

BGer 8C_430/2021 vom 17. November 2021

Bundesgericht, 2021-11-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bger_8C_430_2021

FR: TF 8C_430/2021 du 17 novembre 2021

IT: TF 8C_430/2021 del 17 novembre 2021

Erwägungen

E. 1

Mit der Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten kann eine Rechtsverletzung nach Art. 95 f. BGG gerügt werden. Das Bundesgericht wendet das Recht von Amtes wegen an (Art. 106 Abs. 1 BGG). Dennoch prüft es - offensichtliche Fehler vorbehalten - nur die in seinem Verfahren gerügten Rechtsmängel (Art. 42 Abs. 1 f. BGG; BGE 135 II 384 E. 2.2.1). Im Beschwerdeverfahren um die Zusprechung oder Verweigerung von Geldleistungen der Unfallversicherung ist das Bundesgericht nicht an die vorinstanzliche Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts gebunden (Art. 97 Abs. 2 und Art. 105 Abs. 3 BGG).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz Bundesrecht verletzt, indem sie - der Elips folgend - hinsichtlich der Operation vom 11. April 2017 einen Unfall im Sinne des Art. 4 ATSG verneinte. Prozessthema bildet dabei die Frage, ob das Merkmal der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors gegeben ist. Nicht mehr streitig ist hingegen die vorinstanzlich bestätigte Leistungseinstellung per 29. Juli 2016 hinsichtlich der Folgen des Skiunfalls vom Januar 2016. Auch ein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers gestützt auf Art. 6 Abs. 3 UVG steht vorliegend nicht mehr zur Debatte.

E. 2.2

Unfall ist nach Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (BGE 142 V 219 E. 4.3.1; 134 V 72 E. 2.2).

E. 2.3

Nach der Rechtsprechung ist der äussere Faktor ungewöhnlich, wenn er - nach einem objektiven Massstab - nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist (BGE 142 V 219 E. 4.3.1; 134 V 72 E. 4.1; 118 V 283 E. 2a). Dies gilt auch, wenn zu beurteilen ist, ob ein ärztlicher Eingriff den gesetzlichen Unfallbegriff erfüllt (BGE 118 V 283 E. 2b). Die Ungewöhnlichkeit ist nur dann zu bejahen, wenn die ärztliche Vorkehr als solche den Charakter des ungewöhnlichen äusseren Faktors aufweist; denn das Merkmal der Aussergewöhnlichkeit bezieht sich nach der Definition des Unfallbegriffs nicht auf die Wirkungen des äusseren Faktors, sondern allein auf diesen selber (RKUV 1999 Nr. U 333 S. 195, U 246/96 E. 4a). Nach der Praxis ist es mit dem Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit streng zu nehmen, wenn eine medizinische Massnahme in Frage steht (BGE 121 V 35 E. 1b; 118 V 283 E. 2b). Die Vornahme des medizinischen Eingriffs muss unter den jeweils gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweichen und zudem, objektiv betrachtet, entsprechend grosse

Risiken in sich schliessen. Im Rahmen einer Krankheitsbehandlung, für welche der Unfallversicherer nicht leistungspflichtig ist, kann ein Behandlungsfehler ausnahmsweise den Unfallbegriff erfüllen, wenn es sich um grobe und ausserordentliche Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar um absichtliche Schädigungen handelt, mit denen niemand rechnet noch zu rechnen braucht. Ob ein Unfall im Sinne des obligatorischen Unfallversicherungsrechts vorliegt, beurteilt sich unabhängig davon, ob der beteiligte Mediziner einen Kunstfehler begangen hat, der eine (zivil- oder öffentlich-rechtliche) Haftung begründet. Ebenso wenig besteht eine Bindung an eine allfällige strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Verhaltens (BGE 121 V 35 E. 1b; 118 V 283 E. 2b; SVR 2018 UV Nr. 2 S. 6, 8C_656/2016 E. 3.2; SVR 2015 UV Nr. 17 S. 63, 8C_858/2014 E. 2.2; RKUV 1999 Nr. U 333 S. 195, U 246/96 E. 4a; RKUV 1988 Nr. U 36 S. 42, U 15/87 E. 3a).

E. 3.1

Die Vorinstanz stellte zunächst gestützt auf die Stellungnahmen der beratenden Ärzte der Elips fest, dass es für die am 11. April 2017 durchgeführte Ballonkyphoplastie keine Indikation gegeben habe. Sie erwog, es liege insoweit eine Fehlbehandlung vor, wofür die Unfallversicherung nicht einzustehen habe, es sei denn, die (nicht indizierte) medizinische Vorkehr überschreite selber die Schwelle der Aussergewöhnlichkeit. Im hier zu beurteilenden Fall sei der massive Zementaustritt zwar ungewöhnlich. Diese Komplikation sei aber allein der falsch gestellten Indikation geschuldet. Dass die technische Durchführung an sich ebenfalls die Schwelle zur Ungewöhnlichkeit überschritten hätte, ergebe sich nicht aus den Akten. Jedenfalls hätten die beratenden Ärzte der Elips mit keinem Wort weitere grobe Behandlungsfehler seitens des Operateurs erwähnt. Damit habe die Elips ihre Leistungspflicht für die Folgen des Eingriffs vom 11. April 2017 zu Recht verneint.

E. 3.2

Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung von Art. 4 ATSG . Er macht im Wesentlichen geltend, die fehlende Indikation des operativen Eingriffs vom 11. April 2017 habe zwar am Anfang der Kausalkette gestanden. Doch auch die nicht indizierte Vorkehr selber sei erheblich vom medizinisch Üblichen abgewichen, mithin habe sie selbst die Schwelle der Aussergewöhnlichkeit überschritten. Damit liege ein "accident médical" vor.

E. 4.1

Die strittige Operation fand am 11. April 2017 in der Klinik D. _____ statt. Der Neurochirurg Dr. med. H. _____ führte eine Ballonkyphoplastie durch mit dem Ziel, die anlässlich des Skiunfalls vom 29. Januar 2016 erlittene Deckplatten-Impressionsfraktur des BWK12 aufzurichten. Bei diesem Eingriff floss Zement rückwärts in den Spinalkanal, wo es zu einer lokalen thermischen Einwirkung auf das untere Thorakalmark kam (vgl. Bericht Dr. med. H. _____ vom 18. April 2017). Dies hatte eine postoperative inkomplette Paraplegie zur Folge.

E. 4.2

Es steht fest und ist unbestritten, dass für den Eingriff vom 11. April 2017 keine Indikation gegeben war. Dies ergibt sich aus den überzeugenden Stellungnahmen der beratenden Ärzte der Beschwerdegegnerin, Dres. med. C. _____ und F. _____. Die Ärzte wiesen darauf hin, dass die Indikation für eine Ballonkyphoplastie gemäss den einschlägigen Leitlinien klaren Vorgaben folge. Zunächst sollte es sich um eine akute traumatische Wirbelsäulenfraktur handeln, welche möglichst weniger als sieben bis zehn Tage alt sei.

Weiter müsse der lokale Kypohsewinkel über 15 Grad betragen. Sodann müsse der Schmerz vom gebrochenen Wirbelkörper ausgehen und therapierefraktär gegen jegliche medizinische Behandlung sein. Schliesslich werde der Nachweis verlangt, dass weiterhin eine Frakturlinie im Wirbelkörper bestehe. Diese Behandlungsleitlinie sei vom operierenden Neurochirurgen nicht beachtet worden. Stattdessen habe er den Eingriff an einem über den Zeitraum von 13,5 Monaten kyphotisch-defektverheilten Wirbelkörper durchgeführt, wobei der Kyphosewinkel lediglich elf Grad betragen habe. Ausserdem seien die vom Beschwerdeführer Anfang 2017 beklagten Schmerzen nicht sicher auf die defektverheilte Fraktur zurückzuführen. Vielmehr hätten die Rückenschmerzen in Bezug auf Schmerzniveau und -charakter den seit 2009 rezidivierend aufgetretenen Beschwerden entsprochen.

E. 4.3

Damit eine medizinische Massnahme als ungewöhnlicher äusserer Faktor qualifiziert werden kann, muss praxismässig ihre Vornahme unter den gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweichen (zum Ganzen: vgl. E. 2.3 sowie BGE 118 V 283 E. 3b). Entscheidend ist mithin, ob der Eingriff als solcher das Begriffsmerkmal der Aussergewöhnlichkeit erfüllt. Dagegen kommt der Indikation (dem "Angezeigtsein") in diesem Zusammenhang weder für sich allein noch im Verein mit anderen Umständen (wie ärztliche Fehlleistungen bei der Durchführung der Massnahme) irgendwelche Bedeutung zu. Bei der Indikation handelt es sich nicht um einen äusseren Faktor, sondern lediglich um den - auf vorgängigen ärztlichen Abklärungen und Erkenntnissen beruhenden - Grund, im Einzelfall ein bestimmtes diagnostisches oder therapeutisches Verfahren zur Anwendung zu bringen. Erweist sich die Indikation für einen im Rahmen der Krankheitsbehandlung erfolgten Eingriff im nachhinein als falsch, liegt eine blosser Fehlbehandlung vor. Hierfür hat der Unfallversicherer nicht aufzukommen, es sei denn, die (nicht indizierte) Vorkehr selber überschreite die Schwelle der Aussergewöhnlichkeit.

E. 4.4

Dres. med. C._____ und F._____ nahmen am 31. Januar 2018 auch zur Frage Stellung, ob die im Rahmen des Eingriffs vom 11. April 2017 aufgetretenen Komplikationen auf eine Ungeschicklichkeit des operierenden Arztes zurückzuführen seien oder ob es sich dabei um ein der Ballonkyphoplastie inhärentes Risiko handle. Sie hielten fest, zu den möglichen Komplikationen und Risiken dieses Eingriffes gehöre, dass eingebrachter Zement aus dem betroffenen Wirbel austrete und in benachbartes Gewebe fliesse, auch in den Spinalkanal (vgl. Beurteilung vom 19. September 2018). Dadurch könnten Nervenfasern gereizt werden. Geringe Zementaustritte würden in der Regel keinerlei Beschwerden verursachen, mithin seien neurologische Komplikationen selten, wohingegen solche bei grösseren Mengen häufig seien. Der benutzte Knochenzement sei verhältnismässig dickflüssig und könne aufgrund des (mittels Ballons) vorbereiteten Hohlraumes mit wenig Druck in einen brüchigen Wirbelkörper eingebracht werden. Hierdurch minimiere sich die Wahrscheinlichkeit, dass das Material überhaupt austrete. Der Eingriff werde unter Röntgenkontrolle durchgeführt, sodass er jederzeit abgebrochen werden könne. Ein massiver Zementaustritt gehöre freilich nicht zu den üblichen Risiken.

Im Falle des Beschwerdeführers sei der massive Zementaustritt wahrscheinlich Folge des ärztlichen Versuchs, den Zement unter Druck in einen nicht brüchigen, stabilen, defektverheilten Keilwirbel einzufüllen. Der Knochenzement lasse sich aber nur in brüchige

poröse Wirbel hinein drücken. Wäre die Operation indiziert gewesen, so hätte es zu dem inhärenten Risiko eines solchen Eingriffs gehört, wenn nur eine geringe, klinisch nicht relevante Menge Zement in benachbarte Strukturen ausgeflossen wäre. Hier sei der massive Zementaustritt in den Spinalkanal aber Folge der falsch gestellten Indikation zur Ballonkyphoplastie gewesen. Es sei nämlich versucht worden, in eine harte Knochenmasse unnötigerweise Zement einzufüllen, was letztlich misslingen musste. Es hätte einer Ungeschicklichkeit des Operateurs entsprochen, wenn beispielsweise die Hohlnadel zur Ausfüllung mit Zement aus dem Arbeitskanal ausgebrochen wäre und es infolgedessen zu einem massiven rückwärtigen Zementausfluss in den Spinalkanal gekommen wäre. Vorliegend sei indessen keine Ungeschicklichkeit erkennbar. Vielmehr sei der Eingriff selbst schon in der Planung falsch gewesen, mithin habe keine Indikation dazu bestanden.

E. 4.5

Die beratenden Ärzte zeigten somit nachvollziehbar auf, dass die Indikation für den Eingriff vom 11. April 2017 nicht gegeben war. Sie wiesen zudem darauf hin, dass der Zementaustritt in den Spinalkanal zu den bekannten möglichen Komplikationen einer Ballonkyphoplastie gehört. Wie der Operateur gegenüber seiner Haftpflichtversicherung angab, informierte er den Beschwerdeführer vor dem Eingriff denn auch über die Möglichkeit eines Zementaustritts Richtung Spinalkanal (vgl. Stellungnahme vom 23. April 2018). Grobe und ausserordentliche Verwechslungen oder Ungeschicklichkeiten im Rahmen der medizinischen Vorkehr konnten die Dres. med. C. _____ und F. _____ indessen nicht ausmachen. Der Beschwerdeführer behauptet zwar, die Bohrkanäle für die Kanülen seien nicht lege artis angelegt worden, wodurch der Spinalkanal erheblich angeschnitten worden sei, was wiederum den Zementaustritt in den Spinalkanal überhaupt erst ermöglicht habe. Für diese These findet sich in den Akten aber keine Grundlage. Auch der Verweis des Beschwerdeführers auf die Ergebnisse der Magnetresonanztomographie-(MRT) -Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 12. April 2017 geht fehl. Dem entsprechenden Bericht ist zwar zu entnehmen, dass sich im Verlauf des linksseitigen Bohrkanals paramedian links intraspinal erhebliche Artefakte durch Metallabrieb, kleine Blutauflagerungen und allenfalls auch Reste von Zement zeigten. Ein Indiz für eine falsche Lage des Bohrkanals resp. der eingebrachten Kanüle kann darin indessen nicht erblickt werden, zumal die MRT-Untersuchung erst (am Folgetag) nach dem Revisionseingriff durchgeführt wurde, in dessen Rahmen für die Entfernung des Zementbrockens im Spinalkanal ein Hochgeschwindigkeitsbohrer ("high speed drill") zum Einsatz gekommen war.

Dass der Zement - wie vom Beschwerdeführer behauptet - unter zu hohem Druck eingebracht worden wäre, kann den Stellungnahmen der beratenden Ärzte der Elips ebenfalls nicht entnommen werden und findet auch in den übrigen Akten keine Stütze. Die im Operationsbericht erwähnten Druckwerte um 30 Atmosphären beziehen sich auf die Ausdehnung der - zur Schaffung eines Hohlraumes eingebrachten - Ballone und nicht auf die Injektion des Zements. Aus den Berichten der Dres. med. C. _____ und F. _____ ergibt sich sodann auch nicht, dass Dr. med. H. _____ intraoperativ aufgrund des notwendigen hohen Drucks die offensichtlich fehlende Indikation bzw. die Regelwidrigkeit der Vorkehr hätte erkennen und den Eingriff abbrechen müssen. Ferner hielt Dr. med. H. _____ in seinem Operationsbericht zwar fest, dass die Ballone bei den hohen Druckwerten undicht geworden seien. Offenbar konnte in der Folge aber nach Ersatz des Ballonsystems doch noch eine adäquate Höhle geschaffen werden.

E. 4.6

Nach dem Gesagten bestehen gemäss den überzeugenden Stellungnahmen der beratenden Ärzte der Elips in Bezug auf den ärztlichen Eingriff vom 11. April 2017 keine Anhaltspunkte für grobe Ungeschicklichkeiten resp. dafür, dass die Operation vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abgewichen wäre.

E. 4.7

Mangels konkreter Hinweise in den medizinischen Akten auf grobe Fehler oder Ungeschicklichkeiten beim Eingriff vom 11. April 2017 musste sich die Vorinstanz nicht zu weiteren Beweiserhebungen veranlasst sehen. Sie durfte vielmehr, ohne den Untersuchungsgrundsatz zu verletzen, in antizipierter Beweiswürdigung von weiteren Abklärungen absehen (vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5 ; 136 I 229 E. 5.3). Soweit der Beschwerdeführer demgegenüber geltend macht, im Lichte der Erwägungen des Bundesgerichts im Urteil 8C_526/2007 vom 29. April 2018 wäre die Vorinstanz gehalten gewesen, eine Expertise zur Wahrscheinlichkeit des Komplikationseintritts in der hier gegebenen Art zu veranlassen, kann ihm nicht gefolgt werden. Die beiden Fälle unterscheiden sich erheblich voneinander. Das erwähnte Urteil betraf eine Verletzung des Nervus medianus im Rahmen einer Blutentnahme, wobei die Häufigkeit dieser Komplikation gemäss Fachliteratur bei 1:25'000 lag. Mit der Verwirklichung dieses Risikos musste die versicherte Person nicht rechnen, zumal es sich um einen alltäglichen Eingriff handelte (vgl. E. 4.2 des zitierten Urteils). Sie wurde auch nicht über das (letztlich eingetretene) Risiko informiert. Demgegenüber traten die Komplikationen im hier zu beurteilenden Fall im Rahmen einer schwierigeren Operation an der Wirbelsäule auf. Über den möglichen Zementaustritt in den Spinalkanal wurde der Beschwerdeführer ausserdem vor der Operation informiert. Die beratenden Ärzte wiesen zudem darauf hin, dass eine führende deutsche Universitätsklinik bei ca. 15 % der behandelten Patienten geringe Zementaustritte gesehen habe. Aus dem genannten Urteil kann der Beschwerdeführer demnach nichts zu seinen Gunsten ableiten. Daran ändert der Umstand nichts, dass ein massiver Zementaustritt nicht zu den üblichen Risiken einer Ballonkyphoplastie gehört. Jedenfalls kann daraus nach dem Gesagten nicht auf eine grobe und ausserordentliche Ungeschicklichkeit im Rahmen der medizinischen Vorkehr geschlossen werden.

E. 5

Zusammenfassend hat die Vorinstanz kein Bundesrecht verletzt, indem sie die Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors und damit den Unfallbegriff gemäss Art. 4 ATSG verneinte. Die Beschwerde ist demnach unbegründet.

E. 6

Die Gerichtskosten werden dem unterliegenden Beschwerdeführer auferlegt (Art. 66 Abs. 1 BGG).

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