

SO_GERICHTE VSBES.2016.292 vom 10. Oktober 2016

SO Obergericht, 2016-10-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.292

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.292 du 10 octobre 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.292 del 10 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde sei gutzuheissen und der Einspracheentscheid vom 10. Oktober 2016 sowie die Verfügung vom 8. Juli 2016 seien aufzuheben.

E. 2

Die Suva habe die gesetzlichen UVG-Leistungen über den 18. Mai 2014 hinaus zu erbringen, insbesondere die Kosten der am 20. Mai 2014 durchgeführten Operation zu übernehmen.

E. 3

Es sei ein Gerichtsgutachten zur Klärung der Leistungspflicht auf Kosten der Suva in Auftrag zu geben.

E. 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 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1, 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1, 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1). 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 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis; RKUV 2003 U 485 S. 259 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.2). Der Beweis des natürlichen Kausalzusammenhangs (bzw. dessen Wegfallen) ist in erster Linie mittels Auskünften ärztlicher Fachpersonen zu führen (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 UVG S. 55, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_352/2015, 8C_353/2015 vom 24. September 2015 E. 3.2.1). 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.; Urteil des Bundesgerichts 8C_431/2015 vom 22. September 2015 E. 3.2). Rechtsprechungsgemäss bildet der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 105 V 156 E. 2d S. 161). Seit Einführung des Einspracheverfahrens ist der Sachverhalt bis zum Erlass des Einspracheentscheides – vorliegend bis 10. Oktober 2016 – mitzuberücksichtigen, da der (materielle) Einspracheentscheid an die Stelle der angefochtenen Verfügung tritt und insoweit das Verwaltungsverfahren erst mit ihm abgeschlossen wird (Ueli Kieser: ATSG-Kommentar, Zürich, Basel, Genf 2015, 3. Aufl., Art. 52 ATSG N 60, mit weiteren Hinweisen). 5. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht mit Einspracheentscheid vom 10. Oktober 2016 (A.S. 1 ff.) zu Recht per 18. Mai 2014 eingestellt hat. Im Zentrum steht die Frage, ob die Beschwerdegegnerin für die Kosten der Operation vom 20. Mai 2014 aufzukommen hat. 6. Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 6.1 Im Austrittsbericht vom 22. September 2008 (Suva-Nr. 19) hielten Dr. med. F.____, Chefarzt, Dr. med. G.____, Assistenzarzt, und Dr. med. H.____, Oberarzt, [...], in Bezug auf die Hospitalisation von B.____ vom 8. bis 11. September 2008 folgende Diagnose fest: Intraforaminale Bandscheibenprotrusion L5/S1 rechts B.____ habe über massiv zunehmende Rückenschmerzen lumbal mit Ausstrahlung in das rechte Bein bis in die Grosszehe rechts sowie über Kribbelparästhesien und Taubheitsgefühl im rechten Bein berichtet. Es seien keine Miktions- oder Defäkationsstörungen vorhanden. Nach einer akuten Schmerzexazerbation vom 8. Juni 2008 und konservativer Behandlung seien die Schmerzen bei weiterhin persistierenden Parästhesien im Bereich des Dermatoms L5 rückläufig gewesen. B.____ gebe an, bereits vor zehn Jahren einen Bandscheibenvorfall gehabt zu haben, der konservativ therapiert worden sei, worunter die Beschwerden teils regredient, aber nie vollständig abgeklungen seien. Nun erfolge eine Indikationsstellung zur Dekompression durch die Kollegen der Neurochirurgie. Es seien am 9. September 2008 eine mikrotechnische Fenestration L5/S1 rechts, eine Rezessotomie und Foraminotomie sowie eine Dekompression der Wurzel L5 rechts durch PD Dr. med. I.____, Leitender Arzt Neurochirurgie, [...], durchgeführt worden. Der operative und postoperative Verlauf seien komplikationslos gewesen. Die präoperativ beschriebenen sensiblen Störungen im rechten Bein seien rückläufig gewesen. Die Fussheberschwäche rechts sei noch persistierend. Beim Austritt hätten reizlose Wundverhältnisse bestanden und es sei eine zufriedenstellende Mobilisation gegeben. Im rechten Bein seien noch leichte Kribbelparästhesien entsprechend

dem Dermatome 5 bei noch persistierender Fussheberschwäche rechts vorhanden. 6.2 Im Operationsbericht vom 3. Dezember 2012 (Suva-Nr. 100) führte Dr. med. J.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Sportmedizin, folgende Diagnosen auf: «mediale aber auch laterale Meniskusläsion Knie rechts, Knorpelläsion Grad II medialer Femurkondylus, Synovialitis und Status nach Kniearthroskopie rechts mit Microfracture medialer Femurkondylus». Es seien eine Kniearthroskopie rechts mit medialer und lateraler Teilmeniscektomie, eine Abrasio medialer Femurkondylus und eine partielle Synovektomie durchgeführt worden. Am ersten Tag postoperativ habe ein erster Verbandswechsel stattgefunden, eine Redonentfernung finde statt, wenn die Menge von <50 ml/Tag erfüllt sei. Für die Dauer von 7 Tage finde eine Teilbelastung mit 20 kg statt, anschliessend könne zur Vollbelastung übergegangen werden. Für die Zeitdauer der Teilbelastung sei eine Thromboseprophylaxe mit Fragmin durchzuführen. Die Fadenentfernung sei 12 - 14 Tage postoperativ vorzunehmen. Aufgrund der doch bestehenden Knorpelläsion sei sicherlich zusätzlich eine medikamentöse Knorpelaufbau-therapie indiziert. Auch sollte mit einer vorsichtigen physiotherapeutischen Mobilisation begonnen werden. 6.3 Dr. med. K.____, FMH Radiologie, [...], beurteilte das am 24. Dezember 2013 durchgeführte MRI der LWS wie folgt (Suva-Nr. 10): Bei Status nach Bandscheibenoperation L5/S1 mittelgradige, etwas aktivierte Osteochondrose mit begleitender kleinvolumiger Bandscheibenvorwölbung. Mittelgradige bis hochgradige Einengung des rechten Neuroforamens als allenfalls mögliche Ursache einer Wurzelreizsymptomatik von L5 rechts, keine hochgradige Nervenwurzelkompression. Nebenbefundlich geringgradige Osteochondrose und breitbasige nicht kompressive kleinvolumige Bandscheibenprotrusion L4/5. 6.4 Im Arztzeugnis UVG vom 6. Januar 2014 (Suva-Nr. 9) hielt Dr. med. L.____, Praktizierender Arzt, fest, die Erstbehandlung habe am 16. Dezember 2013 stattgefunden. Er stellte folgende Diagnose: Lumbospondylogenes Syndrom - Status nach mikrotechnischer Fenestration L5/S1 rechts 9. September 2008 B.____ habe circa vor einem Monat an einem Palettrolli gezogen, der sehr schwer beladen gewesen sei. Dabei habe sie einen Schlag im Lendenwirbelbereich verspürt. Unter medikamentöser Behandlung sei es ihr besser gegangen. Drei Wochen später sei sie dann über ein Palett gestolpert und die Beschwerden seien erneut verstärkt worden. Seither habe sie Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins Gesäss, Oberschenkel, Wade, Ferse und Zehen rechts. Diese würden beim Lastenheben, Husten und langen Sitzen zunehmen. Gemäss Dr. med. L.____ gebe es besondere Umstände, welche den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen würden. Dies seien: mikrotechnische Fenestration L5/S1 rechts, Rezessotomie und Foraminotomie bei intraforaminaler Bandscheibenprotrusion L5/S1 rechts am 9. September 2008. Die objektiven Befunde seien: muskuläre Verspannung, diskrete Zehen- und Fussheberparese rechts sowie diffuse Hyposensibilität des rechten Beines. Diese seien mit dem von B.____ geltend gemachten Ereignis vereinbar und würden plausibel erscheinen. Es sei seit dem 11. Dezember 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben, wobei im Moment sehr schwierig abzuschätzen sei, wie lange diese dauern werde. Es komme auf die Beurteilung des Neurochirurgen an. 6.5 Dr. med. M.____, Assistenzärztin, und Dr. med. N.____, Oberarzt, Neurochirurgische Klinik des [...], hielten aufgrund der ambulanten Sprechstunde vom 17. Januar 2014 im Bericht vom 20. Januar 2014 folgende Diagnosen fest (Suva-Nr. 34): Radikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts mit diskreten sensomotorischen Defiziten - Rezidivhernie LWK 5/SWK 1 rechts mit Einengung des rechten Neuroforamens - Status nach mikrotechnischer Fenestration L5/S1 rechts, Rezessotomie und Foraminotomie am 9. September 2008 Anamnestisch beschreibe die Versicherte (Beigeladene) ein zunehmendes radikuläres

Schmerzsyndrom, wobei klinisch zusätzlich noch ein diskretes sensomotorisches Defizit der Nervenwurzel L5 rechts erurierbar sei. Kongruent dazu zeige sich in der Bildgebung des MRI der LWS vom 24. Dezember 2013 (vgl. II. E. 6.3 hiervor) eine Rezidivhernie auf Höhe LWS 5/SWK 1. Aus neurochirurgischer Sicht werde eine Nervenwurzelinfiltration auf Höhe L5 rechts als indiziert erachtet. B.____ sei ausführlich über die Intervention und deren Risiken aufgeklärt worden. Sie sei mit dem Procedere einverstanden. Nach stattgefundenener Infiltration finde in vier Wochen eine erneute Verlaufskontrolle in der ambulanten Sprechstunde statt. 6.6 Dr. med. C.____, Fachärztin für Chirurgie FMH, Kreisärztin, beurteilte die Kausalität zum Unfall im Formular vom 28. Januar 2014 als teilkausal (Suva-Nr. 18) und begründete dies damit, dass die Diskushernie vorbestehend sei. 6.7 Im Bericht vom 12. März 2014 (Suva-Nr. 33) stellten Dr. med. O.____, Assistenzarzt, und PD Dr. med. P.____, Leitender Arzt, Neurochirurgische Klinik [...], aufgrund der Sprechstunde vom 11. März 2014 folgende Diagnosen: Radikuläres Reizsyndrom L5 rechts mit/bei: - Status nach mikrotechnischer Fenestration L5/S1 rechts, Rezessotomie und Foraminotomie am 9. September 2008 - Status nach Infiltration der L5-Wurzel rechts am 11. Februar 2014 Aufgrund der initialen Verbesserung der Beschwerden nach erfolgter Infiltration bestehe die Indikation zur Radiofrequenztherapie. B.____ sei diesbezüglich bereits aufgeklärt worden und habe schriftlich eingewilligt. Leider könnten die Ärzte die klinischen Befunde nicht mit den bildmorphologischen Befunden korrelieren, da diese in der heutigen Konsultation nicht zur Verfügung gestanden seien. B.____ werde ihnen die CD mit den aktuellsten Bildern zukommen lassen, so dass sie diese Befunde im Zusammenhang mit der Klinik beurteilen könnten. 6.8 Dr. med. O.____ und PD Dr. med. P.____ bestätigten aufgrund der Sprechstunde vom 9. Mai 2014 im Bericht vom 13. Mai 2014 (Suva-Nr. 52) die bereits im Bericht vom 12. März 2014 festgestellten Diagnosen (vgl. E. II. 6.7 hiervor), wobei sie vom radikulären Reizsyndrom «S1» rechts ausgingen und beim Status nach Infiltration der L5-Wurzel rechts am 11. Februar 2014 hinzufügten, diese sei nur von kurzfristigem Erfolg gewesen. Aufgrund der therapierefraktären Situation mit Verschlimmerung im Verlauf der Schmerzen hätten die Ärzte eine operative Dekompression im Sinne einer Arthrektomie LWK 5/SWK 1 rechts und Diskektomie mit anschliessender Stabilisation des Segments LWK 5/SWK 1 sowie Cage-Einlage empfohlen. B.____ sei über die Risiken, die Art und den Erfolg des Eingriffs ausführlich aufgeklärt worden und habe der Operation mündlich zugestimmt. Ein Abklärungsbogen sei ihr mitgegeben worden. Sie werde demnächst für diese Operation aufgeboten. 6.9 Dr. med. D.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, arbeitsorientierte Rehabilitation, [...], hielt in der «Dossier-Triage» vom 13. Mai 2014 fest (Suva-Nr. 50), die durchgeführte Triage umfasse das Aktenstudium und die Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt Dr. med. L.____, mit Dr. med. P.____ und später mit Dr. med. O.____, Neurochirurgie, [...]. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: A Unfall vom 9. Dezember 2013: Schweres Palett herumgeschoben, Schlag in den Rücken mit Ausstrahlung ins Gesäss A1 Radikuläres Reizsyndrom L5 rechts Gemäss dem Hausarzt erfolge die Betreuung auf der Neurochirurgie des [...] und die Behandlungen fänden bei einem Chiropraktor statt. Nach neuesten Informationen von Dr. med. O.____ habe man sich nun für einen grösseren operativen Eingriff entschlossen, eine Radiofrequenztherapie werde somit nicht durchgeführt. Eine Reha komme allenfalls erst viel später nach der Operation in Frage. Da eine Operation vorgesehen sei, werde aktuell keine Rehabilitation empfohlen. 6.10 Im Operationsbericht vom 20. Mai 2014 (Suva-Nr. 109) stellten der Assistenzarzt Q.____ und der Chefarzt Prof. Dr. med. I.____ in Bezug auf die durchgeführte Laminektomie L5 und

transpedikuläre Stabilisation, mikrotechnische Diskektomie sowie Swingo Cage-Einlage L5/S1 fest, die Beschwerdeführerin sei problemlos aus der Narkose erwacht und zeige keine neurologischen Defizite. 6.11 Prof. Dr. med. I.____, Neurochirurgische Klinik [...], berichtete am 20. Mai 2014 (Suva-Nr. 105) über die Operation. Als Ursache einer persistierenden radikulären Reizsymptomatik, bei Status nach mikrotechnischer Fenestration L5/S1 rechts im September 2008 hätten eine rezessale Stenose L5/S1 rechts sowie monosegmentale Instabilitätszeichen nachgewiesen werden können. Die geplante mikrotechnische Dekompression bzw. Rezessotomie, Eukleation und Stabilisation mittels transpedikulärer Schrauben L5/S1 beidseits und interkorporeller Cage seien komplikationslos verlaufen. Die postoperative Computertomographie der LWS habe eine regelrechte Lage der Implantate gezeigt. B.____ habe den Eingriff gut überstanden und postoperativ zeigten sich keine neuen neurologischen Ausfälle, und eine regrediente Reizsymptomatik im Bereich des rechten Beines. Die Patientin wird in circa drei Wochen zur postoperativen Kontrolle direkt aufgeboten. 6.12 Die Kreisärztin Dr. med. C.____ hielt in ihrer Beurteilung vom 26. Mai 2014 fest (Suva-Nr. 51), der Unfall habe nicht zu zusätzlichen strukturellen Läsionen am Rücken geführt, die bildgebend nachweisbar gewesen wären. Die Unfallfolgen hätten vier bis sechs Monate eine Rolle gespielt, danach seien die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von der schon vorhandenen Diskushernie ausgegangen. Die «geplante Operation» sei nicht unfallkausal. 6.13 Im Austrittsbericht des [...], Departement Operative Medizin, vom 23. Mai 2014 (Suva-Nr. 104) stellten Dr. med. F.____, Dr. med. R.____ und Dr. med. S.____, während der Hospitalisation von B.____ vom 19. bis 23. Mai 2014 folgende Diagnosen, die mit den im Bericht vom 13. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.8 hiervor) des [...] ausgewiesenen übereinstimmen: Radikuläres Reizsyndrom S1 rechts mit/bei: - Status nach mikrotechnischer Fenestration L5/S1 rechts, Rezessotomie und Foraminotomie am 9. September 2008 - Status nach Infiltration der L5-Wurzel rechts am 11. Februar 2014 (kurzfristiger Erfolg) Der postoperative Verlauf der Operation vom 20. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) gestalte sich komplikationslos. Es sei eine problemlose Mobilisation am ersten postoperativen Tag gegeben. Die Patientin sei unter Analgesie rasch beschwerdearm gewesen. Sie könne am 24. Mai 2014 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden. Beim Austritt würden folgende Befunde festgestellt: Regredienz der Hyposensibilität und Sistieren der Parästhesien entlang Dermatome L5. Zehen- und Hakengang beidseits problemlos möglich. Trockene und reizlose Wundverhältnisse. Unauffälliger, spontaner Stuhlgang und Miktion. Es seien regelmässige Wundkontrollen in der hausärztlichen Praxis durchzuführen. Die Analgesie habe nach Massgabe der Beschwerden zu erfolgen, die Fadenentfernung finde circa zehn Tage postoperativ statt. Die Patientin werde in vier bis sechs Wochen zur Nachkontrolle in der Sprechstunde bei den Kollegen der Neurochirurgie im [...] direkt aufgeboten. Bis dahin sollte die Rückenschule eingehalten werden. 6.14 Im ärztlichen Zeugnis vom 23. Mai 2014 hielt Dr. med. R.____, [...], fest (Suva-Nr. 57), die Versicherte (Beigeladene) sei vom 19. Mai bis 2. Juni 2014 zu 100 % arbeitsunfähig. 6.15 Der Assistenzarzt Q.____ und der Leitende Arzt PD Dr. med. P.____ führten im Bericht vom 23. Juni 2014 (Suva-Nr. 97) folgende Diagnosen auf: Status nach Laminektomie L5 und transpedikuläre Stabilisation und mikrotechnischer Disketomie sowie Swingo Cage-Einlage am 20. Mai 2014 mit/bei: - Radikuläres Reizsyndrom S1 rechts mit/bei: - Status nach mikrotechnischer Fenestration L5/S1 rechts, Rezessotomie und Foraminotomie am 9. September 2008 - Status nach Infiltration der L5-Wurzel rechts am 11. Februar 2014 (kurzfristiger Erfolg) Es bestehe ein sehr erfreulicher postoperativer Verlauf. Die Patientin

sei zufrieden. Klinisch seien die Schmerzen postoperativ eindeutig regredient und die Rückenwunde zeige keine Infektionszeichen. Es sei mit der Patientin besprochen worden, dass sie die ambulante Physiotherapie weiterführen solle. Mit der heutigen Sitzung würden die Nachkontrollen abgeschlossen. 6.16 In ihrer Beurteilung vom 8. Juli 2014 führte Dr. med. C.____, Kreisärztin, zum Vorfall vom 21. November 2013 aus (Suva-Nr. 64), es werde durch die Patientin, den Hausarzt sowie den Aussendienstbericht ein klassisches Verhebetauma beschrieben. Dabei könne ein Bandscheibenvorfall durch das Heben einer schweren Last entstehen. Es handle sich aber meist um eine vorgeschädigte Bandscheibe, wobei das Trauma zufällig der Auslöser, nicht aber die Ursache des Vorfalls sei. Bei der Versicherten sei im Jahr 2008 auf gleicher Höhe eine intraforaminale Bandscheibenprotrusion rechts operiert worden. Genau an gleicher Stelle sei es nun, wie im MRI-Befund vom 24. Dezember 2013 beschrieben (vgl. E. II. 6.3 hiavor), zu einer Rezidivhernie gekommen. In der Literatur werde beschrieben, dass es in circa 20 % der Fälle nach der Operation einer Diskushernie zu einer erneuten Hernienbildung kommen könne. Durch das Verhebetauma vom 21. November 2011 (recte: 2013) sowie durch den angegebenen Stolpersturz drei Wochen später könne es vorübergehend zu einer Verschlimmerung des krankhaften Vorzustandes (was schon zur Operation 2008 geführt habe) gekommen sein. Die jetzigen Beschwerden seien durch diesen Vorzustand verursacht worden. Bei einem Bandscheibenvorfall als Folge eines Unfalls handle es sich in der Regel um ein entsprechend schweres Ereignis mit Verletzungen der umgebenden Strukturen wie Wirbelkörper und Bänder (die Bandscheibe werde als letztes verletzt). Im MRI vom 24. Dezember 2013 bestünden keine Hinweise darauf. Die «nun geplante Operation» im [...] mit Dekompression rechts und Discectomie mit anschliessender Stabilisation des Segments LWK 5/SWK 1 sowie Cage-Einlage sei nicht Folge von diesem Verhebetauma, sondern Folge der Operation von 2008. Gestützt auf diese Ausführungen hielt die Kreisärztin an ihrer Stellungnahme vom 21. Mai [recte: 26. Mai] 2014 fest (vgl. E. II. 6.12 hiavor), wonach die jetzt noch geltend gemachten Beschwerden, die zu einer Operation führen würden, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf das Ereignis vom 21. November 2013 zurückzuführen seien, sondern als Rezidiv zu 2008 zu sehen seien.

6.17 Dr. med. J.____ hielt am 15. September 2014 fest (Suva-Nr. 102), die Patientin sei im August 2013 letztmals untersucht und in der Folgezeit auch in der [...] vorgestellt worden. Sie weise persistierende Knieprobleme rechts mit zum Teil massiven Beschwerden, ohne Besserungstendenz auf bisherige konservative Massnahmen, auf. Eine letztmalige Kniegelenksarthroskopie sei im Dezember 2012 erfolgt, ohne dass es zu einer wesentlichen Beschwerdebesserung gekommen sei. Aktuell hätten sie keine Informationen über den Zustand der Patientin. 6.18 Im Bericht vom 24. Oktober 2014 (Suva-Nr. 99) wiesen die Assistenzärztin T.____ und der Leitende Arzt PD Dr. med. P.____, Neurochirurgische Klinik [...], folgende Diagnosen aus: Status nach Laminektomie L5 und transpedikuläre Stabilisation und mikrotechnischer Disketomie sowie Swingo Cage-Einlage am 20. Mai 2014 mit/bei: - Radikuläres Reizsyndrom S1 rechts mit/bei: - Status nach mikrotechnischer Fenestration L5/S1 rechts, Rezessotomie und Foraminotomie am 9. September 2008 - Status nach Infiltration der L5-Wurzel rechts am 11. Februar 2014 (kurzfristiger Erfolg) - Aktuell: Rechtsseitige lageabhängige Lumbalgien Es werde kein Hinweis für eine lumboradikuläre Symptomatik bei regelrechter Bildgebung gesehen. Bei wieder neu aufgetretenem Schmerzsyndrom am ehesten einer Retation der Schraube L5 rechtsseitig werde man bei der Patientin gerne eine Infiltration des Gewebes um diese herum durchführen. Sie sei darüber aufgeklärt worden. 6.19 Dr. med. Q.____, Assistenzarzt, und

Dr. med. U.____, Oberarzt, Neurochirurgische Klinik, [...], führten im Bericht vom 20. Januar 2015 folgende Diagnosen auf (Suva-Nr. 101): Status nach Laminektomie L5 und transpedikuläre Stabilisation und mikrotechnischer Disketomie sowie Swingo Cage-Einlage am 20. Mai 2014 mit/bei: - Radikuläres Reizsyndrom S1 rechts mit/bei: - Status nach mikrotechnischer Fenestration L5/S1 rechts, Rezessotomie und Foraminotomie am 9. September 2008 - Status nach Infiltration der L5-Wurzel rechts am 11. Februar 2014 (kurzfristiger Erfolg) - Status nach Schraubenkopfinfiltration L5 rechts am 7. November 2014 (frustran) - Aktuell: Rechtsseitige bewegungsabhängige Lumbalgien Die 40jährige Patientin leide seit Mai 2014 unter rechtsseitigen bewegungsabhängigen Lumbalgien. Klinisch zeige sie keine sensomotorischen Ausfälle. Die erneute MRI-Bildgebung vom 13. Januar 2015 habe eine Fazettengelenksarthrose L3/4 und L4/5 beidseits gezeigt, weshalb eine Fazettengelenksinfiltration L4/5 beidseits vorgeschlagen worden sei. Die Patientin sei damit einverstanden. Sie werde sobald wie möglich aufgeboten. 6.20 Dr. med. Q.____ und Prof. Dr. med. I.____, Neurochirurgische Klinik, [...], führten im Bericht vom 16. März 2015 (Suva-Nr. 96) folgende Diagnosen auf: Status nach Laminektomie L5 und transpedikuläre Stabilisation und mikrotechnischer Disketomie sowie Swingo Cage-Einlage am 20. Mai 2014 mit/bei: - Radikuläres Reizsyndrom S1 rechts mit/bei: - Status nach mikrotechnischer Fenestration L5/S1 rechts, Rezessotomie und Foraminotomie am 9. September 2008 - Status nach Infiltration der L5-Wurzel rechts am 11. Februar 2014 (kurzfristiger Erfolg) - Status nach Schraubenkopfinfiltration L5 rechts am 7. November 2014 (frustran) - Status nach Facettengelenksinfiltration L4/5 beidseits am 17. Februar 2015 (erfolglos) - Aktuell rechtsseitige bewegungsabhängige Lumbalgien Es zeige sich nach der Fazettengelenksinfiltration LWK 4/5 vom 17. Februar 2015 ein unerfreulicher Verlauf. Die Beschwerdeführerin leide weiterhin unter rechtsseitigen bewegungsabhängigen Lumbalgien sowie einem Taubheitsgefühl am rechten Bein beim Gehen. Nach Besprechung mit dieser Patientin werde weiterhin konservativ mit Analgesie und Physiotherapie behandelt. Die Arbeitsfähigkeit sei ab nächster Woche wieder gegeben. Sie werde erneut zu einer Nachkontrolle in sechs bis acht Wochen aufgeboten. 6.21 Dr. med. V.____, FMH Orthopädische Chirurgie, Sportmedizin DGSP, hielt im Bericht vom 17. Juni 2015 (Suva-Nr. 98) folgende Diagnosen fest: Myofascial betontes Lumbovertebralsyndrom mit/bei: - rezidivierenden Lumbalgien - Status nach Microdiskektomie L5/S1 2008 - Status nach Dekompression L5/S1 mit transpedikulärer Stabilisierung und TLIF aus Mai 2014 - Status nach multiplen Infiltrationen (Schraubenkopf, Facettengelenke L5/S1) Dyskoordination der Beinachse rechts mit/bei: - Status nach multiplen Knieoperationen rechts - Ursprungstendinosen der ventralen Oberschenkel- und der suralen Muskelgruppe - Kneeing In mit - Lateralisationstendenz der Patella - rezidivierenden Subluxationseignissen der Patella rechts Aufgrund der heute erhobenen Befunde halte Dr. med. V.____ eine weiterführende Abklärung im Sinne einer weiteren fachärztlichen oder weiterführenden radiologischen Diagnostik aktuell nicht für erforderlich. Diese könne jedoch bei protrahiertem Verlauf jederzeit neu diskutiert werden. Radiologisch sehe er an der LWS eine gute Implantatlage bei einwandfreiem postoperativem Ergebnis, ohne Lockerungszeichen der Implantate. Allenfalls sei eine minime degenerative Veränderung der Facettengelenke gegeben, so dass er den heute erhobenen funktionellen Befund komplett mit den geklagten Beschwerden in Einklang bringen könne. Aus seiner Sicht handle es sich um ein überwiegend myofasciales Schmerzsyndrom, welches einer konservativen Therapie gut zugänglich sein sollte. Das Therapieziel sollte in einer deutlich gesteigerten Belastbarkeit bezüglich der ADL (Haushaltsführung, Haustierversorgung,

Ausdauersportaktivitäten) innert der nächsten sechs Monate bestehen. Innert weiterer drei Monate sei die Belastbarkeit zu steigern, um dann die berufliche Reintegration voranzutreiben. 6.22 Dr. med. V.____ hielt sodann aufgrund des Verlaufs am 29. September 2015 (Suva-Nr. 98 S. 4 f.) fest, es hätten heute eine Neuraltherapie der Mm. Iliocostalis rechts, multifidus L3/4, L4/5 und L5/S1 sowie ein Unterspritzen der Narbe stattgefunden. Am 2. Oktober 2015 führte er weiter aus, die Schmerzen hätten tieflumbal zugenommen und die Patientin habe keine Entlastung durch das Lendenmieder erfahren. Als Befund gab er an: SIG Blockierung links mit massiven myofascialen Befunden. Es habe eine antiphlogistische Abschirmung mittels Irfen 600 mg 1-1-1 unter Magenschutz stattgefunden. Am 30. Oktober 2015 hielt er ferner fest, mit dem Taping habe eher eine Schmerzverlagerung stattgefunden, unter Belastung des Putzens mit dem Lendenmieder würden die Schmerzen eher verstärkt. Aktuell kein Effekt auf die Schmerzspritzen. Morgendlich sei es während zwei Stunden relativ gut, das Irfen 600 mg habe einen Effekt über zwei Stunden. Es werde ein Therapiewechsel auf ein fasciendominiertes Verfahren besprochen, wobei die Osteopathie favorisiert werde. 6.23 Die Kreisärztin Dr. med. C.____ hielt in ihrer kreisärztlichen Beurteilung vom 26. Mai 2016 (Suva-Nr. 111, vgl. auch Beschwerdebeilage Nr. 5) zusammenfassend fest, die persistierende radikuläre Symptomatik der S1-Wurzel, die eindeutig durch das enge Foramen L5/S1 rechts verursacht worden sei, habe zur Operation geführt. Die kleinvolumige Diskushernie könne keine radikuläre Symptomatik auslösen und sei auch nicht der Grund für die Operationsindikation. Somit seien unfallfremde Beschwerden die Ursache für die Operation und spätestens zum Zeitpunkt der durchgeführten Operation beschwerdeführend gewesen. Wie beschrieben, führe ein Verhebetauma (und auch die Kontusion drei Wochen später) nicht zu einer Einengung des Neuroforamens. Demnach halte sie an ihrer Stellungnahme vom Juli 2014 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) fest, dass die noch geltend gemachten Beschwerden, die dann zu Operation geführt hätten, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 21. November 2013 zurückzuführen seien, sondern auf das degenerativ verursachte enge Neuroforamen L5/S1 rechts. 6.24 Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemein Chirurgie und Traumatologie, Vertrauensarzt SGV der Beschwerdeführerin, beantwortete die im Auftrag vom 6. September 2016 formulierten Fragen (Suva-Nr. 121 S. 3 ff., vgl. auch Beschwerdebeilage Nr. 7). Dabei stellte er folgende Diagnosen: Radikuläres Reizsyndrom S1 rechts bei Status nach mikrotechnischer Fenestration L5/S1 rechts, Rezessotomie und Foraminotomie und Dekompression Wurzel L5 rechts 9. September 2008 wegen intraforaminaler Bandscheibenprotrusion L5/S1 rechts mit nachfolgender voller Belastungsfähigkeit und Beschwerdefreiheit mit Laminektomie L5 und transpedikulärer Stabilisation, mikrotechnischer Diskektomie und Cage-Einlage L5/S1 20. Mai 2014 bei seit mehr als 10 Jahren bestehenden Lendenwirbelsäulenbeschwerden mit anamnestischer konservativer Behandlung bereits circa 1998 mit Exazerbation nach Ereignissen vom 21. November 2013 und 9. Dezember 2013 mit persistierenden rechtsseitigen bewegungsabhängigen Lumbalgien in den spätpostoperativen ärztlichen Kontrollen vom 24. Oktober 2014 bis 16. März 2015 Die beiden Ereignisse vom 21. November 2013 und 9. Dezember 2013 hätten die vorbestehenden Befunde und nicht eindeutig formulierten Vorbeschwerden überwiegend wahrscheinlich verschlimmert. Beim Ereignis vom 21. November 2013 könne von einem Verhebetauma-ähnlichen Ereignis gesprochen werden, obwohl eher eine Zugbelastung erfolgt sei. Beim Ereignis vom 9. Dezember 2013 handle es sich um einen Stolpersturz auf den Rücken. Anamnestisch sei bereits circa 1998 eine konservative Behandlung wegen Bandscheibenvorfall-ähnlichen

Beschwerden erfolgt, Lendenwirbelsäulenbeschwerden hätten bereits seit Jahren bestanden und bereits im MRI vom 4. August 2008 seien neben der damaligen dann zur Operation führenden Bandscheibenoperation L5/S1 rechts weitere degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule festgehalten worden. Nach dem Eingriff vom 9. September 2008 habe wieder eine Beschwerdefreiheit unter voller Belastung bestanden, wobei aber anamnestisch von seit vielen Jahren bestehenden Lendenwirbelsäulenbeschwerden gesprochen werde. Der Stellenantritt als Lagermitarbeiterin am 26. September 2013 sei beschwerdefrei und voll belastungsfähig erfolgt. Das erste Ereignis vom 21. November 2013 habe die Beschwerden im Sinne eines radikulären Schmerzsyndroms ausgelöst und diese Symptomatik sei dann mit dem Ereignis vom 9. Dezember 2013 noch zusätzlich verschlimmert worden, so dass es am 16. Dezember 2013 zur ersten, quasi notfallmässigen hausärztlichen Vorstellung mit sofortiger Verordnung einer MRI-Untersuchung für den 24. Dezember 2013 und Attestierung der Arbeitsfähigkeit gekommen sei. Am 18. Mai 2014, d.h. sechs Monate nach dem ersten Ereignis sei der Vorzustand betreffend Beschwerden, Symptome und Befund noch nicht erreicht gewesen. Aufgrund der Vorgeschichte, der Ereignisse, der Beschwerden, der Symptome und des Befundes könnte aber bei einer rein konservativen Behandlung eigentlich von einem Verlauf mit Besserung zur Erreichung des Vorzustandes innert sechs Monaten ausgegangen werden. Die Indikation zum operativen Eingriff vom 20. Mai 2014 sei aufgrund der das Neuroforamen hochgradig einengenden Rezidivdiskushernie L5/S1 rechts mit den entsprechenden sensomotorischen Defiziten erfolgt, wobei der konservative Behandlungsversuch mit Nervenwurzelinfiltration vom 11. Februar 2014 erfolglos geblieben sei, so dass in der neurochirurgischen Sprechstunde vom 13. Mai 2014 der operative Eingriff indiziert und empfohlen worden sei. Die beschriebenen Ereignisse vom 21. November 2013 und 9. Dezember 2013 seien überwiegend wahrscheinlich Auslöser der nachfolgenden zur Operation führenden Beschwerden und Symptome. Der eigentliche Befund, der die Ursache der Beschwerden und Symptome darstelle, sei aber die bereits vorgeschädigte Bandscheibe, die auch bereits 2008 operativ behandelt worden sei, wobei höchstwahrscheinlich bereits vor den aktuellen Ereignissen eine Rezidivhernie vorbestehend gewesen sei, die aber asymptomatisch gewesen und erst durch das Verhebetauma und den Sturz symptomatisch geworden sei. Die MRI-Untersuchung nach den aktuellen Ereignissen habe keine traumatischen Band- oder Knochenläsionen gezeigt, so dass nicht von einer überwiegend traumatisch bedingten Rezidivhernie gesprochen werden könne. Die Rezidivhernie sei degenerativ und hauptsächlich durch die Vorgeschichte bestimmt, wobei aber die Beschwerden und die Symptomatik überwiegend wahrscheinlich durch die aktuellen Ereignisse bedingt seien und deren konservative Behandlung üblicherweise sechs Monate gedauert hätte, wobei eine Fortsetzung der konservativen Therapie ab der neurochirurgischen Sprechstunde vom 13. Mai 2014 nicht mehr adäquat gewesen wäre. Der den Ereignissen vorangehende Gesundheitszustand wäre üblicherweise circa sechs Monate nach den Ereignissen erreicht worden. Der schicksalsmässige Verlauf des den Ereignissen vorangehenden Gesundheitszustandes sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit den Restbeschwerden im Sinne von rechtsseitigen bewegungsabhängigen Lumbalgien am 24. Oktober 2014 oder 20. Januar 2015 erreicht gewesen. Der Eingriff vom 20. Mai 2014 sei zumindest teilweise auf die Ereignisse vom 21. November 2013 und 9. Dezember 2013 zurückzuführen, da die Beschwerden und Symptomatik durch diese Ereignisse hervorgerufen worden seien, obwohl mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor den Ereignissen eine asymptomatische Rezidivhernie bestanden habe, deren Ausmass durchaus

auch geringer als nach den Ereignissen gewesen sein könne, also möglicherweise durch diese ausgeprägter geworden sei. Eine latente Operationsindikation bzw. der Zeitpunkt des Eingriffs sei durch die beiden Ereignisse vom 21. November und 9. Dezember 2013 bestimmt worden, da ein sehr wahrscheinlicher Vorbefund erst dadurch symptomatisch geworden sei, bzw. aufgrund des Befundes mit den nachfolgenden sensomotorischen Defiziten erst zur Operationsindikation geführt und auch keine konservative Weiterbehandlung mehr zugelassen habe. In Bezug auf die Beurteilung von Dr. med. C.____ vom 26. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.23 hiervor) führte Dr. med. E.____ aus, der neurochirurgische Eingriff vom 20. Mai 2014 auf Höhe L5/S1 sei wegen der persistierenden radikulären Reizsymptomatik rechts erfolgt, welche durch die mikrotechnische Dekompression und Rezessotomie, Enukleation und transpedikuläre Stabilisation L5/S1 und den interkorporellen Cage behoben worden seien. Die im MRI vom 24. Dezember 2013 beschriebene Bandscheibenvorwölbung im Sinne eines Rezidivs mit Einengung des rechten Neuroforamens sei zusammen mit der aktivierten Osteochondrose und den monosegmentalen Instabilitätszeichen die Ursache für die Nervenwurzelkompression bzw. für das radikuläre Schmerzsyndrom rechts mit sensomotorischen Defiziten. 7. Es kann zunächst festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin der ihr mit Urteil des Versicherungsgerichts vom 23. Februar 2016 (VSBES.2015.62 E. II. 10.3) auferlegten Verpflichtung, in Bezug auf die Kausalität weitere Abklärungen zu tätigen, nachgekommen ist. So hat sie weitere medizinische Akten – darunter auch den Operationsbericht vom 20. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) – eingeholt und weitere, neu erstattete ärztliche Stellungnahmen zu den Akten genommen. Anschliessend wurde über die natürliche Kausalität der beklagten Beschwerden im Hinblick auf die beiden Ereignisse vom 21. November und 9. Dezember 2013 mit dem hier angefochtenen Einspracheentscheid vom 10. Oktober 2016 (A.S. 1 ff.) erneut entschieden. 7.1 Gestützt auf die nach dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 23. Februar 2016 (VSBES.2015.62) durch die Beschwerdegegnerin zusätzlich eingeholten medizinischen Akten kann – wie bereits im Urteil VSBES.2015.62 E. II. 7 ausgeführt – weiter festgehalten werden, dass bei der im vorliegenden Verfahren beigelegenen B.____ einzig somatische Gesundheitsbeeinträchtigungen im Bereich der rechten Lendenwirbelsäule (L5/S1) und am rechten Knie bestehen. Hier strittig ist die Unfallkausalität der Rückenbeschwerden. Den vorliegenden Akten ist sodann auch zu entnehmen, dass bei B.____ bereits diverse operative und konservative Therapiemassnahmen durchgeführt worden sind, dies jedoch stets mit mässigem bzw. kurzfristigem Erfolg betreffend die beklagten Beschwerden: So wurde der Bandscheibenvorfall im Jahr 1998 konservativ behandelt, worunter die Beschwerden indes nie vollständig abgeklungen seien. Am 9. September 2008 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) fand aufgrund einer akuten Schmerzexazerbation im Juni 2008 eine mikrotechnische Fenestration L5/S1 rechts, eine Rezessotomie und Foraminotomie sowie eine Dekompression der Wurzel L5 rechts statt. Am 3. Dezember 2012 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) wurde sodann eine Kniearthroskopie rechts mit medialer und lateraler Teilmenishektomie, eine Abrasio medialer Femurkondylus und eine partielle Synvektomie durchgeführt. Aufgrund des zunehmenden radikulären Schmerzsyndroms L5 rechts fanden am 11. Februar 2014 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) eine Nervenwurzelinfiltration der L5-Wurzel rechts mit lediglich kurzfristigem Erfolg, am 20. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.10 hiervor) eine Laminektomie L5 und transpedikuläre Stabilisation sowie eine mikrotechnische Diskektomie und Swingo Cage-Einlage L5/S1 mit kurzfristig regredientem Schmerzverlauf (vgl. E. II. 6.15 und 6.18 hiervor), am 7. November 2014 eine als «frustran» bezeichnete

Schraubenkopfinfiltration L5 rechts und am 17. Februar 2015 eine Facettengelenksinfiltration L4/5 mit unerfreulichem Verlauf statt (vgl. E. II. 6.19 f. hiervor). Anschliessend wurden diverse konservative und medikamentöse Therapien ohne wesentlichen Einfluss auf die Schmerzen durchgeführt, wie z.B. eine Neuraltherapie, ein Unterspritzen der Narbe, das Tragen eines Lendenmieders, eine antiphlogistische Abschirmung mittels Irfen 600 mg oder das Taping (vgl. E. II. 6.22 hiervor).

7.2 Das Versicherungsgericht hat in Erwägung 8 des erwähnten Urteils VSBES.2015.62 vom 23. Februar 2016 über die Frage der Unfallkausalität der bei B.____ objektivierten Rezidivhernie im Bereich LWK 5/SWK 1 entschieden. Demnach ist die gemäss den medizinischen Akten unbestrittenermassen bestehende Diskushernie nicht auf die Unfallereignisse vom November bzw. Dezember 2013 zurückzuführen. Ebenfalls zu verneinen ist das Vorliegen einer richtunggebenden Verschlimmerung. Dagegen konnte das Vorliegen einer vorübergehenden Verschlimmerung eines stummen Vorzustandes nicht ausgeschlossen werden (vgl. Suva-Nr. 87 S. 11 ff.). Aufgrund der Rückweisung hatte die Beschwerdegegnerin ergänzend abzuklären, ob die durch den Unfall verursachte Verschlimmerung im Zeitpunkt der Operation vom 20. Mai 2014 bereits abgeklungen war bzw. welche Folgen der Unfall in diesem Zeitpunkt noch hatte und ob die Operation aufgrund dieser Unfallfolgen indiziert war.

8. In Bezug auf die beiden dokumentierten Unfallereignisse vom November und Dezember 2013 kann auf die entsprechenden Ausführungen aus dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 23. Februar 2016 (VSBES.2015.62 E. II. 9) abgestützt werden. Danach handelt es sich beim Ereignis vom 21. November 2013 um ein «Verhebetauma», wie dies von der Kreisärztin Dr. med. C.____ in der ärztlichen Beurteilung vom 8. Juli 2014 beschrieben wurde (vgl. E. II. 6.16 hiervor). Diese Qualifikation wird auch durch die neu hinzugekommenen Akten gestützt (vgl. die am 8. Juli 2014 verfasste kreisärztlichen Beurteilung, E. II. 6.23 hiervor, und die Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom 6. September 2016, E. II. 6.24 hiervor, der ebenfalls von einem «Verhebetauma-ähnlichen Ereignis» ausging, wobei eher eine Zugbelastung erfolgt sei). Beim Ereignis vom 9. Dezember 2013 ist von einem «Stolpersturz» auszugehen. Auch diese Einordnung wird durch die medizinischen Akten, welche die Beschwerdegegnerin im weiteren Verlauf eingeholt hat, gestützt.

9. Die Beschwerdegegnerin hat nach der Rückweisung den Bericht über die Operation vom 20. Mai 2014 (vgl. E. II. 6.10 hiervor, Suva-Nr. 190) beigezogen. Weiter hat sie die Beurteilung der Kreisärztin Dr. med. C.____ vom 26. Mai 2016 (vgl. II. E. 6.23 hiervor) eingeholt. Die Beschwerdeführerin reichte ihrerseits eine Stellungnahme von Dr. med. E.____ (vgl. E. II. 6.24 hiervor) ein. Zu prüfen ist, ob diese Unterlagen nunmehr eine hinreichende Grundlage für die Anspruchsbeurteilung bilden.

9.1 Der Beweiswert von Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte hängt davon ab, ob sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Bei Berichten versicherungsinterner Ärzte kann nicht bereits aufgrund des Arbeits- (resp. hier des Auftrags-) Verhältnisses auf mangelnde Objektivität oder Befangenheit geschlossen werden. Falls aber auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3.b/ee S. 353 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_188/2015 vom 2. Dezember 2015 E. 4.2.2). Diese Grundsätze sind im Rahmen der Beweiswürdigung zu berücksichtigen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; Urteil des Bundesgerichts 8C_397/2012 vom 14. März 2013 E. 5.1).

9.2 Die kreisärztliche Beurteilung vom 26. Mai 2016 (vgl. E.

II. 6.23 hiervor) der Fachärztin für Allgemein Chirurgie und Traumatologie, Dr. med. C.____, beruht auf den nach den beiden Ereignissen vom 21. November und 9. Dezember 2013 verfassten medizinischen Vorakten. Es kann ferner festgehalten werden, dass die Kreisärztin nunmehr auch über den Operationsbericht vom 20. Mai 2014 verfügte (vgl. E. II. 6.10 hiervor), der ihr bei der zuletzt verfassten ärztlichen Beurteilung vom Juli 2014 noch nicht vorgelegen hatte (vgl. E. II. 6.16 hiervor, vgl. auch E. II.

E. 7

hiervor). Obschon sie diesen Operationsbericht unter dem Titel des «aktenmässigen Verlaufes» nicht explizit aufführte, hielt sie fest, die Operation sei am 20. Mai 2014 erfolgt. Anschliessend gab sie sowohl die Indikation zur entsprechenden Operation als auch die Art des erfolgten operativen Eingriffs wieder (Suva-Nr. 111 S. 2). Diese Ausführungen stimmen mit den Angaben im Operationsbericht vom 20. Mai 2014 überein (Suva-Nr. 109 S. 1). Inhaltlich führt die Kreisärztin zusammengefasst aus, durch das Verhebetauma sei es zu einer etwas aktivierten Osteochondrose gekommen mit begleitender kleinvolumiger Bandscheibenvorwölbung. Diese Feststellung stimmt mit dem Bericht über die MRI-Untersuchung der LWS von Dr. med. K.____ vom 24. Dezember 2013 (vgl. E. II. 6.3 hiervor) überein. Die Kreisärztin legt weiter dar, der im Operationsbericht genannten Indikation lasse sich entnehmen, dass die persistierende radikuläre Symptomatik der S1-Wurzel rechts zur Operation geführt habe. Die Ursache für diese Reizung der Nervenwurzel S1 rechts sei nicht die unfallkausale kleinvolumige Bandscheibenvorwölbung ■ diese könne keine radikuläre Symptomatik auslösen ■, sondern die hochgradige Einengung des rechten Neuroforamens. Diese Einengung entstehe durch degenerative Vorgänge durch natürliche Abnutzung, d.h. durch Arthroseentwicklung, sei also unfallfremd. Ein Verhebetauma und auch die Kontusion drei Wochen später führten nicht zu einer Einengung des Neuroforamens. Diese Ausführungen sind schlüssig, nachvollziehbar und plausibel. Die kreisärztliche Stellungnahme vom 26. Mai 2016 wird damit den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht und bildet grundsätzlich eine taugliche Grundlage für die Anspruchsbeurteilung.

9.3 Der grundsätzlich beweiswertigen Beurteilung der natürlichen Kausalität durch Dr. med. C.____ vom 26. Mai 2016 steht die (undatierte) Einschätzung des Vertrauensarztes der Beschwerdeführerin Dr. med. E.____ (vgl. E. II. 6.24 hiervor) gegenüber. Dieser nahm zu den Fragen der Beschwerdeführerin vom 6. September 2016 Stellung. Er führt in seiner Stellungnahme unter anderem aus, der eigentliche Befund, der die Ursache der Beschwerden und Symptome darstelle, sei die bereits vorgeschädigte Bandscheibe, die auch bereits 2008 operativ behandelt worden sei, wobei höchstwahrscheinlich bereits vor den aktuellen Ereignissen eine Rezidivhernie vorbestehend, aber asymptomatisch gewesen und erst durch den Sturz symptomatisch geworden sei. Die Indikation zum operativen Eingriff vom 20. Mai 2014 sei aufgrund der das Neuroforamen hochgradig einengenden Rezidivdiskushernie L5/S1 rechts mit den entsprechenden sensomotorischen Defiziten erfolgt. Die beschriebenen Ereignisse vom 21. November 2013 und 9. Dezember 2013 seien überwiegend wahrscheinlich Auslöser der nachfolgenden, zur Operation führenden Beschwerden und Symptome. Der Eingriff vom 20. Mai 2014 sei zumindest teilweise auf die Ereignisse vom 21. November 2013 und 3. Dezember 2013 zurückzuführen, da die Beschwerden und Symptome durch diese Ereignisse hervorgerufen worden seien, obwohl mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bereits vor den Ereignissen eine asymptomatische Rezidivhernie bestanden habe, deren Ausmass durchaus auch geringer als nach den

Ereignissen gewesen sein könne, also möglicherweise durch die Ereignisse ausgeprägter geworden sei. Weiter hält Dr. med. E. ___ fest, der Eingriff vom 20. Mai 2014 sei wegen der persistierenden radikulären Reizsymptomatik rechts erfolgt.

9.4 Ein Vergleich der beiden ärztlichen Beurteilungen ergibt insofern Übereinstimmung, als die Operation vom 20. Mai 2014 wegen einer persistierenden radikulären Reizsymptomatik der S1-Wurzel rechts erfolgte. Einigkeit besteht auch darin, dass diese radikuläre Reizsymptomatik durch die Einengung des rechten Neuroforamens verursacht wurde, welche somit die Indikation für den Eingriff vom 20. Mai 2014 begründete. Was die Entstehung dieser Einengung anbelangt, führt die Kreisärztin Dr. med. C. ___ aus, eine solche könne nicht durch ein Verhebetauma oder eine Kontusion entstehen, sondern sei die Folge von Abnützung und Arthroseentwicklung, also unfallfremd. Dr. med. E. ___ äussert sich dagegen nicht ausdrücklich zu dieser Frage. Er hält lediglich fest, die Ereignisse vom 21. November 2013 und 9. Dezember 2013 hätten die «zur Operation führenden Beschwerden und Symptome» ausgelöst, ohne sich aber zum konkreten Wirkungszusammenhang zu äussern oder der These der Kreisärztin ausdrücklich zu widersprechen. Insbesondere äussert sich Dr. med. E. ___ nicht zu den Ausführungen der Kreisärztin, wonach die beiden Ereignisse vom 21. November 2013 und 9. Dezember 2013 eine kleinvolumige Bandscheibenvorwölbung bewirkt hätten, die aber ihrerseits nicht geeignet sei, eine radikuläre Reizsymptomatik auszulösen. Er nimmt auch nicht Stellung zu den Ergebnissen der bildgebenden Abklärungen (MRI der LWS), die am 24. Dezember 2013 durchgeführt wurden (vgl. E. II. 6.3 hiervor) und auf welche sich Dr. med. C. ___ bei ihrer Einschätzung stützt. Stattdessen scheint sich Dr. med. E. ___ bei seiner Aussage, die beiden Ereignisse hätten «die Beschwerden im Sinne eines radikulären Schmerzsyndroms» ausgelöst respektive verschlimmert, auf den Grundsatz «post hoc ergo propter hoc» abzustützen, der aber keine zulässige Grundlage für eine unfallversicherungsrechtliche Kausalitätsbeurteilung bildet (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2016 vom 24. März 2017 E. 7.4 mit Hinweis). Seine in diesem Punkt eher vage ausgefallene Stellungnahme ist daher nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit der kreisärztlichen Argumentation zu wecken, wonach die Operation wegen einer radikulären Reizsymptomatik erfolgte, welche die Folge einer unfallfremden Einengung des Neuroforamens bildete.

9.5 Da sich auch aus den übrigen medizinischen Akten keine auch nur geringen Zweifel an der grundsätzlich beweiswertigen Kausalitätsbeurteilung von Dr. C. ___ vom 26. Mai 2016 (vgl. E. II. 6.23 hiervor) betreffend die beklagten Beschwerden in Bezug auf den operativen Eingriff vom 20. Mai 2014 entnehmen lassen, kann ihrer Einschätzung gefolgt werden. Demnach bestand für die Operation vom 20. Mai 2014 keine Kausalität zu den Ereignissen vom November/Dezember 2013. Diese war vielmehr aufgrund der unbestrittenermassen vorhandenen degenerativen Veränderungen an der LWS erforderlich. Andere unfallkausale Behandlungen stehen nicht zur Diskussion. Die Beschwerdegegnerin hat daher ihre Leistungen zu Recht mit dem 18. Mai 2014, vor dem operativen Eingriff vom 20. Mai 2014, eingestellt.

10. Selbst wenn man, entgegen dem Gesagten, davon ausgehen wollte, die Operation vom 20. Mai 2014 wäre zum damaligen Zeitpunkt ohne die beiden Ereignisse vom 21. November 2013 und 9. Dezember 2013 nicht indiziert gewesen, ergäbe sich kein anderes Resultat, wie nachfolgend darzulegen ist.

10.1 In seinem Rückweisungsurteil vom 23. Februar 2016 (Suva-Nr. 87; E. I 1.4 hiervor) bezog sich das Versicherungsgericht auf die Rechtsprechung, wonach eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr, als abgeschlossen zu betrachten ist. Bei Anwendung dieser Regel wäre der status quo sine am 18. Mai 2014, fünf Monate nach dem zweiten Ereignis vom 9. Dezember 2013, noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erreicht worden. Dr. med. C. ___ ging demgegenüber davon aus, die beiden Vorfälle von November und Dezember 2013 hätten sich am 18. Mai 2014 schon nicht mehr auf die Beschwerden ausgewirkt, ohne dies jedoch näher zu begründen. Nun liegt zu dieser Frage die zusätzliche Einschätzung von Dr. med. E. ___ (vgl. E. II. 6.24 hiervor) vor. Er führt aus, der Vorzustand wäre bei konservativer Behandlung üblicherweise circa sechs Monate «nach den Ereignissen» erreicht worden. Da keine Besonderheiten ersichtlich sind, welche ein Abweichen von diesem üblichen Verlauf begründen könnten, ist davon auszugehen, dass der status quo ante vel sine nach der Beurteilung von Dr. med. E. ___ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne Operation sechs Monate nach den Ereignissen vom 21. November 2013 und 9. Dezember 2013, also spätestens am 9. Juni 2014, erreicht worden wäre. Dr. med. E. ___ bestätigt damit die damalige Auffassung der Kreisärztin Dr. med. C. ___ jedenfalls insoweit, als die erwähnte Rechtsprechung, welche vom Erreichen des status quo sine (vel ante) erst spätestens nach einem Jahr ausgeht, keine Anwendung finden kann. Es ist demnach festzustellen, dass der Vorzustand oder der Zustand, wie er auch ohne die beiden Ereignisse entstanden wäre, gemäss der Auffassung von Dr. med. E. ___ ohne die Operation rund drei Wochen nach der Leistungseinstellung am 18. Mai 2014 erreicht worden wäre, während Dr. med. C. ___ davon ausgeht, schon die an diesem Datum noch vorhandenen Beschwerden seien vollumfänglich unfallunabhängig gewesen.

10.2

10.2.1 Nach der Rechtsprechung gehören zu den im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG massgebenden Ursachen auch Umstände, ohne deren Vorhandensein die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht zur gleichen Zeit eingetreten wäre. Eine schadensauslösende traumatische Einwirkung wirkt also selbst dann leistungsbegründend, wenn der betreffende Schaden auch ohne das versicherte Ereignis früher oder später wohl eingetreten wäre, der Unfall somit nur hinsichtlich des Zeitpunkts des Schadenseintritts eine unerlässliche Bedingung (conditio sine qua non) darstellte (Urteil des Bundesgerichts 8C_847/2016 vom 5. April 2017 E. 5.3.2 mit Hinweisen).

10.2.2 Führt ein Unfall zu einer vorübergehenden Verschlimmerung des Vorzustandes, hat der Unfallversicherer unter dem Titel der Heilbehandlung nach Art. 10 UVG primär für diejenigen medizinischen Vorkehren aufzukommen, welche erforderlich sind, um die Unfallfolgen zu beheben, das heisst den status quo sine oder den status quo ante zu erreichen. Die in diesem Zusammenhang zu erbringenden Leistungen können durchaus auch einen operativen Eingriff umfassen, der in erster Linie einen durch den Unfall symptomatisch gewordenen oder vorübergehend verschlimmerten Vorzustand betrifft (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 136/06 vom 2. Mai 2007 E. 3.2). Wenn ein Unfall keine richtunggebende/dauernde, sondern bloss eine vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes verursacht, schliesst dies somit nicht aus, dass der Unfallversicherer für eine Operation aufzukommen hat, welche die Behebung des Vorzustands umfasst. Dies gilt jedoch nicht schrankenlos, denn die Rechtsprechung hat in

diesem Zusammenhang auch festgehalten, es gehe nicht an, dass eine versicherte Person bei geringfügigen Beschwerden an einem Körperteil, beispielsweise nach einem leichten Sturz, welche nach kurzer Zeit von sich aus wieder verschwinden würden, Anspruch auf eine zur Behandlung dieser Beschwerden unnötige Operation hätte, nur weil diese vor Eintritt des status quo sine oder status quo ante durchgeführt wird (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 427/05 vom 21. September 2006 E. 2.3.5).

10.2.3 War der status quo sine oder ante entsprechend der Einschätzung der Kreisärztin Dr. med. C.____ schon vor dem 18. Mai 2014 erreicht oder betraf die Operation einen unfallfremden Befund, der durch die Ereignisse vom 21. November und 9. Dezember 2013 auch nicht im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wurde, besteht von vornherein kein Anspruch auf Übernahme der Operationskosten und einer mit der Operation zusammenhängenden Arbeitsunfähigkeit. Geht man dagegen, gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. E.____, davon aus, der status quo sine oder ante sei am 18. Mai 2014 noch nicht erreicht gewesen, er hätte sich aber drei Wochen später auch ohne die Operation eingestellt, liegt die Konstellation vor, welche Gegenstand des zitierten Urteils U 427/05 bildete. Da der Vorzustand (status quo ante) auch ohne den Operationstermin etwa drei Wochen später ■ und damit wohl sogar noch früher als mit der Operation und der anschliessenden Rehabilitation ■ erreicht worden wäre, war der Eingriff zur Erreichung des Vorzustandes offenkundig nicht indiziert. Die Indikation bezog sich ausschliesslich auf das Grundleiden, während für die Behandlung der reinen Unfallfolgen die konservative Behandlung vorzuziehen gewesen wäre. Dementsprechend entfällt eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für den operativen Eingriff und die mit diesem zusammenhängenden Behandlung und Arbeitsunfähigkeit. Anderweitige, von der Operation unabhängige Behandlungen im Zeitraum ab 18. Mai 2014 stehen nicht zur Diskussion. Die Beschwerdegegnerin hat daher ihre Leistungen zu Recht mit diesem Datum eingestellt.

11. Die von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 8. Juli 2016 und mit Einspracheentscheid vom 10. Oktober 2016 bestätigte Einstellung der Versicherungsleistungen per 18. Mai 2014 erfolgte daher zu Recht, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Demzufolge hat die Beschwerdegegnerin auch die Übernahme der Kosten für die Operation vom 20. Mai 2014 korrekterweise abgelehnt.

E. 12

12.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

12.2 Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden weder eine Parteientschädigung ausgerichtet noch Verfahrenskosten erhoben.

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

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

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