erfassen, die massgeblich sein können. Unbesehen der technischen Unterstützung ist eine systematische Aktenführung stets nach festgelegten, sachgerechten und zweckmässigen Kriterien vorzunehmen, da nur auf diese Weise die Wirksamkeit des Akteneinsichtsrechts, das Bestandteil des rechtlichen Gehörs bildet (Art. 29 BV; SR 101), gewährleistet werden kann. Für eine systematische Aktenführung listet das Bundesgericht die folgenden Voraussetzungen auf: die Pflicht der Vollständigkeit der geführten Akten, eine chronologische Reihenfolge, eine durchgehende Paginierung, ein Aktenverzeichnis, welches eine chronologische Auflistung sämtlicher Akten, eine Laufnummer, die Anzahl Seiten jedes erfassten Dokumentes, das Eingangsdatum des Dokumentes, eine Dokumenten-ID sowie eine kurze Beschreibung der Dokumentart oder des Inhalts enthält (Bundesgerichtsurteil 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E.2).

2.2 Die von der Y. eingereichten Akten und das dazugehörige Aktenverzeichnis entsprechen den Vorgaben des Bundesgerichts für eine systematische Aktenführung, wie sie seit dem 1. Oktober 2019 auch in Art. 8 Abs. 1 ATSV vorgesehen ist, in keinsten Weise. Eines der drei eingereichten Aktenbündel enthält ein äusserst rudimentäres, ungenügendes Aktenverzeichnis, die beiden anderen Aktenbündel überhaupt keines. Es kann nicht gehört werden, wenn die Y. sich auf die in den Übergangsbestimmungen vorgesehene «Schonfrist» beruft. Diese bezieht sich explizit auf Art. 8 Abs. 2 ATSV, der über die in Abs. 1 verlangte systematische Aktenführung hinausgehende Anforderungen statuiert. Die Y. hat mit ihrem Verhalten dem erkennenden Gericht die Arbeit nicht erleichtert, sondern erschwert. Ihr Aktenverzeichnis erlaubte es dem Gericht nicht, sich innert nützlicher Frist eine zweckdienliche Übersicht zu verschaffen, es war dafür deutlich mehr Zeit erforderlich, als normalerweise aufgewendet werden muss. Die Y. ist zu ermahnen, der ihr obliegenden Aktenführungspflicht, die Bestandteil des rechtlichen Gehörs gemäss Bundesverfassung bildet und damit einhergehend der Pflicht zur Erstellung eines ordentlichen Aktenverzeichnisses in Zukunft nachzukommen.

3.1 Nach dem Unfallversicherungsgesetz sind grundsätzlich Berufs- und Nichtberufsunfälle versichert. Dem Berufsunfall gleichgestellt werden Berufskrankheiten (Art. 6 Abs. 1 und Art. 9 Abs. 3 UVG). Als Berufskrankheiten gelten gemäss Art. 9 Abs. 1 UVG Krankheiten (Art. 3

ATSG), die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädigende Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind. Der Bundesrat erstellt eine abschliessende Liste von Stoffen (Listenstoffe) und arbeitsbedingten Erkrankungen im Zusammenhang mit der Ausübung bestimmter Tätigkeiten (Listenkrankheiten), welche als Berufskrankheiten gelten (Bundesgerichtsurteil 8C_465/2011 vom 7. September 2011 E. 7.1; RKUV 1988 Nr. U 61 S. 449 E. 1a). Diese Liste beinhaltet grundsätzlich jene Krankheiten, von denen man aus der Erfahrung weiss, dass sie durch krankmachende Stoffe oder durch den Beruf erworben worden sind (BGE 117 V 354 E. 4b mit Hinweisen; Bundesgerichtsurteil 8C_598/2012 vom 6. März 2013 E. 4.2). In dem Sinne handelt es sich dabei um bekannte, nicht aber notwendigerweise auch typische Krankheitsbilder, wobei es in diesem Zusammenhang zu präzisieren gilt, dass die Listenarbeiten und arbeitsbedingten Erkrankungen gemäss der Doppelliste stets mit bestimmten Krankheitsbildern korrespondieren, während die Anerkennung als Berufskrankheit im Rahmen der einfachen Liste des Stoffverzeichnisses kein bestimmtes, typisches Krankheitsbild voraussetzt (BGE 117 V 354 E. 4c; Bundesgerichtsurteil U 26/07 vom 28. Januar 2008 E. 4.1).

Der ursächliche Zusammenhang zwischen beruflicher Tätigkeit und Berufskrankheit muss nachweislich mindestens „vorwiegend“ sein, d.h., die Krankheit muss mehr als zu 50 % durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden sein (BGE 133 V 421 E. 4.1; Bundesgerichtsurteil 8C_429/2013 vom 6. November 2014 E. 5.2). Blosser Möglichkeiten eines Zusammenhangs genügen nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; Bundesgerichtsurteile 8C_434/2012 vom 21. November 2012 E. 2, 8C_537/2009 vom 3. März 2010 E. 5.1). Ist die berufliche Tätigkeit nur eine beliebige Teilursache der Erkrankung, handelt es sich nicht um eine Berufskrankheit.

3.2 Gemäss Art. 11 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) werden Versicherungsleistungen auch für Rückfälle und Spätfolgen gewährt. 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. Rückfälle und Spätfolgen schliessen begrifflich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des (damaligen) Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen

Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht. Es obliegt der versicherten Person, das Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem neuen Beschwerdebild und dem Unfall mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (Bundesgerichtsurteil 8C_521/2011 vom 5. Dezember 2011 E. 2.2.1 und 2.2.2).

3.3 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (BGE 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und 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 Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b mit Hinweisen).

3.4 Für die Feststellung des Sachverhaltes im Bereich der Medizin ist die Verwaltung bzw. der Richter bisweilen auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen (BGE 118 V 290 E. 1b). Solche im Verwaltungsverfahren eingeholte Gutachten durch anerkannte Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet wurden und bei denen die Ärzte bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, haben volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, S. 453). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels

noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 160 E. 1c mit weiteren Hinweisen), sondern vielmehr sein Inhalt bzw. ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352; EVG-Urteil 492/00 vom 31. Juli 2001 E. 3b). Einem diesen Voraussetzungen entsprechenden Bericht kommt volle Beweiskraft zu.

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb). Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 123 V 351 E. 3b; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2; AHI 2001 S. 155 E. 3b ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur die geringsten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4).

3.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt sodann der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 121 V 47 E. 2a und 208 E. 6b; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Band 1, S. 439). Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen; Bundesgerichtsurteile 8C_434/2012 vom 21. November 2012 E. 2; 8C_537/2009 vom 3. März 2010 E. 5.1). Im Falle der Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Ungunsten jener Partei aus, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 138 V 218 E. 6; Bundesgerichtsurteil 8C_429/2013 vom 6. November 2014 E. 7.2.1). In casu ist dies der Beschwerdeführer, der zu beweisen hat, dass es sich bei seinen Beschwerden tatsächlich um einen Rückfall zur Sehnencheidenentzündung aus dem Jahr 2014 handelt. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 138 V 218 E. 6).

4.1 Streitig ist, ob ein Rückfall zur Berufskrankheit aus dem Jahr 2013 vorliegt und mithin die Leistungspflicht des Unfallversicherers.

4.2 Der Beschwerdeführer macht diesbezüglich geltend, die behandelnde Facharzt für xxx, Dr. G., sei zum Schluss gekommen, es handle sich mit grosser Wahrscheinlichkeit um einen Rückfall der Berufskrankheit aus dem Jahr 2013. Damit seien die rechtlichen Voraussetzungen für die Übernahme durch die Y. erfüllt.

4.3 Die Y. stellt sich auf den Standpunkt, es bestehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein natürlicher Kausalzusammenhang zwischen den aktuellen Beschwerden und der Berufskrankheit von 2013/14. Dieser Meinung ist auch der zu Rate gezogene Facharzt für Arbeitsmedizin der E., Dr. H. Er riet in seiner «arbeitsmedizinischen Beurteilung einer Rückfallmeldung» vom 16. Oktober 2018 dazu, die Leistungspflicht wegen eines Rückfalls abzulehnen. Ein Rezidiv der F. von 2013 bis 2014 wäre auf den beiden MRI-Aufnahmen 2017 deutlich zu sehen gewesen. Die wegen der Beschwerden aufgesuchte xxxchirurgin Dr. G. habe dem Hausarzt in ihrem Bericht vom 18. Dezember 2017 über «erneute Beschwerden nach Mehrbelastung mit Distorsionstrauma Anfang Juni 2017» berichtet. Die second Opinion-Untersuchung in der Schulthessklinik habe am 20. September 2018 zur Feststellung geführt,

es liege ein chronisches Schmerzsyndrom vor, welches die Vorstellung in einer interdisziplinären Schmerzklinik nahelege.

4.4 In Würdigung der ihm vorgelegten Arztberichte kommt das erkennende Gericht zum Schluss, dass zwischen den seit 2017 rezidivierend auftretenden Handgelenksschmerzen und der als Berufskrankheit anerkannten F. ein natürlicher Kausalzusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint werden muss und es sich somit nicht um einen Rückfall zur Sehnenscheidenentzündung von 2013/14 handelt.

4.4.1 Dr. G. ging in ihren Berichten an den Hausarzt des Beschwerdeführers davon aus, dass es seit Juni 2017 zu erneuten Beschwerden nach Mehrbelastung mit Distorsionstrauma gekommen sei (ZM49 bis ZM55). Die seit September 2017 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit schrieb sie einer psychosozialen Belastungssituation zu. Der Patient habe angegeben, die Beschwerden an der Hand seien eher im Hintergrund. Per Ende 2018 habe der Patient die Kündigung der D. erhalten. Aufgrund seiner Beschwerden sei ein Wiedereinstieg in eine Arbeit mit manuellen Belastungen (Autolenken mit Abladen von Gewichten) nicht möglich.

4.4.2 Der um seine Beurteilung ersuchte Neurologe Dr. I. kam aufgrund seiner Untersuchung vom 20. März 2018 (ZM56) zum Schluss, es könne ein atypisches Karpaltunnelsyndrom links vermutet werden. Differenzialdiagnostisch sollte auch an ein komplexes regionales Schmerzsyndrom gedacht werden.

4.4.3 Die um eine second Opinion gebetene Schulthessklinik diagnostizierte am 20. September 2018 (ZM63) eine chronische Schmerzsituation und empfahl die Vorstellung in einem interdisziplinären Schmerzteam.

4.4.4 Auf Beschwerdeebene wurde ein Sprechstundenbericht von Dr. G. vom 13. August 2018 vorgelegt, in dem die Handchirurgin auf Verlangen des Beschwerdeführers zur Frage Stellung nahm, ob es sich «ohne Zweifel um einen Rückfall der Berufskrankheit von 2013 handle». Die Handchirurgin bestätigte, dies sei mit grosser Wahrscheinlichkeit der Fall. Dies widerspricht ihren Berichten der Jahre 2017/18, in denen die erneuten Beschwerden auf ein Distorsionstrauma im Juni 2017 zurückgeführt wurden. In diesem Zusammenhang ist auf das zwischen behandelnden Ärzten und ihren Patienten bestehende Vertrauensverhältnis hinzuweisen und auf die Tatsache,

dass sie aufgrund ihrer besonderen Stellung zu ihren Patienten mitunter in Zweifelsfällen eher zu deren Gunsten aussagen. Sie haben vorweg selten Gründe, die Angaben ihrer Patienten in Zweifel zu ziehen. In der Regel vertrauen sie ihren Patienten, was im Auftragsverhältnis auch erwünscht ist, jedoch ihre Objektivität beeinträchtigt (BGE 135 V 465 E. 4.5).

4.4.5 Falls aber in casu tatsächlich das Vorliegen einer Tenosynovitis zu bejahen wäre, müsste ein Rückfall verneint werden, da die Entzündung von 2013/14 auf die repetitive Arbeit in Kälteexposition zurückgeführt worden und seit langem abgeheilt war. Eine abgeheilte Entzündung flammt nicht nach mehr als drei Jahren wieder auf und der Beschwerdeführer ging auch keiner kälteexponierten repetitiven Arbeit mehr nach. Es müsste sich diesfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine neue Entzündung handeln, die durch die Arbeit 2017 ausgelöst worden wäre. Dafür wäre indessen nicht mehr die Beschwerdegegnerin zuständig.

4.5 Aufgrund des Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.1 Den im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde obsiegenden Behörden oder mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen darf in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden. In Anwendung dieser Bestimmung hat das Eidgenössische Versicherungsgericht der E. und den privaten UVG-Versicherern sowie - von Sonderfällen abgesehen - den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zugesprochen, weil sie als Organisationen mit öffentlichrechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (BGE 123 V 309 E. 10 mit Hinweisen).

5.2 Aufgrund des beträchtlichen Mehraufwands, den die Y. dem Gericht durch ihre Weigerung, ein ordentliches Aktenverzeichnis zu erstellen, verursacht hat, rechtfertigt es sich, ihr Verfahrenskosten in der Höhe von CHF 1 000 aufzuerlegen (Art. 61 Abs. 1 li. a ATSG, Art. 26 Abs. 1 i.V.m. Art. 25 GTar; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Bern/St. Gallen/Zürich 2015 Rz. 66ff. zu Art. 61 ATSG).