

SO_GERICHTE VSBES.2017.53 vom 17. Januar 2017

SO Obergericht, 2017-01-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.53

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.53 du 17 janvier 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.53 del 17 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1976 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war seit 5. Mai 2015 als Bauarbeiter bei der Firma B.____, [...], angestellt und aufgrund dieses Anstellungsverhältnisses bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch unfallversichert. Mit Schadenmeldung UVG vom 24. Juni 2015 (Akten der Suva [Suva-Nr.] 2) teilte die Arbeitgeberin der Beschwerdegegnerin mit, der Beschwerdeführer habe am 16. Juni 2015 bei der Arbeit in [...] einen Unfall erlitten. Er habe sich beim Schalen gebückt, um eine Bindestange anzuschrauben. In diesem Moment sei einem Arbeitskollegen eine ungefähr 2 kg schwere Schraube aus der Hand und dem Beschwerdeführer direkt auf den Hinterkopf/Nacken gefallen. Der Beschwerdeführer habe einen Helm getragen. Der Austrittsbericht des erstbehandelnden Spitals C.____, Interdisziplinäre Notfallstation Chirurgie, vom 18. Juni 2015 (Suva-Nr. 4; vgl. auch den Dokumentationsbogen, Suva-Nr. 29) nennt als Diagnosen eine Commotio cerebri (ca. 2 kg schwerer Metallgegenstand auf Hinterkopf, kurze Bewusstlosigkeit) und eine HWS-Distorsion Grad 2 (mit/bei Diskushernie HWK 4/5).

1.2 Die Beschwerdegegnerin erklärte am 9. Juli 2015, sie werde für den Berufsunfall vom 16. Juni 2015 die Versicherungsleistungen übernehmen (Suva-Nr. 11 f.). In der Folge zog sie u.a. einen Bericht des Hausarztes Dr. med. D.____, Praktischer Arzt, vom 27. Juli 2015, bei (Suva-Nr. 18). Am 11. August 2015 fand eine persönliche Besprechung mit dem Beschwerdeführer statt (Suva-Nr. 21; vgl. Suva-Nr. 20). Die Beschwerdegegnerin nahm Berichte über am 16. und 18. Juni 2015 durchgeführte bildgebende Untersuchungen zu den Akten (Suva-Nr. 25 f.) und veranlasste eine Anmeldung zu einem ambulanten HWS-Assessment in der Rehaklinik E.____ (Suva-Nr. 24). Nach weiteren bildgebenden Untersuchungen vom 8. September 2015 und 28. September 2015 (Suva-Nr. 40) wurde im Spital F.____, Spinale Chirurgie, am 9. November 2015 eine Operation durchgeführt (ventrale Dekompression, Diskektomie sowie Einlage eines Pina Cage C4/5; Suva-Nr. 51).

1.3 Am 19. November 2015 teilte die Beschwerdegegnerin dem Spital F.____ mit, sie werde ihre Leistungspflicht überprüfen (Suva-Nr. 52). Das Dossier wurde dem Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, unterbreitet. Dieser erklärte am 23. November 2015, der operative Eingriff vom 9. November 2015 stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis, und bat um Wiedervorlage im Mai 2016 (Suva-Nr. 53). 1.4 Nachdem ein CT der HWS vom 1. März 2016 eine Dislokation des Pina-Cages um ca. 5 mm gezeigt hatte (vgl. Suva-Nr. 68), erfolgte am 4. April 2016 eine erneute Operation mit einer Neuanlage eines Pina-Cages (Suva-Nr. 79). Dr. med. D.____ attestierte dem Beschwerdeführer in der Folge weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Unfallschein, Suva-Nr. 80, 84, 89, 93). Dr. med. H.____, Oberarzt, Spital F.____, Spinale Chirurgie, bestätigte am 8. September 2016 und am 9. Oktober 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-Nr. 96, 110). 1.5 Am

13. Oktober 2016 nahm der Kreisarzt Dr. med. G.____ eine ärztliche Beurteilung vor (Suva-Nr. 108).

E. 2

Dem Beschwerdeführer seien auch nach dem 31. Oktober 2016 weiterhin Versicherungsleistungen aus dem Unfallereignis vom 16. Juni 2015 gestützt auf das UVG insbesondere Taggelder und Heilungskosten auszurichten.

E. 3

Eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine UVG-Invalidenrente nach Massgabe eines 100%igen Invaliditätsgrades sowie eine in ihrer Höhe noch zu bestimmende Integritätsentschädigung zu entrichten und seien die Kosten für die Heilbehandlungen nach Massgabe von Art. 21 UVG zu übernehmen.

E. 3.3

Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungs begründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht beim Versicherten, sondern beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen und sind für sämtliche Leistungsarten massgebend (SVR 2009 UV Nr. 3 S. 9 8C_354/2007 E. 2.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_879/2014 vom 26. März 2015 E. 2.2 mit Hinweis). 3.4 Treten im Anschluss an einen Unfall Beschwerden auf, die zuvor nicht bestanden haben, und ist davon auszugehen, dass durch den Unfall lediglich ein (zuvor stummer) Vorzustand aktiviert, nicht aber verursacht worden ist, so hat der Unfallversicherer nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom gemäss Art. 36 Abs. 1 UVG zu erbringen. Mit dem Erreichen des Status quo sine vel ante entfällt eine Teilursächlichkeit für die noch bestehenden Beschwerden (SVR 2010 UV Nr. 4 S. 17 8C_181/2009 E. 5.4 f. mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_1029/2012 vom 22. Mai 2013 E. 3.2.2).

E. 3.5

Nach der Rechtsprechung entspricht es im Bereich des Unfallversicherungsrechts einer medizinischen Erfahrungstatsache, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen, und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt (Urteil des Bundesgerichts 8C_13/2018 vom

E. 4

f.). Laut dem Austrittsbericht vom 9. April 2016 waren die Schmerzen an Hals und Schultergürtel in der Folge leicht regredient, die Schluckbeschwerden komplett regredient, die Sensibilitätsstörung und die muskuläre Schwäche unverändert. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für drei Monate attestiert.

6.9 Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin am 12. Mai 2016 telefonisch mit, sein Befinden sei unverändert. Es bestehe nach wie vor ein Fremdkörpergefühl beim Schlucken und er habe Nackenschmerzen, die bis in die Schultern ausstrahlten (Suva-Nr. 81).

6.10 Die Beschwerdegegnerin veranlasste in der Folge eine neurologische Untersuchung im Spital F. ___ (vgl. Suva-Nr. 83). Diese fand am 16. August 2016 statt. Die an diesem Datum durchgeführte MRI-Untersuchung (Suva-Nr. 98) zeigte auf Höhe HWK 4/5 eine nach der Reoperation regrediente, jedoch im unteren Anteil noch vorhandene präforaminale Einengung der C5-Wurzeln links im Rahmen einer Unkovertebralarthrose, auf HWK 5/6 eine breitbasige Bandscheibenprotrusion und Uncovertebralarthrose mit konstanter bis allenfalls leicht zunehmender präforaminaler Einengung der C6-Wurzeln linksbetont. Im Bericht vom 30. August 2016 (Suva-Nr. 104) wird zu Beurteilung und Prozedere ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestehe ein linksbetontes zervikobrachiales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Trauma im Juni 2015 und zweimaliger operativer Intervention. Im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung habe vor allem die paravertebrale Verspannung der Muskulatur imponiert. Eine dezidierte Kraftprüfung sei nicht möglich gewesen. Hinweise für eine Affektion der langen Bahn hätten sich im Rahmen der Untersuchung nicht sicher ergeben. Im Hinblick auf eine mögliche Verletzung des Myelons im HWS-Bereich werde man den Beschwerdeführer bei den Kollegen der Elektrophysiologie für MEPs und SSEP für die oberen und unteren Extremitäten aufbieten lassen. Laut dem entsprechenden Bericht vom 24. August 2016 (Suva-Nr. 107) ergaben die Medianus- und Tibialis-SSEP Normalbefunde.

6.11 Dr. med. H. ___, Spital F. ___, Spinale Chirurgie, berichtete am 8. September 2016 erneut über den Beschwerdeführer. Er hielt fest, dieser präsentiere sich klinisch weitestgehend unverändert zur Voruntersuchung. Nach wie vor führend sei eine chronische Nackenschmerzproblematik mit erheblicher Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, Hypertonisierung der paravertebralen Muskulatur und zeitweise Schmerzausstrahlung in die Schulterregion beidseits. Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Langfristig stehe eine Rückkehr in den ausgeübten Beruf als Bauarbeiter sehr in Frage, es sei an Umschulungsmassnahmen zu denken (Suva-Nr. 96).

6.12 Der Kreisarzt Dr. med. G. ___ gibt in seiner Stellungnahme vom 13. Oktober 2016 (Suva-Nr. 108) zunächst den wichtigsten Inhalt der Vorakten wieder. In der Beurteilung hält er zunächst fest, die nach dem Vorfall vom 16. Juni 2015 erstellten bildgebenden Aufnahmen (Röntgen HWS mit Dens axis vom 16. Juni 2015; CT Neurocranium und HWS vom 18. Juni 2015; MRI der HWS vom 28. September 2015) hätten keine strukturell objektivierbaren Läsionen aufgrund des Ereignisses vom 16. Juni 2015 gezeigt. Die linkslaterale Diskushernie C4/5 (Röntgen vom 16. Juni 2015) respektive die Bandscheibenprotrusion paramedian und lateral links in Höhe C4/5 mit höchstgradiger Komprimierung der Wurzel C5 links (MRI vom 28. September 2015) seien unfallfremd. Durch das Ereignis vom 16. Juni 2015 sei es zu einer Prellung im Bereich der HWS

gekommen. Eine solche Prellung sei spätestens zwölf Monate nach dem Unfallereignis vollständig abgeheilt. Eine Prellung der HWS stelle eine vorübergehende Verschlimmerung eines unfallfremden Vorzustandes dar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spielten Unfallfolgen im Bereich der HWS ab dem 31. Mai 2016 keine Rolle mehr. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei auch von weiteren Behandlungen im Bereich der HWS keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Heute noch bestehende Beschwerden seien auf die unfallfremden Bandscheibenveränderungen zurückzuführen. Am 16. August 2016 habe sich der Beschwerdeführer in der neurologischen Abteilung des Spitals F.____ vorgestellt. Es sei ein linksbetontes cervicobrachiales Schmerzsyndrom diagnostiziert worden. Im weiteren sei eine elektrophysiologische Untersuchung vom 24. August 2016 veranlasst worden. In dieser hätten sich unauffällige Medianus-Tibialis-SSEPs gezeigt. Am 30. August 2016 habe sich der Beschwerdeführer in der Wirbelsäulenabteilung des Spitals F.____ vorgestellt. Eine Röntgendiagnostik der HWS vom 30. August 2016 und eine MRI-Diagnostik der HWS vom 16. August 2016 hätten in der MRI-Diagnostik eine noch vorhandene präforaminale Einengung der C5-Wurzel links gezeigt. Bezüglich der Cage-Einlage bestünden radiologisch eine stationäre Materiallage, keine Lockerungszeichen und kein Materialbruch. Der Beschwerdeführer leide gemäss Bericht des Spitals F.____ vom 16. August 2016 noch unter cervicobrachialen Schmerzen linksbetont. Diese linksbetonten cervicobrachialen Schmerzen stünden nicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 16. Juni 2015. Es sei am 16. Juni 2015 zu einer Prellung im Bereich der HWS gekommen. Am 9. November 2015 und am 4. April 2016 hätten operative Eingriffe in der Phase der vorübergehenden Verschlechterung aufgrund der Prellung der HWS stattgefunden. Die in der Operation vom 9. November 2015 behandelten Diagnosen seien unfallfremd. Die Operation vom 4. April 2016 habe aufgrund einer Komplikation durchgeführt werden müssen und stelle einen Revisionseingriff dar.

6.13 Im Einspracheverfahren holte die Beschwerdegegnerin eine weitere Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. G.____ ein mit der Frage, warum die linkslaterale Diskushernie C4/5 und die kleine Bandscheibenprotrusion paramedian links bzw. die bildgebend erhobenen Befunde als solche nicht unfallbedingt seien (Suva-Nr. 131). Dr. med. G.____ führte in seiner Antwort vom 19. Dezember 2016 (Suva-Nr. 132) aus, dem Beschwerdeführer, der einen Helm getragen habe, sei eine 2 kg schwere Schraube auf den Hinterkopf gefallen. Dieser Unfallmechanismus sei grundsätzlich nicht geeignet, eine Bandscheibenprotrusion (Bandscheibenvorwölbung) oder einen Bandscheibenprolaps (Bandscheibenvorfall) zu verursachen oder eine bestehende Bandscheibenprotrusion oder Bandscheibenprolaps richtunggebend zu verschlimmern. Im Erstuntersuchungsbericht vom 16. Juni 2015 aus dem Spital C.____ werde berichtet, dass der Beschwerdeführer kurz bewusstlos gewesen sei. Schmerzen seien vor allem im Hinterkopfbereich vorhanden gewesen, ausserdem im Bereich der oberen HWS. Es werde dokumentiert, dass die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität allseits intakt gewesen seien. Die Reflexe seien seitengleich schwach auslösbar gewesen. Dies zeige, dass echtzeitlich nach dem Unfallereignis keine fokale neurologischen Defizite aufgrund einer HWS-Verletzung vorgelegen hätten. Aufgrund des echtzeitlichen neurologischen Befundes und des Unfallmechanismus sei festzustellen, dass die diagnostizierten Bandscheibenveränderungen in der CT- und MRI-Bildgebung nicht auf das Ereignis vom 16. Juni 2015 zurückzuführen seien.

6.14 Das Versicherungsgericht hat im Beschwerdeverfahren eine Stellungnahme beigezogen, welche Prof. Dr. med. R.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, als beratender Arzt der Krankentaggeldversicherung K.____ am

E. 4.4

S. 469 f. mit Hinweis). 5. Zum Hergang des Unfalls vom 16. Juni 2015 lässt sich der Unfallmeldung entnehmen, der Beschwerdeführer habe sich beim Schalen gebückt, um eine Bindestange anzuschrauben. In diesem Moment sei einem Arbeitskollegen eine Schraube (ca. 2 kg) aus der Hand gefallen. Die Schraube sei dem Beschwerdeführer, der einen Helm getragen habe, direkt auf den Hinterkopf/Nacken geprallt (Suva-Nr. 2). Im weiteren Verlauf bestätigte der Beschwerdeführer diese Angaben (vgl. Suva-Nr. 4, 18 S. 2, 20). Die Sicherheitsberatung des Einsatzbetriebs, bei dem der Beschwerdeführer beschäftigt war, führte eine Befragung der Beteiligten durch. Die Unfallabklärung vom 17. August 2015 (Suva-Nr. 140 S. 15 f.) ergab, dass der Beschwerdeführer zusammen mit zwei Arbeitskollegen mit dem Einschalen einer 4.70 Meter hohen Wand beauftragt war. Der Auftrag lautete, die bestehende Schalung mit den gesetzten Elementen mittels Bindestange und Spannschraube zusammenzubinden. Der eine Kollege stand auf dem Gerüst und arbeitete oben, der Beschwerdeführer unten. Die Höhendifferenz zu den Arbeitskollegen betrug etwa vier Meter. Ab einem bestimmten Zeitpunkt waren der Beschwerdeführer und der über ihm arbeitende Kollege vertikal gleichauf. Beim Versuch, die Spannschraube auf die Bindestange zu drehen, fiel dem oben arbeitenden Kollegen die Spannschraube, deren Gewicht ca. 1.5 bis 2 kg beträgt, aus der Hand. Sie traf den Beschwerdeführer, der nach vorne gebeugt arbeitete, im Bereich der HWS (Wirbel 3 und 4). Er war ca. zwei Minuten bewusstlos. Nach dem Erwachen wurde er in das Krankenhaus gebracht. 6. Zum medizinischen Sachverhalt enthalten die Akten – einschliesslich der durch das Gericht beigezogenen Akten der Invalidenversicherung – insbesondere die folgenden Angaben: 6.1 6.1.1 Der Beschwerdeführer meldete sich im November 1997 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Umschulung, Arbeitsvermittlung) an. Zur Behinderung wurde angegeben, er sei mit seinem asthenischen Habitus für Arbeiten auf dem Bau nicht geeignet (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 1.11). Die IV-Stelle lehnte das Gesuch mit Verfügung vom 18. Februar 1998 ab, weil keine Invalidität vorliege (IV-Nr. 1.1). Diagnostiziert wurde damals ein leichtes thorakolumbovertebrales Syndrom (IV-Nr. 1.8). 6.1.2 Im Jahr 2001 erfolgte von ärztlicher Seite eine erneute Anmeldung mit der Begründung, der Beschwerdeführer könne nur leichtere Arbeiten ausführen (IV-Nr. 5). Ein Anfang 2002 durchgeführter Arbeitsversuch musste nach kurzer Zeit wegen Rückenbeschwerden abgebrochen werden (IV-Nr. 24). Die behandelnden Ärzte (Kantonsspital N.____) attestierten im April 2002 weiterhin eine andauernd reduzierte Arbeitsfähigkeit in schweren wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten, wogegen in einer Tätigkeit in Wechselbelastung, ohne repetitive Wirbelsäulenfunktionen und Zwangspositionen, keine Einschränkung bestehe (IV-Nr. 25 S. 7). Am 19. September 2003 verfasste die Medizinische Abklärungsstelle O.____ im Auftrag der IV-Stelle ein polydisziplinäres (Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie) Gutachten (IV-Nr. 28). Aus rheumatologischer Sicht diagnostizierten die Gutachter insbesondere ein chronisches Schmerzsyndrom mit aktuell thorakal betonten Panvertebralsyndrom (ICD-10 M53.8) mit/bei Diskusprotrusion L4/5, Wirbelsäulenfehlform, Fehlhaltung und muskulärer Insuffizienz sowie muskulärer Dysbalance vom Schulter- und Beckengürteltyp sowie chronischer Schmerzverarbeitungsstörung mit Schmerzausweitung und Halbseiten-Hypästhesie der

linken Körperhälfte. Weiter führte der rheumatologische Teilgutachter aus, im Rahmen der aktuellen Untersuchung fehlten weiterhin Hinweise auf das Vorliegen eines radikulären Geschehens sowohl zervikal als auch lumbal, ebenso fänden sich keine Anhaltspunkte, klinisch wie auch radiologisch und laborchemisch, für das Vorliegen einer entzündlich-rheumatologischen Grundkrankheit. Objektivieren liessen sich eine Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung bei ausgesprochener muskulärer Insuffizienz und allgemeiner muskulärer Dekonditionierung bei untergewichtigem bis anorektischem Verhalten. Prinzipiell bestehe für eine schwere wirbelsäulenbelastende Tätigkeit, wie sie vom Versicherten teilweise im Baugewerbe ausgeübt worden sei, langfristig auch in Zukunft eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine nicht schwer wirbelsäulenbelastende Tätigkeit, ohne Heben und Ziehen von Lasten über 15 kg, durchgeführt in Wechselbelastung sowie ohne repetitive Einnahme von Zwangshaltungen oder Torsionsbewegungen der Wirbelsäule, bestehe aus rheumatologischer Sicht weiterhin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 28 S. 10 f.). Aus internistischer und psychiatrischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, wobei der Psychiater ohne solche Auswirkung eine Schmerzfehlverarbeitung diagnostizierte (IV-Nr. 28 S. 14). Mit Verfügung vom 30. Januar 2004 lehnte es die IV-Stelle ab, Leistungen zu erbringen, da keine Invalidität vorliege (IV-Nr. 31). Die dagegen erhobene Einsprache (IV-Nr. 32) wurde zurückgezogen (IV-Nr. 41). Gleichzeitig erfolgte eine Anmeldung bei der IV-Stelle zur Stellenvermittlung (IV-Nr. 42). Dieses Leistungsgesuch wurde mit Verfügung vom 1. Juli 2004 abgelehnt (IV-Nr. 45). Die dagegen erhobene Einsprache (IV-Nr. 46) wurde am 21. Oktober 2004 abgewiesen (IV-Nr. 54).

6.1.3 Im Januar 2013 erfolgte eine Anmeldung zur Früherfassung wegen häufiger Rückenbeschwerden (IV-Nr. 58). Die IV-Stelle verlangte medizinische Unterlagen (Protokolleintrag vom 8. März 2013). Am 6. Februar 2013 (recte: 2014) erfolgte eine Neuanschuldung (IV-Nr. 64). Auf diese wurde mit Verfügung vom 2. April 2014 nicht eingetreten (IV-Nr. 68). Im Verlauf des Verfahrens reichte der Beschwerdeführer einen Bericht des Kantonsspitals P.____, Kompetenzzentrum Wirbelsäulen Chirurgie, Dr. med. Q.____, vom 24. März 2014 ein (IV-Nr. 67 S. 4 f.). Dr. med. Q.____ diagnostizierte eine bekannte Diskopathie L5/S1 mit geringem HIZ sowie eine chronische Lumboischialgie. Der Beschwerdeführer berichte unverändert über diffuse Ganzkörperschmerzen und Verspannungen ausstrahlend bis in den Nacken. Zusätzlich auch links betonte pseudoradikuläre Ausstrahlungen. Im MRI der LWS finde sich eine diskrete rechtsbetonte Diskopathie L5/S1, welche jedoch nicht mit den linksseitigen Beschwerden korreliere.

6.2

6.2.1 Dem provisorischen Austrittsbericht des Spitals C.____, interdisziplinäre Notfallstation Chirurgie, vom 18. Juni 2015 (Suva-Nr. 4) ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe sich am 16. Juni 2015 in Begleitung eines Kollegen notfallmässig vorgestellt bei Kopf- und Nackenschmerzen. Er habe berichtet, ihm sei auf der Arbeit eine ca. 2 kg schwere Schraube auf den Hinterkopf gefallen. Ein Helm sei getragen worden. Der Beschwerdeführer sei kurz bewusstlos gewesen, eine retrograde Amnesie habe nicht bestanden. Aktuell würden Schwindel und Übelkeit angegeben, sowie «müde Augen». Erbrechen und Hör-/Sehstörungen würden verneint. Die Schmerzen seien occipital sowie im oberen Bereich der HWS lokalisiert und würden nicht ausstrahlen. In der Folge sei während 24 Stunden eine neurologische Überwachung auf der Intermediate-Care-Station veranlasst worden. Diese sei im Verlauf unauffällig gewesen mit einem GCS von konstant 15. Der Kostenaufbau und die Mobilisation seien ohne Probleme verlaufen. Die klinischen Beschwerden seien unter analgetischer Therapie regredient gewesen. Aufgrund von

persistierendem Drehschwindel und Kopfschmerzen sei ein CT des Neurocraniums und der HWS durchgeführt worden. Dieses habe eine Diskushernie zwischen HWK 3-4 aufgewiesen. Eine intrakranielle Blutung oder Fraktur habe ausgeschlossen werden können. Nach unauffälliger Überwachung habe der Beschwerdeführer am 18. Juni 2015 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

6.2.2 Die Röntgenuntersuchung vom 16. Juni 2015 (HWS ap/lateral, Dens ap) ergab keine Fraktur oder Subluxation der HWS (Suva-Nr. 25). Die CT-Untersuchung des Neurocraniums vom 18. Juni 2015 blieb unauffällig, jene der HWS nativ ergab eine linkslaterale Diskushernie im Segment HWK 4/5 mit foraminaler und recessaler Impression bzw. Affektion der C5-, C6- und C7-Nervenwurzel links (Suva-Nr. 26).

6.2.3 Auf dem Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kranio-zervikalem Beschleunigungstrauma vom 18. Juni 2015 (Suva-Nr. 29) wird erklärt, der Beschwerdeführer berichte, ihm sei bei der Arbeit eine ca. 2 kg schwere Schraube auf den Hinterkopf gefallen. Er sei kurz bewusstlos gewesen. Es sei Übelkeit (ohne Erbrechen) sowie Schwindel aufgetreten, keine Hör- oder Sehstörungen. Die Schmerzen seien occipital sowie im oberen Bereich der HWS lokalisiert und würden nicht ausstrahlen. Nach seinen Angaben sei der Beschwerdeführer nach vorne gebeugt gewesen, die Kopfstellung sei «flektiert» gewesen. Eine Gedächtnislücke oder eine Angst-/Schreckreaktion habe nicht bestanden. Sofort nach dem Vorfall seien Kopf- und Nackenschmerzen, Schwindel, Übelkeit sowie Benommenheit aufgetreten, nicht dagegen Erbrechen, Hör-, Seh- und Schlafstörungen. Es bestehe ein Druckschmerz auf Höhe C1 und seitlich davon bis zur Schulter beidseits. Ebenso bestehe ein Ruheschmerz und ein Stauchungsschmerz mit Ausstrahlung seitlich bis zur Schulter beidseits. Sehnenreflexe und Muskelkraft seien normal, Parästhesien und sensible Defizite bestünden nicht. Als vorläufige Diagnose sei ein Grad 2 nach der Klassifikation der Quebec Task Force (QTF) zu nennen (Nackenschmerzen und muskuloskelettale Befunde, aber keine neurologischen Befunde und keine Fraktur oder Dislokation).

6.3 Dr. med. D.____ hält in seinem Bericht vom 27. Juli 2015 (Suva-Nr. 18) fest, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 22. Juni 2015. Dieser klage im Moment über Nacken- und Kopfschmerzen. Klinisch und neurologisch habe er keine Ausfälle. Angegeben würden Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Arme beidseits. Zu diagnostizieren seien eine Commotio cerebri und eine HWS-Distorsion Grad 2 mit Diskushernie HWK 4/5. Es handle sich um Unfallfolgen. Der Beschwerdeführer sei seit dem 16. Juni 2015 zu 100 % arbeitsunfähig, wahrscheinlich bis 15. August 2015 (Arbeitsaufnahme je nach Verlauf der Krankheit).

6.4 Der Beschwerdeführer erklärte am 11. August 2015, Dr. med. D.____ habe ihm Physiotherapie verordnet. Nach neun Anwendungen habe man nun eine Therapiepause gemacht, um zu sehen, ob die Beschwerden sich besserten. Er verspüre ständige Nackenschmerzen wechselnder Intensität, welche mit Kopfschmerzen einhergingen. Er könne deshalb nachts nicht richtig schlafen. Wenn er den Kopf nach hinten halte oder nach unten senke, verspüre er Schwindel und Übelkeit (Suva-Nr. 21).

6.5 Am 8. September 2015 war der Beschwerdeführer erstmals im Spital F.____, Spinale Chirurgie, in Behandlung. Im entsprechenden Bericht (IV-Nr. 104.3 S. 49 f.) wird festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich zur Beurteilung seiner seit dem Unfall bestehenden Nackenschmerzen mit Abstrahlung in den linken Arm vorgestellt. In der klinischen Untersuchung zeigte sich eine Schmerz-Schonhaltung mit Schulterhochstand linksseitig, die HWS-Beweglichkeit war in allen Richtungen massiv eingeschränkt. Die gleichentags erstellten Röntgenaufnahmen lieferten keinen Anhalt für Frakturen und keine Listhesen. Bei der Überprüfung der peripheren Neurologie fand sich eine leichte Schwäche im Bereich der Abduktion sowie der

Bizepsfunktion linksseitig, bei schwierig durchzuführender Untersuchung aufgrund der dadurch ausgelösten Schmerzen im HWS-Bereich. Bezüglich der im CT bereits leicht sichtbaren Diskushernie und der auch leicht angedeuteten Neurologie im Bereich des linken Arms habe man den Patienten zum MRI der HWS zur weiteren Diagnostik der Diskushernie C4/5 linksseitig verwiesen (IV-Nr. 104.3 S. 50). Die daraufhin veranlasste MRI der HWS vom 28. September 2015 (Suva-Nr. 40) ergab eine grosse Bandscheibenprotrusion paramedian und lateral links in Höhe HWK 4/5 mit höchstgradiger Komprimierung der C5-Wurzel links sowie eine kleine Bandscheibenprotrusion paramedian links in Höhe HWK 5/6 mit fokal mittelgradiger Komprimierung der C6-Wurzel präforaminal links. Die Ärzte des Spitals F.____ gelangten zum Schluss, die grosse Diskushernie C4/5 bilde das morphologische Korrelat für die vom Patienten geschilderte Beschwerdesymptomatik (Bericht vom 2. Oktober 2015, IV-Nr. 104.3 S. 47 f.) und der Beschwerdeführer entschied sich für eine Operation (Bericht vom 14. Oktober 2015, IV-Nr. 104.3 S. 46), was er der Beschwerdegegnerin am 14. Oktober 2015 telefonisch mitteilte (vgl. Suva-Nr. 38).

6.6 Am 9. November 2015 wurde der operative Eingriff durchgeführt (ventrale Dekompression, Diskektomie sowie Einlage eines Pina Cage C4/5). Die Indikation sei aufgrund persistierender Nackenschmerzen sowie Schultergürtel- und Armschmerzen auf der linken Seite gestellt worden (Suva-Nr. 51). Laut dem Austrittsbericht vom 13. November 2015 (Suva-Nr. 58; vgl. auch Suva-Nr. 50) zeigte eine radiologische Kontrolle nach Mobilisation eine regelrechte Lage des eingebrachten Materials. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

6.7 Der Suva-Kreisarzt Dr. med. G.____ bejahte am 23. November 2015 die Frage, ob der operative Eingriff vom 9. November 2015 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Unfallereignis vom 16. Juni 2015 zurückzuführen sei (Suva-Nr. 53). Dr. med. D.____ berichtete am 7. Januar 2016 über einen guten Verlauf. Die Armschmerzen seien besser geworden, die Prognose sei gut (Suva-Nr. 59). Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin jedoch am 14. Januar 2016 telefonisch mit, es bestünden weiterhin Schmerzen im Bereich Wirbelsäule, Nacken und Arme (Suva-Nr. 60).

6.8 Eine CT-Untersuchung vom 1. März 2016 ergab, dass sich die Pina-Cage-Einlage um ca. 5 mm nach ventral disloziert hatte. Bei durch den Beschwerdeführer angegebenen Cervikalgien und Schluckbeschwerden wurde die Indikation zur Reoperation gestellt (Bericht von Dr. med. H.____, Spital F.____, Spinale Chirurgie, vom 1. März 2016, Suva-Nr. 68). Diese wurde am 4. April 2016 durchgeführt (ventrale Revision und Neuanlage eines Pina-Cages unter zusätzlicher ventraler Plattenverriegelung; Operationsbericht vom 11. April 2016, Suva-Nr. 79 S. 4 f.). Laut dem Austrittsbericht vom 9. April 2016 waren die Schmerzen an Hals und Schultergürtel in der Folge leicht regredient, die Schluckbeschwerden komplett regredient, die Sensibilitätsstörung und die muskuläre Schwäche unverändert. Es wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für drei Monate attestiert.

6.9 Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin am 12. Mai 2016 telefonisch mit, sein Befinden sei unverändert. Es bestehe nach wie vor ein Fremdkörpergefühl beim Schlucken und er habe Nackenschmerzen, die bis in die Schultern ausstrahlten (Suva-Nr. 81).

6.10 Die Beschwerdegegnerin veranlasste in der Folge eine neurologische Untersuchung im Spital F.____ (vgl. Suva-Nr. 83). Diese fand am 16. August 2016 statt. Die an diesem Datum durchgeführte MRI-Untersuchung (Suva-Nr. 98) zeigte auf Höhe HWK 4/5 eine nach der Reoperation regrediente, jedoch im unteren Anteil noch vorhandene präforaminale Einengung der C5-Wurzeln links im Rahmen einer Unkovertebralarthrose, auf HWK 5/6

eine breitbasige Bandscheibenprotrusion und Uncovertebralarthrose mit konstanter bis allenfalls leicht zunehmender präforaminaler Einengung der C6-Wurzeln linksbetont. Im Bericht vom 30. August 2016 (Suva-Nr. 104) wird zu Beurteilung und Prozedere ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestehe ein linksbetontes zervikobrachiales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Trauma im Juni 2015 und zweimaliger operativer Intervention. Im Rahmen der klinisch-neurologischen Untersuchung habe vor allem die paravertebrale Verspannung der Muskulatur imponiert. Eine dezidierte Kraftprüfung sei nicht möglich gewesen. Hinweise für eine Affektion der langen Bahn hätten sich im Rahmen der Untersuchung nicht sicher ergeben. Im Hinblick auf eine mögliche Verletzung des Myelons im HWS-Bereich werde man den Beschwerdeführer bei den Kollegen der Elektrophysiologie für MEPs und SSEP für die oberen und unteren Extremitäten aufbieten lassen. Laut dem entsprechenden Bericht vom 24. August 2016 (Suva-Nr. 107) ergaben die Medianus- und Tibialis-SSEP Normalbefunde. 6.11 Dr. med. H.____, Spital F.____, Spinale Chirurgie, berichtete am 8. September 2016 erneut über den Beschwerdeführer. Er hielt fest, dieser präsentiere sich klinisch weitestgehend unverändert zur Voruntersuchung. Nach wie vor führend sei eine chronische Nackenschmerzproblematik mit erheblicher Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, Hypertonisierung der paravertebralen Muskulatur und zeitweise Schmerzausstrahlung in die Schulterregion beidseits. Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Langfristig stehe eine Rückkehr in den ausgeübten Beruf als Bauarbeiter sehr in Frage, es sei an Umschulungsmassnahmen zu denken (Suva-Nr. 96). 6.12 Der Kreisarzt Dr. med. G.____ gibt in seiner Stellungnahme vom 13. Oktober 2016 (Suva-Nr. 108) zunächst den wichtigsten Inhalt der Vorakten wieder. In der Beurteilung hält er zunächst fest, die nach dem Vorfall vom 16. Juni 2015 erstellten bildgebenden Aufnahmen (Röntgen HWS mit Dens axis vom 16. Juni 2015; CT Neurocranium und HWS vom 18. Juni 2015; MRI der HWS vom 28. September 2015) hätten keine strukturell objektivierbaren Läsionen aufgrund des Ereignisses vom 16. Juni 2015 gezeigt. Die linkslaterale Diskushernie C4/5 (Röntgen vom 16. Juni 2015) respektive die Bandscheibenprotrusion paramedian und lateral links in Höhe C4/5 mit höchstgradiger Komprimierung der Wurzel C5 links (MRI vom 28. September 2015) seien unfallfremd. Durch das Ereignis vom 16. Juni 2015 sei es zu einer Prellung im Bereich der HWS gekommen. Eine solche Prellung sei spätestens zwölf Monate nach dem Unfallereignis vollständig abgeheilt. Eine Prellung der HWS stelle eine vorübergehende Verschlimmerung eines unfallfremden Vorzustandes dar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spielten Unfallfolgen im Bereich der HWS ab dem 31. Mai 2016 keine Rolle mehr. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei auch von weiteren Behandlungen im Bereich der HWS keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. Heute noch bestehende Beschwerden seien auf die unfallfremden Bandscheibenveränderungen zurückzuführen. Am 16. August 2016 habe sich der Beschwerdeführer in der neurologischen Abteilung des Spitals F.____ vorgestellt. Es sei ein linksbetontes cervicobrachiales Schmerzsyndrom diagnostiziert worden. Im weiteren sei eine elektrophysiologische Untersuchung vom 24. August 2016 veranlasst worden. In dieser hätten sich unauffällige Medianus-Tibialis-SSEPs gezeigt. Am 30. August 2016 habe sich der Beschwerdeführer in der Wirbelsäulenabteilung des Spitals F.____ vorgestellt. Eine Röntgendiagnostik der HWS vom 30. August 2016 und eine MRI-Diagnostik der HWS vom 16. August 2016 hätten in der MRI-Diagnostik eine noch vorhandene präforaminale Einengung der C5-Wurzel links gezeigt. Bezüglich der Cage-Einlage bestünden radiologisch eine stationäre Materiallage, keine Lockerungszeichen und kein Materialbruch.

Der Beschwerdeführer leide gemäss Bericht des Spitals F.____ vom 16. August 2016 noch unter cervicobrachialen Schmerzen linksbetont. Diese linksbetonten cervicobrachialen Schmerzen stünden nicht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 16. Juni 2015. Es sei am 16. Juni 2015 zu einer Prellung im Bereich der HWS gekommen. Am 9. November 2015 und am 4. April 2016 hätten operative Eingriffe in der Phase der vorübergehenden Verschlechterung aufgrund der Prellung der HWS stattgefunden. Die in der Operation vom 9. November 2015 behandelten Diagnosen seien unfallfremd. Die Operation vom 4. April 2016 habe aufgrund einer Komplikation durchgeführt werden müssen und stelle einen Revisionseingriff dar.

6.13 Im Einspracheverfahren holte die Beschwerdegegnerin eine weitere Stellungnahme des Kreisarztes Dr. med. G.____ ein mit der Frage, warum die linkslaterale Diskushernie C4/5 und die kleine Bandscheibenprotrusion paramedian links bzw. die bildgebend erhobenen Befunde als solche nicht unfallbedingt seien (Suva-Nr. 131). Dr. med. G.____ führte in seiner Antwort vom 19. Dezember 2016 (Suva-Nr. 132) aus, dem Beschwerdeführer, der einen Helm getragen habe, sei eine 2 kg schwere Schraube auf den Hinterkopf gefallen. Dieser Unfallmechanismus sei grundsätzlich nicht geeignet, eine Bandscheibenprotrusion (Bandscheibenvorwölbung) oder einen Bandscheibenprolaps (Bandscheibenvorfall) zu verursachen oder eine bestehende Bandscheibenprotrusion oder Bandscheibenprolaps richtunggebend zu verschlimmern. Im Erstuntersuchungsbericht vom 16. Juni 2015 aus dem Spital C.____ werde berichtet, dass der Beschwerdeführer kurz bewusstlos gewesen sei. Schmerzen seien vor allem im Hinterkopfbereich vorhanden gewesen, ausserdem im Bereich der oberen HWS. Es werde dokumentiert, dass die periphere Durchblutung, Motorik und Sensibilität allseits intakt gewesen seien. Die Reflexe seien seitengleich schwach auslösbar gewesen. Dies zeige, dass echtzeitlich nach dem Unfallereignis keine fokale neurologischen Defizite aufgrund einer HWS-Verletzung vorgelegen hätten. Aufgrund des echtzeitlichen neurologischen Befundes und des Unfallmechanismus sei festzustellen, dass die diagnostizierten Bandscheibenveränderungen in der CT- und MRI-Bildgebung nicht auf das Ereignis vom 16. Juni 2015 zurückzuführen seien.

6.14 Das Versicherungsgericht hat im Beschwerdeverfahren eine Stellungnahme beigezogen, welche Prof. Dr. med. R.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, als beratender Arzt der Krankentaggeldversicherung K.____ am 7. November 2016 abgegeben hat (A.S. 136 ff.). Dr. med. R.____ führt nach einer auszugsweisen Zusammenfassung der Vorakten aus, im Zentrum stehe die Frage der natürlichen Kausalität der Bandscheibenproblematik auf dem Niveau C4/5. Anlässlich des stationären Aufenthalts im Spital F.____ sei eine symptomatische grosse Diskushernie auf dem Niveau C4/5 beschrieben worden. Diese Diskushernie habe von Anfang an, seit dem Unfall, Beschwerden verursacht mit begleitender radikulärer Symptomatik, die im Austrittsbericht des Spitals F.____ (vgl. E. II. 6.6 hiervor) als Kribbelparästhesien sowie vom Nacken in den linken Arm ausstrahlende Schmerzen beschrieben worden seien. Dem widerspreche allenfalls die Beschreibung der zeitnahen Symptomatik in den Unterlagen aus C.____, die keine radikuläre Symptomatik aufweise. Es sei allerdings keine fachneurologische Untersuchung vorgenommen worden, so dass diagnostisch Unsicherheiten bestünden. Tatsache sei jedenfalls, dass unmittelbar im Zusammenhang mit dem Ereignis Nackenbeschwerden geäussert worden seien und eine Diskushernie C4/5 im Bericht des Spitals C.____ notiert sei. Auch sei der Beschwerdeführer seit dem Ereignis zu 100 % arbeitsunfähig. Das Studium des Operationsberichts vom 9. November 2015 (Spital F.____) lasse erkennen, dass es sich um Bandscheibenmaterial handle, das noch unter einem gewissen intradiskalen Druck stehe. Die Beschreibung spreche für einen noch nicht

erheblich degenerativ veränderten Intervertebralraum. Es sei allerdings bestens bekannt, dass im Alter von 39 Jahren auch beim asymptomatischen Probanden die Bandscheibendegeneration längst begonnen habe. Diese Tatsache könnte zur Annahme verleiten, dass es sich im vorliegenden Fall ebenfalls um den normalen alterstypischen Verschleiss der Elemente der Halswirbelsäule drehe. Diese Feststellung stimme beim Beschwerdeführer bis zum Zeitpunkt des Unfalls, der «in puncto traumatischer Schädigung» der Halswirbelsäule alle Elemente besitze, die nach der Rechtsprechung zur Anerkennung der Diskushernie als Unfallfolge führen müssten. Nach einer medizinischen Erfahrungstatsache könne eine Diskushernie nur dann als weitgehend unfallbedingt bezeichnet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet ist, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und wenn die Symptome der Diskushernie (vertebrales und radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten. Diese Voraussetzungen seien beim Beschwerdeführer im Rahmen des Ereignisses vom 16. Juni 2015 gegeben. Es habe sich bei der HWS-Schädigung um eine solche Traumatisierung gehandelt, die trotz des Tragens des Schutzhelms zu einer Commotio cerebri geführt habe. Ob es sich um eine Kontusion, Distorsion oder Mischform von verschiedenen mechanischen Einwirkungen auf die HWS gehandelt habe, sei schwer zu eruieren. Fakt sei, dass der Impakt ausgereicht habe, um eine Commotio hervorzurufen. Mithin habe auch die Halswirbelsäule ein mechanisches Moment erhalten, das zu einer Schädigung ausgereicht habe. In der Fachklinik sei eine grosse Diskushernie diagnostiziert worden. Diese habe bei der operativen Exploration des Bandscheibenfachs C4/5 am 9. November 2015 noch einen gewissen intradiskalen Druck aufgewiesen, wie aus den Angaben im Operationsbericht hervorgehe. Mithin handle es sich nicht um einen Zustand der Wirbelsäulenalterung, der sich alterstypisch langsam über Jahre entwickelt habe, sondern um einen akuten Prozess mit Initiierung am 16. Juni 2015. In diesem Zusammenhang sei an das oftmals sequentielle Austreten von Bandscheibenmaterial aus einer lädierten Bandscheibe bzw. dem gerissenen Anulus fibrosus zu erinnern. Insofern müsse das Vollbild der Bandscheibenherniation nicht gleich am Anfang vorliegen wie beim Massenprolaps. Aus Gesagtem gehe hervor, dass der kreisärztlichen Beurteilung vom 23. Oktober 2016 versicherungsmedizinisch nicht gefolgt werden könne. Es lägen alle Elemente vor, die eine natürliche Unfallkausalität der Bandscheibenhernie C4/5 wahrscheinlich machten. Es liege befundmässig keine Protrusion vor, wie der Kreisarzt notiere, sondern eine Herniation, d.h. ein Bandscheibenvorfall mit Austreten von Nucleus pulposus-Material in den Spinalkanal. Eine nur vorübergehende Verschlimmerung des Vorzustandes sei nicht anzunehmen, da es keinesfalls erwiesen sei, dass der Beschwerdeführer über den Spontanverlauf der alterstypischen Degeneration der Bandscheiben der HWS hinaus (die im übrigen vorwiegend auf Höhe des Niveaus C5/6 ablaufe, also ein «Stockwerk» tiefer) den Status quo sine jemals wieder erreicht haben könnte. Vorliegend sei von einer richtungsgebenden Verschlimmerung des alterstypischen degenerativen Befundes an der HWS auszugehen, die nicht in einen späteren gemeinsamen Verlauf mit Elementen aus Degeneration und Traumaeinwirkung der degenerativen HWS-Schädigung im Sinne des Status quo sine einmünde, sondern zu einer dauernden Schädigung geführt habe. Der Beurteilung der am 9. November 2015 operierten Diskushernie auf dem Niveau C4/5 durch den Kreisarzt als vorübergehende Verschlimmerung eines Vorzustandes (Protrusion der Bandscheibe C4/5) mit dem Erreichen des Status quo sine nach einem Jahr, könne nicht gefolgt werden. Wie der weitere Verlauf mit zweimaligen Operationen zeige, sei auch durch die operativen Eingriffe nur

eine eingeschränkte Besserung der Symptome möglich gewesen. Der weitere Verlauf bleibe abzuwarten. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass eine traumatisch am 16. Juni 2015 entstandene Diskushernie auf dem Niveau C4/5 zu einer dauernden und richtungsgebenden Verschlimmerung eines alterstypischen degenerativen Vorzustandes an der HWS geführt habe.

6.15 Dr. med. H. ___ diagnostizierte am 25. Januar 2017 einen Status nach Revisionsoperation ACDF C4/5 von links nach traumatisch bedingter zervikaler Herniation der Bandscheibe C4/5 links, eine chronische Zervikalgie mit Affektion der paravertebralen Muskulatur bei breitbasiger Diskushernie C5/6 sowie relativer Neuroforaminalstenose C5/6 beidseits sowie generalisierte Rückenschmerzen bei deutlicher Parästhesie bei Berührungsreizen. Klinisch führend seien nach wie vor bestehende Zervikalgien (Schmerzempfindung wie Nadelstiche) im Bereich des Nackens Richtung Occiput strahlend. Neue sensomotorische Defizite bezüglich der Extremitäten seien nicht vorliegend. Für ihn, Dr. med. H. ___, zeige sich in der klinischen Untersuchung kein direkter Hinweis auf eine bestehende Myelopathie. Zur weiteren Abklärung einer fraglich bestehenden zervikalen Myelopathie werde der Beschwerdeführer zur ambulant-neurologischen Untersuchung an Dr. med. S. ___ überwiesen (IV-Nr. 104.3 S. 19). Diese Ausführungen folgen auf frühere Berichte, in welchen Dr. med. H. ___ bereits neuropathische Schmerzen zur Diskussion gestellt hatte (IV-Nr. 104.3 S. 20 - 31). Am 31. Januar 2017 wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. S. ___, Facharzt für Neurologie FMH, untersucht (IV-Nr. 104.3 S. 12 ff.). Dr. med. S. ___ führt aus, im MRI der HWS vom 24. Januar 2017 (vgl. IV-Nr. 104.3 S. 15) erkenne man einen Status nach ventraler Spondylodese HWK4/5 und eine Diskusprotrusion C5/6, mit auf der axialen Aufnahme Aufhebung des Subarachnoidalraums ohne Myelopathie-Signal. Die Vorgeschichte sei aktenmässig nicht näher dokumentiert, soweit rekonstruierbar habe am 16. Juni 2015 ein Unfall mit offenbar traumatischer Diskusherniation C4/5 links stattgefunden, mit Erstoperation im November 2015 und dann Stabilisierung im April 2016. Es persistierten Nackenschmerzen mit einer Ausstrahlung in den linken Arm, wobei ein MRI der HWS vom 24. Januar 2017 nun bei C5/6 eine grössere mediane Protrusion mit Kontakt zum Myelon zeige, mit Aufhebung des Subarachnoidalraums und gemäss Angaben des zuweisenden Arztes Dr. med. H. ___ auch bilateral foraminale Einengung. Von der Anamnese her mit der Schmerzausstrahlung in den linken Arm wäre, so Dr. med. S. ___ weiter, eine radikuläre Reizsymptomatik der Wurzel C8 denkbar. Das radikuläre Provokationsmanöver sei jedoch negativ. Eine zuverlässige Kraftprüfung sei schmerzbedingt schwierig, soweit beurteilbar fehlten aber Paresen. Die Sensibilität gebe der Patient am Oberarm aussen und am Vorderarm ulnar als vermindert an, wobei myographisch im Deltoideus (C5) und am Interosseus dorsalis I (C3) keine axonalen Schädigungszeichen nachweisbar seien. Wegen ausgeprägter Schmerzhaftigkeit habe die myographische Untersuchung abgebrochen werden müssen. Der gut auslösbare BSR schliesse aber eine relevante Radikulopathie von C6 links eigentlich aus. Zusammengefasst sei die Ausstrahlung in den linken Arm zum aktuellen Zeitpunkt als «pseudoradikulär» zu werten. Es ergäben sich klinisch auch keine Hinweise auf das Vorliegen einer Myelopathie.

6.16 6.16.1 Der Beschwerdeführer liess im Beschwerdeverfahren das der Krankentaggeldversicherung K. ___ erstattete rheumatologische Gutachten von Dr. med. I. ___ vom 17. Mai 2017 (Urkunde 1*) einreichen. Dr. med. I. ___ führt zunächst die ihm vorliegenden Akten auf, beginnend mit einem Bericht von Dr. med. H. ___ vom 9. Oktober 2016 (vgl. IV-Nr. 104.3 S. 24 f.). In seiner Beurteilung führt er aus, der Beschwerdeführer beschreibe eine nach einem Unfallereignis mit offenbar direkter Nackenkontusion ohne Weichteilverletzungen durch

eine 2 kg schwere Eisenmutter entstandene Schmerzsituation. Deren Abklärung habe gemäss Aktenlage eine grosse Diskushernie C4/5 mit dazu korrelierenden motorischen Defiziten gezeigt, so dass sich die behandelnden Ärzte der Spinalen Chirurgie des Spitals F. ___ zu einer dekomprimierenden und das Segment C4/5 stabilisierenden Operation entschieden hätten. Wegen Dislokation des bei der Erstoperation eingebrachten Cages sei im Verlauf eine Revisionsoperation nötig geworden, durch die das vom Beschwerdeführer zwischenzeitlich beklagte Schmerzsyndrom der Nackenregion mit Ausstrahlung zum linken Arm ebenso wenig beeinflusst werden können wie durch die vormals durchgeführten konservativen sowie operativen Therapien. Bezüglich der unfallassoziierten Genese der Problematik seien in den Akten unterschiedliche Expertenmeinungen dokumentiert. Die Suva habe aufgrund der durch ihren Kreisarzt erstellten Einschätzung einer ungenügenden Wahrscheinlichkeit der Unfallkausalität ihre Leistungen Ende Oktober 2016 eingestellt. Neben dem Nackenschmerzenproblem seien im Verlauf, vermutlich im Rahmen einer fortschreitenden Dekonditionierung infolge Schonverhaltens und Bewegungsmangel, lumbospondylogene Symptome aufgetreten. Bei protrahiertem Verlauf mit Chronifizierungstendenz hätten die von den betreuenden Wirbelsäulenchirurgen zugezogenen Schmerzspezialisten ein komplexes Schmerzsyndrom diagnostiziert, bezüglich dessen noch ein Ausbau der konservativ schmerztherapeutischen Interventionen vorgesehen sei. Unabhängig von der aktuell im Vordergrund stehenden Nackenschmerzproblematik schildere der Beschwerdeführer bereits beim Erheben der Sozialanamnese eine langjährig seine beruflichen Perspektiven und den Erhalt einer Erwerbstätigkeit hindernde Rückenschmerzproblematik, die erstmals nach einem Sprung vom Gerüst während der Tätigkeit als Bauhandlanger aufgetreten sei und im Rahmen verschiedener Rezidive bereits wiederholte Kündigungen und Schwierigkeiten bei der beruflichen Reintegration zur Folge gehabt habe. Die aktuelle Untersuchung zeige einen 41-jährigen schlanken Versicherten in gutem Allgemeinzustand mit deutlichen «fear-avoidance-beliefs» und deutlichen nicht organischen Zeichen (Waddell-Zeichen) wie Massieren, Stöhnen und inadäquaten Fluchtreaktionen. Anhaltspunkte für eine Kompromittierung neuromeningealer Strukturen hätten auch in der aktuellen klinischen Untersuchung nicht erhoben werden können. Das arbeitsmedizinische Problem aus rheumatologischer Sicht bestehe in einer verminderten Belastbarkeit der Nackenregion für körperlich schwer belastende Tätigkeiten mit Heben und Tragen von schweren Lasten, Arbeiten mit gewichtsbelastet achsenfern erhobenen Armen sowie Arbeiten langdauernd vornübergeneigt oder im Überkopfbereich. Zumutbar erschienen alle diesen Einschränkungen gerecht werdenden, körperlich eher leicht belastenden Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen gehend, sitzend, stehend. Vorstellbar sei eine diese Vorgaben erfüllende Kontroll- oder Wachtätigkeit. Anhaltspunkte für ein Leiden aus dem entzündlich rheumatischen Formenkreis bestünden nicht.

6.16.2 Das Gutachten der Neurologin Dr. med. J. ___ vom 15. Juni 2017 (Beschwerdebeilage 2*) wurde ebenfalls der Krankentaggeldversicherung K. ___ erstattet. Dr. med. J. ___ untersuchte den Beschwerdeführer am 14. Juni 2017 klinisch und neurophysiologisch. Dem Gutachten lässt sich nicht entnehmen, welche Unterlagen der Ärztin vorlagen. Sie nimmt Bezug auf frühere Untersuchungen vom August 2016 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) und erwähnt ein Dossier der K. ___, so dass davon auszugehen ist, sie habe über dieselben Unterlagen verfügt wie Dr. med. I. ___. Zur Anamnese hält die Ärztin fest, der Beschwerdeführer habe stets im Temporärbereich gearbeitet. Im Mai 2015 habe er eine neue Vollzeitstelle auf dem Bau angetreten. Bis zum Unfall vom 16. Juni 2015 habe er im oberen Rücken- und

Zervikalbereich nie relevante Rückenschmerzen gehabt, ab und zu lumbale Rückenschmerzen, die aber mit den regelmässigen Bewegungen wie Fussball und leichtem Sport gut im Griff gewesen seien, so dass er immer arbeitsfähig gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe Zeit seines Lebens in körperlich schweren Berufen wie Post, Lager, etc. gearbeitet, was ihm aber nie Schwierigkeiten bereitet habe. Bereits nach dem Unfall vom Juni 2015 habe man ihm von der Möglichkeit von ausstrahlenden Schmerzen in den linken Arm berichtet. Am Anfang hätten die Schmerzen vorwiegend zervikal bestanden, nach wenigen Wochen seien aber zunehmende in den linken Arm ausstrahlende Schmerzen aufgetreten, so dass im Herbst 2015 die weiteren Abklärungen erfolgt seien, mit Nachweis einer paramedian linksseitigen Diskushernie C4/5 mit Kompression der Wurzel C5 links und zusätzlich einer Bandscheibenprotrusion C5/6, damals ohne nennenswerte C6-Kompression. In der Folge sei es zu den Operationen von November 2015 und April 2016 gekommen. Diagnostiziert werden ein Status nach HWS-Kontusionstrauma am 16. Juni 2015, anhaltende chronifizierte Schulter-Armschmerzen linksbetont mit/bei starken myogelotischen Muskelverhärtungen, Schulterschiefstand links über rechts und fehltrainierter Muskulatur sowie eine Ulnaris-Reizsymptomatik links bei rezidivierendem Aufstützen des linken Ellenbogens mit/bei rezidivierenden Parästhesien in den Fingern I-II (Besserung durch Bewegung und Schütteln nachweisbar). Im Moment zeige sich ein schweres, chronisches Zervikalsyndrom, welches sich aufgrund der chronischen Fehlbelastung in diesen Muskeln selbst unterhalte und selber immer wieder verstärke. Nach den Ergebnissen der neurophysiologischen Untersuchungen liege keine axonale Schädigung der Wurzeln C5, C6, C7 und C8 vor, es zeige sich eine sensible Ulnaris-Reizsymptomatik, lokalisierbar auf den Sulcus ulnaris links, aber es liege keine Kompressionsneuropathie vor. Die langen Rückenmarks-Bahnen hätten in den evozierten Potenzialen (Medianus-SSEP, Tibialis-SSEP) im August 2016 normale Befunde gezeigt und auch klinisch zeige sich keine Veränderung, so dass die Wiederholung dieser Untersuchung im Moment keinen Sinn mache. Eine körperlich schwere Tätigkeit wie jene im Baubereich sei auch langfristig nicht mehr realistisch. Für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit (abwechselnd Sitzen, Stehen, Laufen, ohne Heben von Lasten ab 15 kg) sollte nach erfolgreicher Rehabilitation eine Arbeitswiedereingliederung angestrebt werden. Da aber doch eine Ganztagestätigkeit häufig mit einer Verstärkung der Rückenschmerzen verbunden sei, müsse der Stundenansatz (gemeint wohl: das zumutbare Pensum) im Moment noch offengelassen werden. Die Therapiemöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft, es bestehe ein erhebliches Potenzial mit dem Umtrainieren des Rückens. 6.17 Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ von Suva Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin geben in ihrer neurochirurgischen Beurteilung vom 20. September 2017 (A.S. 91 ff.) zunächst den Inhalt der Vorakten kurz zusammengefasst wieder. Anschliessend nehmen sie Stellung zur Frage, wann die Beschwerden, die zur operativen Therapie führten, aufgetreten sind. Weiter äussern sie sich zur Stellungnahme von Dr. med. I.____ (E. II. 6.16.1 hiervor), zum Auftreten einer neurologischen Symptomatik nach dem Ereignis vom 16. Juni 2015, zu den kreisärztlichen Berichten sowie zur Bildgebung. Als Schlussfolgerung wird festgehalten, der Beschwerdeführer sei vom 16. bis 19. Juni 2015 zur neurologischen Überwachung bei leichtem Schädel-Hirn-Trauma hospitalisiert gewesen. Während des dreitägigen stationären Aufenthaltes seien keine neurologischen Ausfälle, keine radikuläre Schmerzausstrahlung oder mit einer Myelonkompression vereinbaren Befunde festgestellt worden. Die am 18. Juni 2015 erfolgte radiologische Bildgebung des Kopfes und der HWS schliesse eine traumatische Verletzung im Bereich des Kopfes und der HWS aus, bei Nachweis eines

grossen linkslateralen Bandscheibenvorfalls HWK 4/5 links sowie einer Bandscheibenvorwölbung HWK 5/6 mit Kompression der Nervenwurzel C6. Nach Einholung einer fachspezifischen Meinung (Neurochirurgische F.____) habe keine Operationsindikation bestanden, dies bei fehlenden klinischen Zeichen einer Nervenwurzelkompression. Im Verlauf sei es zum Auftreten einer leichten motorischen Schwäche und einer Operation im November 2015 sowie einer Revision im April 2016 gekommen. Bei vorbeschriebenen «pseudoradikulären» Schmerzen im linken Arm 2014 fehlten typische neurologische Symptome eines traumatisch entstandenen Bandscheibenvorfalls. Ohne radikuläre Schmerzen in den echtzeitlichen Dokumentationen, bei Fehlen dokumentierter traumatischer Läsionen in der Bildgebung und im Operationsbericht und bei Vorliegen degenerativer Veränderungen in der betroffenen Etage HWK 4/5 und u.a. HWK 5/6, der nicht betroffenen Höhe, mit Kompression der Nervenwurzel C6 links, sei die Kausalität zwischen dem Ereignis vom 16. Juni 2015 und den beklagten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht gegeben. Die Operationen hätten eine unfallfremde Ursache bei bereits 2014 vorbeschriebenen Beschwerden und seien in der Phase der vorübergehenden Verschlimmerung eines unfallfremden Vorzustandes mit unfallfremder Indikation erfolgt. An der Leistungseinstellung könne auch in Kenntnis der Stellungnahme von Dr. med. I.____ und der darin ausführlich wiedergegebenen Einschätzung von Dr. med. R.____ (E. II. 6.14 hiervor) festgehalten werden. 6.18 Am 21. Januar 2016 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 73), nachdem ihn die Suva dazu aufgefordert hatte (IV-Nr. 75). Die IV-Stelle traf Abklärungen und holte schliesslich ein polydisziplinäres (Orthopädie, Psychiatrie, Neurochirurgie, Neurologie, Allgemeine Innere Medizin) Gutachten der Abklärungsstelle T.____ vom 11. Oktober 2017 ein (IV-Nr. 104.1). Diesem lassen sich insbesondere die folgenden vorliegend interessierenden Informationen entnehmen: 6.18.1 Die allgemein-internistische Sicht ergab keine Erkrankung aus diesem Fachgebiet (IV-Nr. 104.1 S. 66 f.). 6.18.2 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. U.____ stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne solche Auswirkung nannte er «Stress nicht anders klassifiziert z.B. bei körperlichen Erkrankungen, ICD-10 Z73.3». Die durch den Vorgutachter der Abklärungsstelle O.____ im Jahr 2003 diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. II. 6.1.2 hiervor) wird mit entsprechender Begründung verneint. Zum Fähigkeitsprofil führt Dr. med. U.____ aus, der Beschwerdeführer sei intellektuell in der Lage, sich Neues einzuprägen, dieses auch beruflich anzuwenden und zu nutzen. Er könne Entscheidungen treffen und sich auch bei Bedarf in adäquater Weise behaupten. Er sei in ausreichendem Mass flexibel und anpassungsfähig. Er verfüge über ein gutes soziales Netz, sei kommunikativ und zu interpersonellen Beziehungen befähigt (IV-Nr. 104.1 S. 21). 6.18.3 Der orthopädische Teilgutachter Dr. med. V.____ hält in seiner Beurteilung fest, die Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule zeigten sich in ihrer Beweglichkeit jeweils frei. Geringgradig bestehe eine rechtskonvexe Thorakalskoliose und eine linkskonvexe Lumbalskoliose. Eine Wirbelsäulenfehlstatik von bedeutsamer funktioneller Einschränkung sei dies nicht. Der Beschwerdeführer beklage Druckschmerz über den Halswirbeln 3 bis 7 und über dem Lendenwirbel 5. Im Verhalten vor und nach der körperlichen orthopädischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf ein Schmerzgeschehen ergeben. Die geklagten Druckempfindlichkeiten seien insbesondere angesichts der freien Wirbelsäulenbeweglichkeit und schmerzfrei imponierenden Bewegungsabläufe, auch bei komplexen Bewegungsprüfungen, nicht nachvollziehbar. Die Anamnese mit den

durchgeführten zwei Operationen an der HWS und die aktuellen radiologischen und MRI-bildmorphologischen Gegebenheiten liessen jedoch wiederkehrend auftretende funktionelle Irritationen an der Wirbelsäule erklärlich werden. Diese Irritationen liessen Tätigkeiten in endgradiger Re- und Inklinatlon der HWS, Tätigkeiten mit Wirbelsäulenmonotonien, Tätigkeiten mit lang anhaltenden statischen Belastungen der Wirbelsäule und lange Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse als nicht mehr zumutbar erscheinen. Zudem erschienen mehr als gelegentlich auszuführende mittelschwere und alle schweren körperlichen Tätigkeiten als ungünstig. Dr. med. V. ___ stellte folgende Diagnosen: · Chronisch wiederkehrende Zervikalgien und Zervikobrachialgien links bei Status nach Diskushernienoperation C4/5 links im November 2015 und Spondylodese C4/5 im April 2016 bei degenerativen HWS-Veränderungen und Bandscheibenprotrusion im Segment C5/6 mit Spinalkanalstenose ohne Myelopathie · Wiederkehrende Dorsolumbalgien bei rechts-linksconvexer thorakolumbalen Skoliose mit degenerativen BWS- und LWS-Veränderungen, Status nach Morbus Scheuermann und bei Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten L4/5 und L5/S1 – MRI der LWS im März 2014. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte die orthopädische Begutachtung zum Ergebnis, der Beschwerdeführer könne die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr ausüben (was bereits im früheren Gutachten von 2003 so festgestellt worden sei), während er in einer idealen Verweistätigkeit nach Ablauf des dritten Monats nach der Operation vom 4. April 2016 überwiegend wahrscheinlich vollumfänglich einsetzbar sei (IV-Nr. 104.1 S. 43 f.). 6.18.4 Im neurochirurgischen Teilgutachten wird nach einer kurzen Zusammenfassung der Vorakten die Aussage des Beschwerdeführers wiedergegeben, er habe seit dem Unfall vom 16. Juni 2015 immer starke Nackenschmerzen. Etwa zwei Monate nach dem Unfall sei es dann zu einer Schwäche und einem tauben Gefühl im linken Arm gekommen, von den Fingern drei bis fünf nach oben ziehend, zunächst ein taubes Gefühl und dann «wie Nadeln». Er sei dann zum Hausarzt gegangen, der ihn an das Spital F. ___ überwiesen habe (IV-Nr. 104.1 S. 46). In der Beurteilung führt die neurochirurgische Gutachterin Dr. med. W. ___ aus, es beständen Hypästhesien im linken Arm, keiner Nervenwurzel zuzuordnen. Ein Teil der Gefühlsstörungen könnte für eine Irritation des Nervus ulnaris im Sulcus ulnaris sprechen. Die Schmerzangaben mit den Bewegungseinschränkungen erschienen überwiegend funktionell, teilweise bedingt durch muskuläre Dysbalancen, sie seien am ehesten pseudoradikulär. Beim Beschwerdeführer erschienen nachvollziehbar rezidivierende Rückenschmerzen bei vorbestehender Wirbelsäulenfehlhaltung im thorakalen und lumbalen Bereich. Die angegebenen Gefühlsstörungen mit Hitzegefühl in Füssen und Unterschenkeln, insbesondere nachts, könnten nicht eindeutig der Wirbelsäule zugeordnet werden. Die Beschwerden im linken Arm seien teilweise noch als Residualsyndrom zu werten, ebenso auch die geklagten Nackenschmerzen, wobei jedoch die Intensität nicht so ausgeprägt bewertet werde, dass sie eine völlige Arbeitsunfähigkeit verursachen würden. Es sei insofern von einer verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule und des linken Arms auszugehen und einer daraus resultierenden verminderten Leistungsfähigkeit. Aufgrund der angegebenen Schmerzen, Gefühlsstörungen und nicht ausschliessbaren Schwächen im linken Arm sowie der vorbestehenden thorako-lumbalen Skoliose und der stattgehabten Operation bestehe eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Hierbei sollten insgesamt leichte bis zeitweise mittelschwere Tätigkeiten, welche bestimmten Anforderungen genügen, noch möglich sein, schwere Arbeiten erschienen als nicht mehr zumutbar. Nicht zumutbar seien insbesondere Tätigkeiten mit wiederholtem

Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 10 - 15 kg, insbesondere in repetitiver Form und mit vorgebeugtem Oberkörper. Des Weiteren seien keine Überkopfarbeiten und keine Tätigkeiten mit vermehrter Belastung des linken Arms zumutbar. Zusätzlich sollten Tätigkeiten auf unebenen Grundleitern, Gerüsten oder mit ständig übertragenden Vibrationen nicht erfolgen, ebenso wie in Zugluft oder Kälte. Darüber hinaus schienen jedoch leichte Arbeiten mit Wechselbelastung und überwachender oder organisatorischer Tätigkeit zumutbar (Arbeitsfähigkeit 100 %). Diese Zumutbarkeitsbeurteilung gelte ab ca. ¼ Jahr nach der Operation vom 4. April 2016 (IV-Nr. 104.3 S. 52 f.).

6.18.5 Die neurologische Teilgutachterin Dr. med. X. ___ hält in ihrer Beurteilung fest, seitens des klinisch neurologischen Befundes fänden sich nur wenige objektivierbare Befunde. Die Hirnnerven seien intakt, die Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft auslösbar. Angegeben werde eine Sensibilitätsstörung des linken Fusses, die in etwa dem Dermatom S1 entspreche, sowie eine streifenförmige Sensibilitätsstörung für alle Qualitäten vom linken Ohr über die linke Schulter, den Musculus deltoideus, am lateralen Oberarm, ulnaren Unterarm und die Finger drei bis fünf links entsprechend, diese sei keinem Dermatom oder peripheren Nerven sicher zuordenbar. Darüber hinaus werde eine generalisierte Kraftminderung für alle Bewegungen der linken Hand, des linken Unterarms und im Schultergelenk links angegeben (Kraftgrad M3), die sich nicht objektivieren lasse. So liessen sich keine Muskelatrophien feststellen, die bei Vorliegen von Paresen nach einem so langen Zeitraum zu erwarten wären, ebenso wenig liessen sich die demonstrierten Kraftminderungen den Dermatomen C4 bzw. C5 und C6 zuordnen. Darüber hinaus fänden sich keine Auffälligkeiten im Armhalteversuch, was bei einer so hochgradigen Parese ebenfalls zu erwarten wäre, auch Schürzen- und Nackengriff links seien möglich, wenn auch Schmerzen geäussert würden. Auch bei den Gangproben bestünden erhebliche Verdeutlichungstendenzen mit Angabe einer lumbalen Schmerzsymptomatik und einer zervikalen Schmerzsymptomatik, die sich nicht nachvollziehen lasse.

5 von 5

Waddellzeichen seien positiv. Auch mache der Beschwerdeführer im Gespräch, abgesehen von Schmerzäusserungen während der klinischen Untersuchung, keinen relevant schmerzgeplagten Eindruck. Zusammenfassend liessen sich bei Status nach den Operationen von November 2015 und April 2016 auf neurologischem Fachgebiet keine relevanten nachvollziehbaren Schädigungen objektivieren, unabhängig davon, dass die Vermutung einer traumatischen Hernie C4/5 links bei dem beschriebenen Unfallmechanismus schwer nachvollziehbar sei. Im Vordergrund scheine die Entwicklung einer Schmerzfehlverarbeitung und auch einer gewissen Aggravation zu stehen (IV-Nr. 104.1 S. 59).

6.18.6 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wird festgehalten (IV-Nr. 104.1 S. 26 f.), die angestammte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 16. Juni 2015 nicht mehr zumutbar. In einer ideal dem Leiden angepassten Tätigkeit unter konsequenter Einhaltung eines rückergonomischen Verhaltens sei der Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht mit einer Leistung von 100 % und einem Zeitpensum von 8,5 Stunden pro Tag einsetzbar. Geeignet seien leichte, gelegentlich mittelschwere Arbeiten, wobei Heben über 15 kg nur selten erforderlich sein sollte. Idealerweise arbeite der Beschwerdeführer rückergerecht wechselbelastend zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Nicht geeignet seien Tätigkeiten in endgradiger Re- und Inklination der HWS, lange statische Belastungen der Wirbelsäule, lange Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse und Wirbelsäulenmonotonien. Diese Beurteilung gelte ab Juli 2016 (drei Monate nach dem operativen Revisionseingriff an der HWS vom 4. April 2016).

7. 7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 17.

Januar 2017 auf die Einschätzungen des Kreisarztes Dr. med. G.____ vom 13. Oktober 2016 und 19. Dezember 2016 (E. II. 6.12, 6.13 hiervor). Nachdem das Gutachten von Dr. med. I.____ – mit den darin erwähnten Ausführungen von Dr. med. R.____ – eingereicht worden war, holte die Beschwerdegegnerin ausserdem die Beurteilung von Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ (E. II. 6.17 hiervor) ein und leitet ihren Standpunkt nunmehr vor allem aus dieser Einschätzung ab. Es stellt sich daher die Frage, ob diese versicherungsinterne neurochirurgische Stellungnahme als grundsätzlich beweiskräftig anzusehen ist und, bejahendenfalls, ob die gegenteilig lautenden Stellungnahmen mindestens geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen zu wecken vermögen (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Im Vordergrund steht dabei die Beurteilung durch Dr. med. R.____ (E. II. 6.14 hiervor). Das Gutachten von Dr. med. I.____ ist für die hier relevanten Fragestellungen nicht aussagekräftig, da dieser Arzt nur über einen geringen Teil der Vorakten verfügte – wobei insbesondere die unfallnahen Unterlagen fehlten – und keine eigene Stellungnahme zur Unfallkausalität abgibt. Auch die Stellungnahme von Dr. med. J.____ ist für die Belange des vorliegenden Verfahrens nicht weiterführend, weil davon auszugehen ist, dass ihr ebenfalls nur ein Teil der medizinischen Vorakten bekannt war. Zudem basiert ihre Beurteilung auf der Annahme, dem Beschwerdeführer habe die körperlich schwere Tätigkeit bis zum Unfall vom 16. Juni 2015 nie Probleme bereitet, was angesichts der inzwischen beigezogenen IV-Akten (E. II. 6.1 hiervor) als unzutreffend bezeichnet werden muss. Ferner äussert sich auch Dr. med. J.____ nicht zur Unfallkausalität.

7.2 7.2.1 Die Beurteilung von Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ beruht auf den vollständigen seit dem Unfallereignis verfassten Akten. Die durch das Gericht erst später eingeholte Beurteilung von Dr. med. R.____ vom 7. November 2016 (A.S. 136 ff.) lag zwar nicht vor, deren wichtigste Passagen werden aber im Gutachten von Dr. med. I.____ (E. II. 6.16.1 hiervor) wiedergegeben und in der Suva-internen Beurteilung diskutiert. Die Ausführungen der Suva-Ärzte sind in sich widerspruchsfrei, nachvollziehbar und schlüssig.

7.2.2 Inhaltlich legen Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ grosses Gewicht auf die Befunde, die während des an den Unfall anschliessenden dreitägigen Spitalaufenthalts im Spital C.____ festgehalten wurden. Sie halten fest, während der erwähnten Hospitalisation zur Überwachung bei leichtem Schädel-Hirntrauma seien keine neurologischen Ausfälle oder mit einer Nervenwurzel- oder Myelonkompression vereinbaren Befunde festgestellt worden. Die bildgebenden Befunde hätten einen Bandscheibenvorfall in Höhe HWK 4/5 links und eine Bandscheibenvorwölbung in Höhe HWK 5/6 mit Nervenwurzeleinengung links gezeigt. Es habe keinen Hinweis auf eine strukturelle Läsion wie Fraktur oder Luxation gegeben. Diese Angaben stimmen mit dem Austrittsbericht vom 18. Juni 2015 (Suva-Nr. 4) überein. Wie diesem weiter zu entnehmen ist, empfahlen die telefonisch konsultierten Ärzte der Neurochirurgie des Spitals F.____ bei fehlender radikulärer Symptomatik eine physiotherapeutische Therapie und bei Auftreten von neurologischen Symptomen eine erneute Rücksprache. Auch dies haben Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ korrekt festgehalten. Die bildgebenden Untersuchungen vom 16. Juni 2015 (Röntgen der HWS ap/lateral, Dens ap, Suva-Nr. 25) ergaben keine Fraktur oder Subluxation an der HWS. Am 18. Juni 2015 wurde wegen persistierenden Symptomen (Drehschwindel und Kopfschmerzen, Suva-Nr. 4 S. 2) eine CT Neurocranium und Hals nativ durchgeführt. Diese ergab im Neurokranium keine intrakranielle Traumafolge (wie Blutung oder Hirnkontusion), keine Fraktur an der Schädelkalotte/-basis und keinen Hämatosinus. An der HWS wurde keine Fraktur oder Subluxation festgestellt, es zeigte sich jedoch eine linkslaterale Diskushernie im Segment HWK 4/5 mit foraminaler und recessaler Impression

bzw. Affektion der Nervenwurzeln C5, C6 und C7 links (Suva-Nr. 26). Wie Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ weiter festhalten, ergibt sich aus den Bildern überdies auf der Etage HWK 5/6 eine Bandschreibenprotrusion (Vorwölbung) und Einengung der Nervenwurzel sowohl knöchern als auch durch Bandscheibenmaterial (A.S. 105 f.). 7.3 7.3.1 Die Suva-Ärzte führen aus, die am 18. Juni 2015 erfolgte radiologische Bildgebung des Kopfes und der HWS schliesse eine traumatische Verletzung im Bereich des Kopfes und der HWS aus. Weiter fehlten bei vorbeschriebenen «pseudoradikulären» Schmerzen im Jahr 2014 typische neurologische Symptome eines traumatisch entstandenen Bandscheibenvorfalles. Die Beschwerden seien auch deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal, weil in der echtzeitlichen Dokumentation keine radikulären Schmerzen erwähnt würden, die Bildgebung und der Operationsbericht keine traumatischen Läsionen zeigten und in der betroffenen Etage HWK 4/5 sowie u.a. HWK 5/6, der nicht betroffenen Höhe, degenerative Veränderungen ausgewiesen seien (A.S. 106 f.). 7.3.2 Demgegenüber bejaht Dr. med. R.____ die natürliche Unfallkausalität der Diskushernie C4/5. Er bezieht sich auf die von der Rechtsprechung formulierten Voraussetzungen. Danach ist ein Ereignis von besonderer Schwere erforderlich, das geeignet ist, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) müssen unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (vgl. E. II. 3.5 hiervor). Dr. med. R.____ gelangt zum Ergebnis, beide Voraussetzungen seien erfüllt. Die erforderliche besondere Schwere des Ereignisses leitet er aus dem Umstand ab, dass dieses trotz des Tragens eines Schutzhelms zu einer commotio cerebri geführt habe. Das frühzeitige Auftreten spezifischer Symptome ergibt sich nach seiner Beurteilung aus den Berichten des Spitals F.____. 7.4 7.4.1 Eine Commotio cerebri ist ein Zustand vorübergehender, schnell reversibler neurologischer Dysfunktion, der mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergeht. Der Verletzte hat oft eine Amnesie für die Zeit der Verletzung und/oder für die Zeit vor der Verletzung. Es bestehen aber keine neurologischen Auffälligkeiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis auf die medizinische Literatur). Eine Commotio cerebri rechtfertigt nicht ohne weiteres die Annahme, es liege ein Ereignis von der besonderen Schwere vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2016 vom 11. August 2016 E. 6.2.2 mit Hinweisen), wie es für die Verursachung einer Diskushernie vorausgesetzt wird. Soweit ersichtlich, hat das Bundesgericht bisher nie die in diesem Zusammenhang geforderte Schwere deshalb bejaht, weil die versicherte Person eine Commotio cerebri erlitten hatte. Inwiefern der Umstand, dass es zu einer Commotio cerebri kam, obwohl der Beschwerdeführer einen Helm trug, an der Beurteilung etwas ändern sollte, ist nicht ersichtlich. Der Unfallhergang als solcher – dem Beschwerdeführer fiel eine etwa 2 kg schwere Schraube oder Schraubenmutter aus einer Höhe von etwa 4 Metern auf den Nacken/Hinterkopf (vgl. E. II. 5 hiervor) – kann nicht als Ereignis von besonderer, ausserordentlicher Schwere betrachtet werden. Dies gilt unabhängig davon, ob der Aufprall im Bereich des Helms erfolgte (wovon Dr. med. R.____ ausgeht und wofür die echtzeitlichen Akten tendenziell eher sprechen) oder ob der Nacken unterhalb des Helms getroffen wurde (wie der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren geltend machen lässt). Es ist daher nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich ein Ereignis zugetragen hat, welches aufgrund seiner Schwere geeignet ist, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen. Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Abklärungsstelle T.____ hielt die neurologische Gutachterin Dr. med. X.____ denn auch fest, die Vermutung einer traumatischen Hernie C4/5 links sei bei dem beschriebenen

Unfallmechanismus schwer nachvollziehbar (E. II. 6.18.4 hiervor). Im gleichen Sinn äussert sich auch der Kreisarzt Dr. med. G.____ (E. II. 6.13 hiervor). 7.4.2 Nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist auch das unverzügliche Auftreten der Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom), denn solche finden in den Unterlagen, welche zeitnah zum Unfall vom 16. Juni 2015 abgefasst wurden, keine Erwähnung. Laut dem provisorischen Austrittsbericht des Spitals C.____, der am 18. Juni 2015, zwei Tage nach dem Unfall, verfasst wurde (E. II. 6.2.1 hiervor), und dem gleichentags ausgefüllten Dokumentationsbogen (E. II. 6.2.3 hiervor) klagte der Beschwerdeführer über Kopf- und Nackenschmerzen sowie Übelkeit (ohne Erbrechen), Schwindel und «müde Augen». Die Schmerzen wurden am Hinterkopf und im oberen Bereich der HWS lokalisiert, ohne Ausstrahlung. Die neurologische Überwachung auf der Intermediate-Care-Station verlief laut dem Austrittsbericht unauffällig, die klinischen Beschwerden waren unter analgetischer Therapie regredient. Die Röntgenuntersuchung ergab keine Fraktur oder Subluxation der HWS, in der CT-Untersuchung wurde eine intrakranielle Blutung oder Fraktur ausgeschlossen. Laut dem Dokumentationsbogen bestanden ein Druckschmerz auf Höhe C1 und seitlich davon bis zur Schulter beidseits ein Ruheschmerz und ein Stauchungsschmerz mit Ausstrahlung seitlich bis zur Schulter beidseits. Sehnenreflexe und Muskelkraft waren laut dem Dokumentationsbogen normal, Parästhesien und sensible Defizite bestanden nicht. Als vorläufige Diagnose wurde ein Grad 2 nach der Klassifikation der Quebec Task Force (QTF) genannt (Nackenschmerzen und muskuloskelettale Befunde, aber keine neurologischen Befunde und keine Fraktur oder Dislokation). Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) sind somit in den echtzeitlichen Unterlagen nicht dokumentiert. Auch im Protokoll über die Besprechung vom 11. August 2015 (Suva-Nr. 21) werden ständige Nackenschmerzen, Kopfschmerzen sowie bei Neigungen des Kopfes Schwindel und Übelkeit genannt. Dr. med. R.____ räumt denn auch ausdrücklich ein, die zeitnahe Symptomatik in den Unterlagen des Spitals C.____ weise keine radikuläre Symptomatik auf. Er relativiert dies mit dem Hinweis darauf, dass keine fachneurologische Untersuchung stattgefunden habe (vgl. A.S. 139). Diesbezüglich ist aber festzuhalten, dass laut dem Austrittsbericht vom 18. Juni 2015 bei Verdacht auf ein leichtes Schädelhirntrauma eine stationäre Aufnahme auf der Intensivpflegestation zur neurologischen Überwachung während 24 Stunden erfolgte. Es kann mit den Suva-Ärzten Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ (vgl. A.S. 103) davon ausgegangen werden, dass ausreichendes neurologisches Fachwissen vorhanden war, um diese neurologische Überwachung bei einem Patienten mit möglicher Hirnverletzung durchzuführen und Symptome wie in die Arme ausstrahlende Schmerzen, eine Kraftabschwächung der Armbewegung oder Zeichen einer Rückenmarkskontusion zu erkennen. Gemäss Austrittsbericht erfolgte eine Rückfrage bei den Ärzten der Neurochirurgie am Spital F.____, welche bei fehlender radikulärer Symptomatik eine physiotherapeutische Therapie und bei Auftreten von neurologischen Symptomen eine erneute Rücksprache empfahlen, also aufgrund der ihnen geschilderten Situation ebenfalls keinen weitergehenden Handlungsbedarf erkannten. Das Vorliegen einer radikulären Symptomatik wurde erst deutlich später beschrieben. Dass sie schon in zeitlicher Nähe zum Unfallereignis aufgetreten ist, kann nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten. Dieses Beweisergebnis, welches sich aus den Akten der Beschwerdegegnerin ergibt, wird durch die beigezogenen IV-Akten bestätigt und gestützt: Wie dargelegt (E. II. 6.18 hiervor), erklärte der Beschwerdeführer im Rahmen der neurochirurgischen Begutachtung durch Dr. med. W.____, er leide seit dem Unfall vom 16. Juni 2015 unter starken Nackenschmerzen.

Etwa zwei Monate nach dem Unfall sei es dann zu einer Schwäche und einem tauben Gefühl im linken Arm gekommen, von den Fingern drei bis fünf nach oben ziehend, zunächst ein taubes Gefühl und dann «wie Nadeln». Er sei dann zum Hausarzt gegangen, der ihn an das Spital F.____ überwiesen habe (IV-Nr. 104.1 S. 46). Dieser zeitliche Ablauf ist auch mit Blick auf die übrige Aktenlage plausibel, denn die Erstbehandlung im Spital F.____ fand am 8. September 2015 statt (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Dort wurde anschliessend die MRI-Untersuchung vom 28. September 2015 (IV-Nr. 87.62) veranlasst und schliesslich die Operation vom 9. November 2015 durchgeführt (Suva-Nr. 51). Damit bestätigt sich, dass die radikuläre Symptomatik erst in einem längeren zeitlichen Abstand zum Unfallereignis und nicht, wie von der Rechtsprechung gefordert, «unverzüglich» aufgetreten ist. Der These, die Diskushernie auf Höhe C4/5, welche im MRI vom 28. September 2015 festgestellt wurde, sei durch den Unfall vom 16. Juni 2015 verursacht worden, ist auch unter diesem Aspekt nicht zu folgen. 7.5 Zusammenfassend sind die von der Rechtsprechung entwickelten Voraussetzungen für die Annahme, die Diskushernie als solche sei durch den Unfall vom 16. Juni 2015 verursacht worden, nicht erfüllt. Mit Blick auf die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze (E. II. 3.5 hiervor) gilt dies auch für die These, der Unfall habe eine richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes bewirkt. Es trifft zwar zu, dass nach den beiden Operationen der Zustand vor dem Unfall (status quo ante) nicht mehr erreicht werden kann. Dies gilt aber nicht für den Zustand, wie er sich ohne den Unfall entwickelt hätte (status quo sine). 8. Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Diskushernie durch den Unfall vom 16. Juni 2015 weder verursacht noch richtunggebend verschlimmert wurde, Er bewirkte jedoch eine vorübergehende Verschlechterung. Nach der erwähnten unfallmedizinischen Erfahrungstatsache (E. II. 3.5 hiervor) beträgt die Dauer, während der eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr. Es lässt sich daher nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für das Ereignis vom 16. Juni 2015 mit dem 31. Oktober 2016 eingestellt hat. Dieser Entscheid wird auch durch die Ergebnisse der durch die IV-Stelle veranlassten Begutachtung durch die Abklärungsstelle T.____ gestützt. Diese gelangte zum Ergebnis, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe die von ihr attestierte Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit ab Juli 2016, drei Monate nach dem zweiten operativen Eingriff. 9. Angesichts der ursprünglich diagnostizierten HWS-Distorsion und des damals dokumentierten Beschwerdebildes (vgl. E. II. 6.2.1, 6.2.3 hiervor) ist es möglich, dass der Beschwerdeführer durch das Ereignis vom 16. Juni 2015 eine Verletzung erlitten hat, welche bezüglich ihrer Auswirkungen mit einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle vergleichbar ist, und im Einstellungszeitpunkt weiterhin an entsprechenden, organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Beschwerden litt. Inwieweit dies zutrifft, kann jedoch offen bleiben, denn diesbezüglich wäre, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darlegt, die Adäquanz des Kausalzusammenhang mit dem Unfall zu verneinen. Nach der medizinischen Aktenlage im vorliegenden Verfahren, welche durch die beigezogenen IV-Akten, namentlich das Gutachten der Abklärungsstelle T.____ bestätigt, konnte Ende Oktober 2016 von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung hinsichtlich der Unfallfolgen keine namhafte Besserung mehr erwartet werden, so dass der Zeitpunkt für die Adäquanzprüfung erreicht war. Der Unfall vom 16. Juni 2015 ist im Rahmen der entsprechenden Kategorisierung (vgl.

BGE 117 V 359 E. 6a S. 366 f.) als mittelschwer im engeren Sinn zu qualifizieren, so dass mindestens drei der sieben relevanten Kriterien (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130) erfüllt sein müssten. Dies ist jedoch nicht der Fall: Wie die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid zu Recht dargelegt hat, könnte allenfalls das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen infrage kommen, dies jedoch nicht in besonders ausgeprägter Form, während die übrigen Kriterien zu verneinen sind. Dies wird im Beschwerdeverfahren denn auch nicht substantiiert bestritten. 10. Nach dem Gesagten lässt es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für das Unfallereignis vom 16. Juni 2015 mit dem 31. Oktober 2016 eingestellt hat. Der Einspracheentscheid vom 17. Januar 2017 lässt sich daher nicht beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 5

[Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung] Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 4. Die Beschwerdegegnerin schliesst in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. April 2017 (A.S. 45 ff.) auf Abweisung der Beschwerde. 5. Mit Verfügung vom 5. Mai 2017 weist der Präsident des Versicherungsgerichts das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung ab (A.S. 56 f.). 6. Mit Replik vom 31. Mai 2017 (A.S. 58 ff.) hält der Beschwerdeführer an den bereits gestellten Rechtsbegehren (mit Ausnahme der unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung) fest. Mit einer weiteren Eingabe vom 21. Juli 2017 (A.S. 75 ff.) lässt er ein Gutachten von Dr. med. I.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 17. Mai 2017 (Urkunde 1*) und ein Gutachten von Dr. med. J.____, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 15. Juni 2017 (Urkunde 2*) zu den Akten geben. Beide Gutachten wurden der Krankentaggeldversicherung K.____ erstattet. 7. Im Rahmen der Duplik vom 21. September 2017 (A.S. 85 ff.) hält die Beschwerdegegnerin am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest. Mit der Duplik wird eine Stellungnahme von Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. M.____, Fachärztin für Neurochirurgie, Suva Versicherungsmedizin, Kompetenzzentrum, vom 20. September 2017 (A.S. 91 ff.) eingereicht. 8. Der Beschwerdeführer lässt am 27. Oktober 2017 eine Triplik einreichen, in der er an den gestellten Rechtsbegehren festhält (A.S. 114 ff.). Sein Vertreter reicht gleichzeitig eine Kostennote ein (A.S. 123 f.). 9. Die Beschwerdegegnerin lässt sich mit Schreiben vom 9. November 2017 (A.S. 126 f.) nochmals vernehmen. 10. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend soweit erforderlich eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin als obligatorischer Unfallversicherer für Folgen des Unfallereignisses vom 16. Juni 2015 über den 31. Oktober 2016 hinaus Leistungen zu erbringen hat. 2. Die revidierte Version des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20] ist am 1. Januar 2017 in Kraft getreten. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 25. September 2015 werden Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser Änderung ereignet haben und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt. Der strittige Anspruch ist daher nach der bis am 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Rechtslage zu beurteilen. 3. Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1

UVG). 3.1 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 entfiere (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289).

3.2 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 Leistungsanspruches nicht (BGE 140 V 356 E. 3.1 S. 358, 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 338, 118 V 286 E. 1b S. 289).

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Einspracheentscheid vom 17. Januar 2017 auf die Einschätzungen des Kreisarztes Dr. med. G.____ vom 13. Oktober 2016 und 19. Dezember 2016 (E. II. 6.12, 6.13 hiervor). Nachdem das Gutachten von Dr. med. I.____ ■ mit den darin erwähnten Ausführungen von Dr. med. R.____ ■ eingereicht worden war, holte die Beschwerdegegnerin ausserdem die Beurteilung von Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ (E. II. 6.17 hiervor) ein und leitet ihren Standpunkt nunmehr vor allem aus dieser Einschätzung ab. Es stellt sich daher die Frage, ob diese versicherungsinterne neurochirurgische Stellungnahme als grundsätzlich beweiskräftig anzusehen ist und, bejahendenfalls, ob die gegenteilig lautenden Stellungnahmen mindestens geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen zu wecken vermögen (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Im Vordergrund steht dabei die Beurteilung durch Dr. med. R.____ (E. II. 6.14 hiervor). Das Gutachten von Dr. med. I.____ ist für die hier relevanten Fragestellungen nicht aussagekräftig, da dieser Arzt nur über einen geringen Teil der Vorakten verfügte ■ wobei insbesondere die unfallnahen Unterlagen fehlten ■ und keine eigene Stellungnahme zur Unfallkausalität abgibt. Auch die Stellungnahme von Dr. med. J.____ ist für die Belange des vorliegenden Verfahrens nicht weiterführend, weil davon auszugehen ist, dass ihr ebenfalls nur ein Teil der medizinischen Vorakten bekannt war. Zudem basiert ihre Beurteilung auf der Annahme, dem Beschwerdeführer habe die körperlich schwere Tätigkeit bis zum Unfall vom 16. Juni 2015 nie Probleme bereitet, was angesichts der inzwischen beigezogenen IV-Akten (E. II. 6.1 hiervor) als unzutreffend bezeichnet werden muss. Ferner äussert sich auch Dr. med. J.____ nicht zur Unfallkausalität.

E. 7.2

7.2.1 Die Beurteilung von Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ beruht auf den vollständigen seit dem Unfallereignis verfassten Akten. Die durch das Gericht erst später eingeholte Beurteilung von Dr. med. R.____ vom 7. November 2016 (A.S. 136 ff.) lag zwar nicht vor, deren wichtigste Passagen werden aber im Gutachten von Dr. med. I.____ (E. II.

6.16.1 hiervor) wiedergegeben und in der Suva-internen Beurteilung diskutiert. Die Ausführungen der Suva-Ärzte sind in sich widerspruchsfrei, nachvollziehbar und schlüssig.

7.2.2 Inhaltlich legen Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ grosses Gewicht auf die Befunde, die während des an den Unfall anschliessenden dreitägigen Spitalaufenthalts im Spital C.____ festgehalten wurden. Sie halten fest, während der erwähnten Hospitalisation zur Überwachung bei leichtem Schädel-Hirntrauma seien keine neurologischen Ausfälle oder mit einer Nervenwurzel- oder Myelonkompression vereinbaren Befunde festgestellt worden. Die bildgebenden Befunde hätten einen Bandscheibenvorfall in Höhe HWK 4/5 links und eine Bandscheibenvorwölbung in Höhe HWK 5/6 mit Nervenwurzeleinengung links gezeigt. Es habe keinen Hinweis auf eine strukturelle Läsion wie Fraktur oder Luxation gegeben. Diese Angaben stimmen mit dem Austrittsbericht vom 18. Juni 2015 (Suva-Nr. 4) überein. Wie diesem weiter zu entnehmen ist, empfahlen die telefonisch konsultierten Ärzte der Neurochirurgie des Spitals F.____ bei fehlender radikulärer Symptomatik eine physiotherapeutische Therapie und bei Auftreten von neurologischen Symptomen eine erneute Rücksprache. Auch dies haben Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ korrekt festgehalten. Die bildgebenden Untersuchungen vom 16. Juni 2015 (Röntgen der HWS ap/lateral, Dens ap, Suva-Nr. 25) ergaben keine Fraktur oder Subluxation an der HWS. Am 18. Juni 2015 wurde wegen persistierenden Symptomen (Drehschwindel und Kopfschmerzen, Suva-Nr. 4 S. 2) eine CT Neurocranium und Hals nativ durchgeführt. Diese ergab im Neurokranium keine intrakranielle Traumafolge (wie Blutung oder Hirnkontusion), keine Fraktur an der Schädelkalotte/-basis und keinen Hämosinus. An der HWS wurde keine Fraktur oder Subluxation festgestellt, es zeigte sich jedoch eine linkslaterale Diskushernie im Segment HWK 4/5 mit foraminale und recessale Impression bzw. Affektion der Nervenwurzeln C5, C6 und C7 links (Suva-Nr. 26). Wie Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ weiter festhalten, ergibt sich aus den Bildern überdies auf der Etage HWK 5/6 eine Bandscheibenprotrusion (Vorwölbung) und Einengung der Nervenwurzel sowohl knöchern als auch durch Bandscheibenmaterial (A.S. 105 f.).

E. 7.3

7.3.1 Die Suva-Ärzte führen aus, die am 18. Juni 2015 erfolgte radiologische Bildgebung des Kopfes und der HWS schliesse eine traumatische Verletzung im Bereich des Kopfes und der HWS aus. Weiter fehlten bei vorbeschriebenen «pseudoradikulären» Schmerzen im Jahr 2014 typische neurologische Symptome eines traumatisch entstandenen Bandscheibenvorfalles. Die Beschwerden seien auch deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unfallkausal, weil in der echtzeitlichen Dokumentation keine radikulären Schmerzen erwähnt würden, die Bildgebung und der Operationsbericht keine traumatischen Läsionen zeigten und in der betroffenen Etage HWK 4/5 sowie u.a. HWK 5/6, der nicht betroffenen Höhe, degenerative Veränderungen ausgewiesen seien (A.S. 106 f.).

7.3.2 Demgegenüber bejaht Dr. med. R.____ die natürliche Unfallkausalität der Diskushernie C4/5. Er bezieht sich auf die von der Rechtsprechung formulierten Voraussetzungen. Danach ist ein Ereignis von besonderer Schwere erforderlich, das geeignet ist, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) müssen unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (vgl. E. II. 3.5 hiervor). Dr. med. R.____ gelangt zum Ergebnis, beide Voraussetzungen seien erfüllt. Die erforderliche besondere Schwere des Ereignisses leitet er aus dem Umstand ab, dass dieses trotz des Tragens eines Schutzhelms

zu einer commotio cerebri geführt habe. Das frühzeitige Auftreten spezifischer Symptome ergibt sich nach seiner Beurteilung aus den Berichten des Spitals F.____.

E. 7.4

7.4.1 Eine Commotio cerebri ist ein Zustand vorübergehender, schnell reversibler neurologischer Dysfunktion, der mit kurzzeitiger Bewusstlosigkeit kurz nach der Verletzung einhergeht. Der Verletzte hat oft eine Amnesie für die Zeit der Verletzung und/oder für die Zeit vor der Verletzung. Es bestehen aber keine neurologischen Auffälligkeiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8C_75/2016 vom 18. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis auf die medizinische Literatur). Eine Commotio cerebri rechtfertigt nicht ohne weiteres die Annahme, es liege ein Ereignis von der besonderen Schwere vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2016 vom 11. August 2016 E. 6.2.2 mit Hinweisen), wie es für die Verursachung einer Diskushernie vorausgesetzt wird. Soweit ersichtlich, hat das Bundesgericht bisher nie die in diesem Zusammenhang geforderte Schwere deshalb bejaht, weil die versicherte Person eine Commotio cerebri erlitten hatte. Inwiefern der Umstand, dass es zu einer Commotio cerebri kam, obwohl der Beschwerdeführer einen Helm trug, an der Beurteilung etwas ändern sollte, ist nicht ersichtlich. Der Unfallhergang als solcher ■ dem Beschwerdeführer fiel eine etwa 2 kg schwere Schraube oder Schraubenmutter aus einer Höhe von etwa 4 Metern auf den Nacken/Hinterkopf (vgl. E. II. 5 hiervor) ■ kann nicht als Ereignis von besonderer, ausserordentlicher Schwere betrachtet werden. Dies gilt unabhängig davon, ob der Aufprall im Bereich des Helms erfolgte (wovon Dr. med. R.____ ausgeht und wofür die echtzeitlichen Akten tendenziell eher sprechen) oder ob der Nacken unterhalb des Helms getroffen wurde (wie der Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren geltend machen lässt). Es ist daher nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich ein Ereignis zugetragen hat, welches aufgrund seiner Schwere geeignet ist, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen. Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Abklärungsstelle T.____ hielt die neurologische Gutachterin Dr. med. X.____ denn auch fest, die Vermutung einer traumatischen Hernie C4/5 links sei bei dem beschriebenen Unfallmechanismus schwer nachvollziehbar (E. II. 6.18.4 hiervor). Im gleichen Sinn äussert sich auch der Kreisarzt Dr. med. G.____ (E. II. 6.13 hiervor).

7.4.2 Nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist auch das unverzügliche Auftreten der Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom), denn solche finden in den Unterlagen, welche zeitnah zum Unfall vom 16. Juni 2015 abgefasst wurden, keine Erwähnung. Laut dem provisorischen Austrittsbericht des Spitals C.____, der am 18. Juni 2015, zwei Tage nach dem Unfall, verfasst wurde (E. II. 6.2.1 hiervor), und dem gleichentags ausgefüllten Dokumentationsbogen (E. II. 6.2.3 hiervor) klagte der Beschwerdeführer über Kopf- und Nackenschmerzen sowie Übelkeit (ohne Erbrechen), Schwindel und «müde Augen». Die Schmerzen wurden am Hinterkopf und im oberen Bereich der HWS lokalisiert, ohne Ausstrahlung. Die neurologische Überwachung auf der Intermediate-Care-Station verlief laut dem Austrittsbericht unauffällig, die klinischen Beschwerden waren unter analgetischer Therapie regredient. Die Röntgenuntersuchung ergab keine Fraktur oder Subluxation der HWS, in der CT-Untersuchung wurde eine intrakranielle Blutung oder Fraktur ausgeschlossen. Laut dem Dokumentationsbogen bestanden ein Druckschmerz auf Höhe C1 und seitlich davon bis zur Schulter beidseits ein Ruheschmerz und ein Stauchungsschmerz mit Ausstrahlung seitlich bis zur Schulter beidseits. Sehnenreflexe und Muskelkraft waren laut dem Dokumentationsbogen normal, Parästhesien und sensible Defizite bestanden nicht. Als vorläufige Diagnose wurde ein

Grad 2 nach der Klassifikation der Quebec Task Force (QTF) genannt (Nackenschmerzen und muskuloskelettale Befunde, aber keine neurologischen Befunde und keine Fraktur oder Dislokation). Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) sind somit in den echtzeitlichen Unterlagen nicht dokumentiert. Auch im Protokoll über die Besprechung vom 11. August 2015 (Suva-Nr. 21) werden ständige Nackenschmerzen, Kopfschmerzen sowie bei Neigungen des Kopfes Schwindel und Übelkeit genannt. Dr. med. R.____ räumt denn auch ausdrücklich ein, die zeitnahe Symptomatik in den Unterlagen des Spitals C.____ weise keine radikuläre Symptomatik auf. Er relativiert dies mit dem Hinweis darauf, dass keine fachneurologische Untersuchung stattgefunden habe (vgl. A.S. 139). Diesbezüglich ist aber festzuhalten, dass laut dem Austrittsbericht vom 18. Juni 2015 bei Verdacht auf ein leichtes Schädelhirntrauma eine stationäre Aufnahme auf der Intensivpflegestation zur neurologischen Überwachung während 24 Stunden erfolgte. Es kann mit den Suva-Ärzten Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ (vgl. A.S. 103) davon ausgegangen werden, dass ausreichendes neurologisches Fachwissen vorhanden war, um diese neurologische Überwachung bei einem Patienten mit möglicher Hirnverletzung durchzuführen und Symptome wie in die Arme ausstrahlende Schmerzen, eine Kraftabschwächung der Armbewegung oder Zeichen einer Rückenmarkskontusion zu erkennen. Gemäss Austrittsbericht erfolgte eine Rückfrage bei den Ärzten der Neurochirurgie am Spital F.____, welche bei fehlender radikulärer Symptomatik eine physiotherapeutische Therapie und bei Auftreten von neurologischen Symptomen eine erneute Rücksprache empfahlen, also aufgrund der ihnen geschilderten Situation ebenfalls keinen weitergehenden Handlungsbedarf erkannten. Das Vorliegen einer radikulären Symptomatik wurde erst deutlich später beschrieben. Dass sie schon in zeitlicher Nähe zum Unfallereignis aufgetreten ist, kann nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten.

Dieses Beweisergebnis, welches sich aus den Akten der Beschwerdegegnerin ergibt, wird durch die beigezogenen IV-Akten bestätigt und gestützt: Wie dargelegt (E. II. 6.18 hiervor), erklärte der Beschwerdeführer im Rahmen der neurochirurgischen Begutachtung durch Dr. med. W.____, er leide seit dem Unfall vom 16. Juni 2015 unter starken Nackenschmerzen. Etwa zwei Monate nach dem Unfall sei es dann zu einer Schwäche und einem tauben Gefühl im linken Arm gekommen, von den Fingern drei bis fünf nach oben ziehend, zunächst ein taubes Gefühl und dann «wie Nadeln». Er sei dann zum Hausarzt gegangen, der ihn an das Spital F.____ überwiesen habe (IV-Nr. 104.1 S. 46). Dieser zeitliche Ablauf ist auch mit Blick auf die übrige Aktenlage plausibel, denn die Erstbehandlung im Spital F.____ fand am 8. September 2015 statt (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Dort wurde anschliessend die MRI-Untersuchung vom 28. September 2015 (IV-Nr. 87.62) veranlasst und schliesslich die Operation vom 9. November 2015 durchgeführt (Suva-Nr. 51). Damit bestätigt sich, dass die radikuläre Symptomatik erst in einem längeren zeitlichen Abstand zum Unfallereignis und nicht, wie von der Rechtsprechung gefordert, «unverzüglich» aufgetreten ist. Der These, die Diskushernie auf Höhe C4/5, welche im MRI vom 28. September 2015 festgestellt wurde, sei durch den Unfall vom 16. Juni 2015 verursacht worden, ist auch unter diesem Aspekt nicht zu folgen.

7.5 Zusammenfassend sind die von der Rechtsprechung entwickelten Voraussetzungen für die Annahme, die Diskushernie als solche sei durch den Unfall vom 16. Juni 2015 verursacht worden, nicht erfüllt. Mit Blick auf die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze (E. II. 3.5 hiervor) gilt dies auch für die These, der Unfall habe eine richtunggebende Verschlimmerung eines degenerativen Vorzustandes bewirkt. Es trifft

zwar zu, dass nach den beiden Operationen der Zustand vor dem Unfall (status quo ante) nicht mehr erreicht werden kann. Dies gilt aber nicht für den Zustand, wie er sich ohne den Unfall entwickelt hätte (status quo sine).

8. Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Diskushernie durch den Unfall vom 16. Juni 2015 weder verursacht noch richtunggebend verschlimmert wurde, Er bewirkte jedoch eine vorübergehende Verschlechterung. Nach der erwähnten unfallmedizinischen Erfahrungstatsache (E. II. 3.5 hiervor) beträgt die Dauer, während der eine vorbestehende Wirbelsäulenerkrankung durch einen Unfall - bei Fehlen unfallbedingter Wirbelkörperfrakturen oder struktureller Läsionen an der Wirbelsäule - im Sinne einer vorübergehenden Verschlimmerung beeinflusst wird, sechs bis neun Monate, längstens jedoch ein Jahr. Es lässt sich daher nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für das Ereignis vom 16. Juni 2015 mit dem 31. Oktober 2016 eingestellt hat. Dieser Entscheid wird auch durch die Ergebnisse der durch die IV-Stelle veranlassten Begutachtung durch die Abklärungsstelle T.____ gestützt. Diese gelangte zum Ergebnis, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe die von ihr attestierte Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit ab Juli 2016, drei Monate nach dem zweiten operativen Eingriff.

9. Angesichts der ursprünglich diagnostizierten HWS-Distorsion und des damals dokumentierten Beschwerdebildes (vgl. E. II. 6.2.1, 6.2.3 hiervor) ist es möglich, dass der Beschwerdeführer durch das Ereignis vom 16. Juni 2015 eine Verletzung erlitten hat, welche bezüglich ihrer Auswirkungen mit einem Schleudertrauma der Halswirbelsäule ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle vergleichbar ist, und im Einstellungszeitpunkt weiterhin an entsprechenden, organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Beschwerden litt. Inwieweit dies zutrifft, kann jedoch offen bleiben, denn diesbezüglich wäre, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht darlegt, die Adäquanz des Kausalzusammenhang mit dem Unfall zu verneinen. Nach der medizinischen Aktenlage im vorliegenden Verfahren, welche durch die beigezogenen IV-Akten, namentlich das Gutachten der Abklärungsstelle T.____ bestätigt, konnte Ende Oktober 2016 von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung hinsichtlich der Unfallfolgen keine namhafte Besserung mehr erwartet werden, so dass der Zeitpunkt für die Adäquanzprüfung erreicht war. Der Unfall vom 16. Juni 2015 ist im Rahmen der entsprechenden Kategorisierung (vgl. BGE 117 V 359 E. 6a S. 366 f.) als mittelschwer im engeren Sinn zu qualifizieren, so dass mindestens drei der sieben relevanten Kriterien (vgl. dazu BGE 134 V 109 E. 10.3 S. 130) erfüllt sein müssten. Dies ist jedoch nicht der Fall: Wie die Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid zu Recht dargelegt hat, könnte allenfalls das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen infrage kommen, dies jedoch nicht in besonders ausgeprägter Form, während die übrigen Kriterien zu verneinen sind. Dies wird im Beschwerdeverfahren denn auch nicht substantiiert bestritten.

10. Nach dem Gesagten lässt es sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ihre Leistungen für das Unfallereignis vom 16. Juni 2015 mit dem 31. Oktober 2016 eingestellt hat. Der Einspracheentscheid vom 17. Januar 2017 lässt sich daher nicht beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 9

Mai 2018 E. 3.2). Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der

Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit auftreten (Urteil des Bundesgerichts 8C_1020/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 [SVR 2009 UV Nr. 41 S. 142]). Bezüglich der dauerhaften Verschlimmerung eines vorbestehenden Gesundheitsschadens gelten dieselben Kriterien, was dazu führt, dass eine Unfallkausalität nur ausnahmsweise und insbesondere nur dann in Frage kommt, wenn der Unfall auch geeignet gewesen wäre, eine gesunde Bandscheibe zu verletzen (Urteile des Bundesgerichts U 555/06 vom 10. Dezember 2007 E. 4.2.2, U 163/05 vom 3. Oktober 2005 E. 3.1, U 441/04 vom 13. Juni 2005 E. 3.1). Eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung muss röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben. Bei einem Unfall ohne strukturelle Läsion am Achsenskelett ist die Chronifizierung der Beschwerden zunehmend auf andere (unfallfremde) Faktoren zurückzuführen. Allgemein kann eine Kontusion der Wirbelsäule eine bisher stumme Wirbelsäulenerkrankung symptomatisch machen, wobei es sich aber meistens nur um eine vorübergehende Verschlimmerung handelt. Die ausgelösten Beschwerden müssen innerhalb einer kurzen Zeitspanne auftreten, um als natürlich kausale Folgen des fraglichen Ereignisses zu gelten. Für den Lendenwirbelsäulenbereich wird eine Latenzzeit von höchstens acht bis zehn Tagen angegeben. Für spätere Rezidive hat die Unfallversicherung nur einzustehen, wenn eindeutige Brückensymptome gegeben sind (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts U 218/04 vom 3. März 2005 E. 6.1). Ist die Diskushernie bei degenerativem Vorzustand durch den Unfall nur aktiviert, nicht aber verursacht worden, so hat die Unfallversicherung nur Leistungen für das unmittelbar im Zusammenhang mit dem Unfall stehende Schmerzsyndrom zu erbringen. Nach derzeitigem medizinischem Wissensstand ist eine traumatische Verschlimmerung eines klinisch stummen degenerativen Vorzustandes an der Wirbelsäule in der Regel nach sechs bis neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr als abgeschlossen zu betrachten (Urteile des Bundesgerichts 8C_679/2010 vom 10. November 2010 E. 3.3, 8C_154/2016 vom 7. Juni 2016 E. 4.1.2; vgl. auch SVR 2009 UV Nr. 1 S. 1, 8C_677/2007 E. 2.3 und 2.3.2 mit Hinweisen). 4. 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_608/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.2 mit Hinweisen, 8C_715/2016 vom 6. März 2017 E. 5.1). 4.1 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 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 261 E. 3b S. 264; Urteil des Bundesgerichts 8C_474/2016 vom 23. Januar 2017 E. 2.2). 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). 4.2 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 hat sich die gerichtliche Prüfung auf den Zeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids – hier vom 17. Januar 2017 – zu beschränken (BGE 135 V 201 E. 7.3 S. 215, 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). 4.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_67/2007 vom 28. August 2007 E. 2.4). Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, die das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, die den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 354). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E).

E. 11

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

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

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.
3. Es werden keine 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

Yalcin

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_793/2018 vom 7. Mai 2019 bestätigt.

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