

# **GR\_GERICHTE S 2015 34 vom 12. April 2016**

GR Gerichte, 2016-04-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S 2015 34](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2015_34)

FR: GR\_GERICHTE S 2015 34 du 12 avril 2016

IT: GR\_GERICHTE S 2015 34 del 12 aprile 2016

## **Regeste**

Versicherungsleistungen nach UVG | Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 2**

Mit Verfügung vom 24. Juli 2014 verneinte die SUVA ihre Leistungspflicht, da gemäss eigenen Abklärungen weder ein Behandlungsfehler noch eine Verletzung der Sorgfaltspflicht ausgewiesen sei. Insofern seien die Vor- aussetzungen zur Anerkennung eines Unfalls nicht erfüllt. Des Weiteren läge auch keine unfallähnliche Körperschädigung vor.

- 3 -

### **E. 3**

Dagegen erhob die F. \_\_\_\_\_ Versicherungen AG als obligatorischer Krankenpflegeversicherer am 4. August 2014 vorsorglich Einsprache, welche sie am 6. August 2014 nach Prüfung der Unterlagen wieder zurückzog.

### **E. 4**

Am 8. September beziehungsweise am 8. Oktober 2014 erhob A. \_\_\_\_\_ gegen die Verfügung vom 24. Juli 2014 Einsprache mit den Anträgen auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Erbringung der gesetzli- chen UVG Leistungen, insbesondere Aufnahme der Taggeldzahlungen und Übernahme der Heilungskosten. Zur Begründung führte er im We- sentlichen aus, dass der Unfallbegriff erfüllt sei. Sowohl bezüglich der Operation vom 16. Mai 2012 als auch bezüglich des Komplikationsma- nagements sei ein Behandlungsfehler gegeben und eine grobe und aus- sergewöhnliche Verwechslung oder Ungeschicklichkeit, mit der niemand rechnen oder zu rechnen brauche, zu bejahen. Mit Entscheid vom 12. Fe- bruar 2015 wies die SUVA die Einsprache von A. \_\_\_\_\_ ab.

### **E. 5**

Dagegen erhob A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer) am 10. März 2015 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit folgenden Anträgen: "1. Der Einspracheentscheid vom 12. Februar 2015 und die Verfügung vom 24. Juli 2014 seien aufzuheben. 2. Es seien A. \_\_\_\_\_ Leistungen aus der Unfallversicherung zuzusprechen. Hierzu sei die Angelegenheit zwecks Festsetzung der Leistungen an die Su- va zurückzuweisen. 3. Unter gesetzlicher Entschädigungsfolge zu Lasten der Suva." Zur Begründung führte der Beschwerdeführer im Wesentlichen aus, dass beim operativen Eingriff vom 16. Mai 2012 die Kniekehlenarterie angesägt und der Nervus peroneus wohl durchtrennt worden seien. Eine derart schwerwiegende Verletzung der Arterie hätte mit

dem gebotenen Mass an Sorgfalt bereits während der Operation erkannt werden müssen. Es sei davon auszugehen, dass die Weichteile bei der Operation nicht aus-

- 4 - reichend geschützt und die Empfehlungen bezüglich Beugung des Knies zur Entspannung der Strukturen während der Operation nicht beachtet worden seien. Wären die Weichteile mit geeigneten Massnahmen geschützt worden, hätte dies Eingang in den Operationsbericht gefunden. In der Folge habe das Komplikationsmanagement total versagt. Einerseits sei die Verletzung der Blutbahn zu spät festgestellt und behandelt und andererseits sei das Reperfusionssyndrom nicht mit der genügenden Sorgfalt angegangen worden. Ein die Ischämie beseitigender Eingriff müsste innert sechs Stunden nach der Erstopoperation erfolgen. Vorliegend sei dieser Eingriff erst knapp zwölf Stunden nach der Beendigung der Erstopoperation erfolgt. Bei der medizinischen Behandlung seien zahlreiche schwere Sorgfaltspflichtverletzungen mit gravierenden Folgen begangen worden. Jede einzelne Pflichtverletzung erfülle das Kriterium der Aussergewöhnlichkeit im Sinne von Art. 4 ATSG. Werde das Operations- und Komplikationsmanagement als Ganzes betrachtet, müsse von einem totalen Versagen gesprochen werden. Die SUVA sei ihrer Abklärungspflicht nicht ausreichend nachgekommen. Sofern das Gericht deren Leistungspflicht nicht bereits aufgrund der bekannten Fakten bejahe, seien weitere Abklärungen notwendig. Zudem seien die operierenden Ärzte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Dr. med. H.\_\_\_\_\_ und cand. med. I.\_\_\_\_\_ zur Frage, ob anlässlich der Operation vom 16. Mai 2012 die Weichteile geschützt worden seien und das Knie gebeugt worden sei, als Zeugen einzuvernehmen.

## **E. 6**

Die SUVA (nachfolgend Beschwerdegegnerin) beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 31. März 2015 die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei, und die Bestätigung des Einspracheentscheids vom 12. Februar 2015. Begründend führte sie im Wesentlichen aus, dass auf die chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 abgestellt werden könne. Sie erfülle alle Anforderungen, die hinsichtlich des Beweiserwerts entscheidend seien. Danach stelle die Verletzung der Kniekehlenarterie keinen unfallversicherungsrechtlich relevanten groben Behand-

- 5 - lungsfehler dar. Beim Sägen mit Oberschenkelblutsperrung sei eine Arterienverletzung möglich, ohne dass sie während der Osteotomie bemerkt werde. Es bestünden keine Hinweise darauf, dass die Verletzung der Kniekehlenarterie auf eine grobe Ungeschicklichkeit zurückzuführen gewesen sei oder sofort während der Intervention hätte bemerkt werden müssen. Ein Unfall im Rechtssinn sei nicht anzunehmen. Das Komplikationsmanagement sei fehlerhaft gewesen. Die versicherungsmedizinischen Experten hätten eine unzureichende postoperative Überwachung und eine nicht zeitgerechte Durchführung der erforderlichen Untersuchungen festgestellt. Die zu spät erfolgte Gefässrekonstruktion und Kompartmentspaltung müssten als Behandlungsfehler gelten. Ein korrekter Ablauf sei indes vom Zusammenspiel vieler einzelner Akteure unterschiedlicher Bereiche des Spitals abhängig. Das Misslingen der guten Zusammenarbeit könne nicht mit einer groben und ausserordentlichen Verwechslung oder Ungeschicklichkeit gleichgesetzt werden, mit der niemand rechnen müsse. Weitere medizinische Abklärungen und die Einvernahme von Zeugen würden sich erübrigen. Aufgrund der bereits umfassend vorgenommenen Abklärungen sei der massgebende Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten.

### **E. 7**

Am 20. April 2015 hielt der Beschwerdeführer replicando an seinen Anträgen fest und vertiefte seine Argumentation, ohne dabei wesentlich Neues vorzubringen.

### **E. 8**

Am 4. Mai 2015 hielt auch die Beschwerdegegnerin an ihren Anträgen fest.

### **E. 9**

Am 14. Januar 2016 wurden vom streitberufenen Verwaltungsgericht in Anwesenheit des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, der Vertreterin der Beschwerdegegnerin sowie dem Rechtsvertreter des Kantonsspietals Graubünden in dieser Angelegenheit die operierenden Ärzte Dr. med.

- 6 - G.\_\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_\_ als Zeugen einvernommen. Im Nachgang zu diesen Einvernahmen reichten die Parteien am 16. Februar 2016 (Beschwerdeführer) beziehungsweise am 16. und 23. Februar 2016 (Beschwerdegegnerin) ihre Stellungnahmen zu den Einvernahmeprotokollen ein. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften, die Aussagen der Zeugen anlässlich der Einvernahmen vom 14. Januar 2016 sowie auf den angefochtenen Einspracheentscheid vom 12. Februar 2015 wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. a) Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) i.V.m. Art. 56 Abs. 1 und Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) kann gegen Einspracheentscheide Beschwerde beim Versicherungsgericht desjenigen Kantons erhoben werden, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. Vorliegend hat der Beschwerdeführer Wohnsitz im Kanton Graubünden, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtes des Kantons Graubünden gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtes ergibt sich aus Art. 57 ATSG i.V.m. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100), wonach das Verwaltungsgericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden gegen Einspracheentscheide und Verfügungen in Sozialversicherungssachen beurteilt, die gemäss Bundesrecht der Beschwerde unterliegen. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Februar 2015, mit welchem die Beschwerdegegnerin die Einsprache des heutigen Be-

- 7 - schwerdeführers abgewiesen und gleichzeitig ihre Verfügung vom 24. Juli 2014 bestätigt hat, stellt demnach ein taugliches Anfechtungsobjekt für ein Verfahren vor dem Verwaltungsgericht dar. Als formeller und materieller Adressat des angefochtenen Einspracheentscheids ist der Beschwerdeführer berührt und weist ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung auf (Art. 59 ATSG). Auf die zudem frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde ist somit – unter Vorbehalt der nachfolgenden Erwägung 1b – einzutreten. b) Der Beschwerdeführer beantragt in seiner Beschwerde vom 10. März 2015 die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 12. Februar 2015 sowie der Verfügung vom 24. Juli 2014. Diesbezüglich gilt es zu beachten, dass der Einspracheentscheid gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtes an die Stelle der Verfügung tritt und damit alleiniger Anfechtungsgegenstand des Beschwerdeverfahrens bildet. Die Verfügung, soweit angefochten, hat mit dem Erlass des Einspracheentscheids jede rechtliche Bedeutung verloren (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_592/2012 vom 23. November 2012 E.3.2 mit Hinweisen). Soweit der Beschwerdeführer also auch die Verfügung vom 24. Juli 2014

anfecht, ist darauf nach dem soeben Gesagten nicht einzutreten. 2. In materieller Hinsicht streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die Be- schwerdegegnerin für die Folgen der komplikationsbehafteten Operation vom 16. Mai 2012 beziehungsweise des postoperativen Komplikations- managements gestützt auf das Vorliegen eines Unfalls im Sinne von Art. 6 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG leistungspflichtig ist. a) Die Unfallversicherung erbringt gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG Versicherungs- leistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Gemäss der Legaldefinition von Art. 4 ATSG ist unter einem Unfall die plötzliche, nicht beabsichtigte

- 8 - schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geisti- gen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat, zu verste- hen. b) Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist der äussere Faktor un- gewöhnlich, wenn er – nach einem objektiven Massstab – nicht mehr im Rahmen dessen liegt, was für den jeweiligen Lebensbereich alltäglich und üblich ist (BGE 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). Nach der Praxis ist es indessen mit dem Erforder- nis 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 zu- dem, objektiv betrachtet, entsprechend grosse Risiken in sich schliessen. c) Ob der Unfallbegriff, namentlich das Merkmal des ungewöhnlichen äusse- ren Faktors, im Rahmen einer Krankenbehandlung, für welche der Unfall- versicherer grundsätzlich nicht leistungspflichtig ist, ausnahmsweise er- füllt ist, ist aufgrund objektiver medizinischer Kriterien zu prüfen. Die Fra- ge 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 al- lein auf diesen selbst. Ohne Belang für die Prüfung der Ungewöhnlichkeit ist somit, dass der äussere Faktor allenfalls schwerwiegende, unerwartete Folgen nach sich zog. Ein Behandlungsfehler kann den Unfallbegriff na- mentlich dann erfüllen, wenn es sich um grobe und ausserordentliche Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar um absichtliche Schädigungen handelt, mit denen niemand rechnet oder zu rechnen

- 9 - braucht. Ob ein Unfall im Sinne des obligatorischen Unfallversicherungs- rechts vorliegt, beurteilt sich unabhängig davon, ob der Arzt oder die Ärz- tin einen Kunstfehler begangen hat, der eine zivil- oder öffentlich- rechtliche Haftung begründet. Ebenso wenig besteht eine Bindung an ei- ne allfällige strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Verhaltens (RUMO- JUNGO/HOLZER, in: MURER/STAUFFER [Hrsg.], Rechtsprechung des Bun- desgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Un- fallversicherung, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, Art. 6 S. 31 f.; LARGIER, Schädigende medizinische Behandlung als Unfall, Diss., Zürich 2002, S. 138; BGE 121 V 35 E.1b, 118 V 283 E.2b; Urteile des Bundesgerichtes 8C\_858/2014 vom 24. April 2015 E.2.2.2, 8C\_283/2014 vom 2. Septem- ber 2014 E.2.2.2, 8C\_708/2011 vom 9. November 2011 E.6.1; RKUV 2003 Nr. U 492 S. 371 E.2.3). 3. Zur Beurteilung vieler sich im Sozialversicherungsrecht stellenden Fragen sind Sozialversicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte auf Un- terlagen angewiesen, die ihnen vorab von Ärzten zur

Verfügung zu stellen sind. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichtes ist entschei-

- 10 - dend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1) Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c mit Hinweisen). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt sodann 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. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuver-

- 11 -lässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E.5.2, 135 V 465 E.4.4, 125 V 351 E.3b/ee, 122 V 157 E.1c). 4. a) Vorliegend wurde aufgrund einer beginnenden medialseitigen Gonarthrose und einer medialen Meniskusdegeneration links (bei Status nach diagnostischer Kniearthroskopie links mit Teilresektion mediales Hinterhorn, Débridement Knorpeldefekt Femur medialseitig mit bone cracking am 1. April 2009 und Status nach Kniearthroskopie links mit Narbenshaving antero-medial am 19. Mai 2009) im

Kantonsspital Graubünden die Indikation für eine gelenkserhaltende Chirurgie mittels Tibiavalgisationsosteotomie gestellt, da sich lateralseitig intakte chondrale Verhältnisse gezeigt hätten und der Beschwerdeführer noch relativ jung sei. In der Folge wurde im Kantonsspital Graubünden am 16. Mai 2012 eine Arthroskopie des linken Knies sowie eine open wedge-Osteotomie der proximalen Tibia mit TomoFix-Platte links durchgeführt. Bei der Osteotomie mit der Säge wurde dabei die Kniekehlenarterie (arteria poplitea) verletzt, was weitere operative Eingriffe erforderlich machte (vgl. die entsprechenden Operationsberichte vom 16. Mai 2012 [Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 4], 17. Mai 2012 [Bg-act. 2, 5 und 7], 20. Mai 2012 [Bg-act. 6], 21. Mai 2012 [Bg-act. 8], 24. Mai 2012 [Bg-act. 9 und 10], 27. Mai 2012 [Bg-act. 12], 30. Mai 2012 [Bg-act. 11] und 2. Juni 2012 [Bg-act. 13] sowie die Aktenzusammenfassung in der chirurgischen Beurteilung vom 21. Juli 2014 von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein Innere Medizin, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie FMH und für Gefässchirurgie FMH [Bg-act. 87 S. 2 ff.]). In der Folge wurde der Beschwerdeführer am 21. August 2012 von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, untersucht und neuromyographiert. Dabei wurde unter anderem eine ischämische Schädigung des N. peroneus und des N. tibialis sowie eine Partialnekrose des

- 12 - M. extensor digitorum longus, des M. extensor hallucis longus sowie des M. tibialis posterior diagnostiziert. Dr. med. K.\_\_\_\_\_ führte aus, dass klinisch-neurologisch erhebliche motorische und sensible Ausfälle von Seiten des N. peroneus und des N. tibialis links vorlägen. Am störendsten seien für den Beschwerdeführer die sensiblen Defizite begleitet von brennenden Dysästhesien und elektrisierenden Sensationen (vgl. den entsprechenden Arztbericht von Dr. med. K.\_\_\_\_\_ vom 24. August 2012 [Bg-act. 46]). Dr. med. L.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, führte im Arztbericht vom 21. Februar 2014 (Bg-act. 35) unter anderem aus, dass beim Beschwerdeführer postoperativ eine persistierende eingeschränkte Beweglichkeit der linken unteren Extremität verblieben sei. Es sei von einer dauerhaften Schädigung der linken unteren Extremität auszugehen. b) Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass es anlässlich der Tibiavalgisationsosteotomie vom 16. Mai 2012 und damit im Rahmen einer medizinischen Massnahme zu einer Verletzung – nicht aber zu einer Durchtrennung (entgegen Frage 6 der beschwerdegegnerischen Zeugenfrage) – der Kniekehlenarterie gekommen ist. Des Weiteren lässt sich den medizinischen Akten entnehmen, dass beim Beschwerdeführer bereits am 1. April und 19. Mai 2009 zwei Kniearthroskopien durchgeführt wurden und dieser bereits rund eineinhalb Jahre vor dem operativen Eingriff vom 16. Mai 2012 an progredienten Schmerzen im linken Kniegelenk anteromedial gelitten hat. Die durchgeführten Abklärungen ergaben sodann eine mediale Gonarthrose und eine mediale Meniskusdegeneration links (vgl. den Operationsbericht vom 16. Mai 2012 [Bg-act. 4]). Folglich stellt die in der Folge durchgeführte Operation vom 16. Mai 2012, bei welcher es zur Verletzung der Kniekehlenarterie gekommen ist, eine Behandlung für Krankheitsfolgen dar, für welche der Unfallversicherer grundsätzlich nicht leistungspflichtig ist. Wie vorstehend bereits dargestellt kann ein Behandlungsfehler ausnahmsweise den Unfallbegriff erfül-

- 13 - len, wenn es sich um grobe und ausserordentliche Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar um absichtliche Schädigungen handelt, mit denen niemand rechnet oder zu rechnen braucht (vgl. vorstehend E.2c). Zu prüfen ist im

Folgenden somit, ob die anlässlich des operativen Eingriffs vom 16. Mai 2012 erfolgte Verletzung der Kniekehlenarterie einen ungewöhnlichen äusseren Faktor darstellt, mithin ein Behandlungsfehler vorliegt, und – bejahendenfalls – ob den operierenden Ärzten eine absichtliche Schädigung oder eine grobe und ausserordentliche Verwechslung oder Ungeschicklichkeit vorzuwerfen ist, mit welcher der Beschwerdeführer weder rechnete noch zu rechnen brauchte. 5. a) Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, mit dem fehlenden Schutz der Weichteile und der Nichtbeachtung der Empfehlungen bezüglich Beugung des Knies bei der Erstoperation vom 16. Mai 2012, der unterlassenen apparativen Diagnostik trotz diverser Alarmzeichen nach der Operation, dem Zuwarten mit dem operativen Eingriff (Gefässrekonstruktion) trotz Wissen um das fehlende Flusssignal in der Arterie sowie der unterlassenen Logenspaltung im unmittelbaren Anschluss an die Gefässrekonstruktion trotz Kenntnis des Reperfusionssyndroms seien elementarste Sorgfaltspflichten verletzt worden. Diese Sorgfaltspflichtverletzungen hätten zur fatalen bleibenden Schädigung am Unterschenkel des Beschwerdeführers geführt. Gemäss den beschwerdegegnerischen Versicherungsmedizinern müsse von einem schweren Organisationsversagen gesprochen werden. Jedes einzelne Versagen für sich beziehungsweise jede einzelne Pflichtverletzung erfülle die Anforderungen an die Ungewöhnlichkeit und Plötzlichkeit. Auch die zu späte Sanierung der verletzten Arterie und die zu späte Logenspaltung erfüllten den Unfallbegriff. Demgegenüber verneint die Beschwerdegegnerin gestützt auf die chirurgische Beurteilung ihrer Versicherungsmediziner Dres. med. C.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2014 (Bg-act. 87) das Vorliegen eines

- 14 - ungewöhnlichen äusseren Faktors und damit eine Leistungspflicht ihrerseits. b) Zunächst gilt es festzuhalten, dass aufgrund der Akten und der chirurgischen Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_, Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2014 eine absichtliche Schädigung ausgeschlossen werden kann. Eine solche wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Sodann wird in der chirurgischen Beurteilung der beschwerdegegnerischen Versicherungsmediziner vom 21. Juli 2014 (Bg-act. 87 S. 8 f.) anhand der Akten schlüssig aufgezeigt, dass das bei der komplikationsbehafteten Operation vom 16. Mai 2012 zur Anwendung kommende Operationsverfahren vollumfänglich indiziert gewesen und die präoperative Planung mit der zu fordernden Sorgfalt durchgeführt worden ist. Bei den Akten finden sich keine Hinweise, die dem entgegen sprechen würden. c) Hinsichtlich der komplikationsbehafteten Operation vom 16. Mai 2012 haben die beiden vom streitberufenen Gericht am 14. Januar 2016 einvernommenen Zeugen Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_, welche die fragliche Operation durchgeführt haben, übereinstimmend bestätigt, dass während der Operation keine Komplikationen aufgetreten seien. Die Weichteile seien mittels der dazu notwendigen Hebel/Haken geschützt worden und die Umstellungsosteotomie (Durchtrennung des Knochens) sei in Beugstellung des Knies vorgenommen worden. Ebenfalls übereinstimmend sagten die Zeugen zur Frage, weshalb weder der Schutz der Weichteile noch die Beugung des Knies im entsprechenden Operationsbericht vom 16. Mai 2012 erwähnt seien, dass es sich bei der fraglichen Operation um eine Standardoperation handle, bei welcher nicht jeder Standardschritt Eingang in den Operationsbericht fände. Solche Standardsachen, die ohnehin dazu gehörten, würden nicht explizit erwähnt und oftmals weggelassen, weil sonst der Operationsbericht viel zu lang

- 15 - werde (vgl. die entsprechenden Zeugenaussagen in den Einvernahme-protokollen vom 14. Januar 2016). Bestätigt werden diese Aussagen auch durch die chirurgische Beurteilung der beschwerdegegnerischen Versicherungsmediziner, wo ausgeführt wird, dass aus der fehlenden Angabe im Operationsbericht, mit welchen Instrumenten die Strukturen der Kniekehle bei der Osteotomie mit der Säge geschützt worden seien, kein Behandlungsfehler abgeleitet werden könne. Es handle sich beim Schutz der Weichteile um eine Selbstverständlichkeit, welche im Operationsbericht nicht erwähnt werde (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 9). Inwiefern nach den übereinstimmenden Aussagen der Zeugen hinsichtlich Schutz der Weichteile weiterhin von einem ungenügenden Schutz derselben auszugehen wäre – wie dies vom Beschwerdeführer in dessen Stellungnahme vom 16. Februar 2016 zu den Einvernahme-Protokollen behauptet wird – ist weder ersichtlich noch wird dies vom Beschwerdeführer näher ausgeführt. d) Gemäss Operationsbericht vom 16. Mai 2012 (Bg-act. 4) wurde die komplikationsbehaftete Operation in Oberschenkel-Blutsperre links durchgeführt. In der chirurgischen Beurteilung der beschwerdegegnerischen Versicherungsmediziner wird diesbezüglich ausgeführt, dass dies ein gebräuchliches Verfahren sei und sich eine Gefässverletzung naturgemäss bei liegender Oberschenkelblutsperre nicht an einer Blutung erkennen lasse (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 9 f.). Dies ist auch für medizinische Laien nachvollziehbar und verständlich. Anlässlich der Zeugeneinvernahme vom 14. Januar 2016 bestätigte Dr. med. H.\_\_\_\_\_ denn auch, dass die Verletzung eines arteriellen Gefässes nicht bemerkt werden könne, wenn die Operation in Blutsperre durchgeführt werde, da die verwendete Oberschenkeldruckmanschette den Blutfluss völlig sistiere (vgl. die entsprechende Zeugenaussage von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ im Einvernahmeprotokoll vom 14. Januar 2016 S. 5 f.). Dementsprechend kann aber aus der Tatsache, dass die Gefässverlet-

- 16 - zung der Kniekehlenarterie anlässlich der Operation vom 16. Mai 2012 von den Ärzten nicht erkannt wurde – entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung – nicht auf eine unsorgfältige Vorgehensweise geschlossen werden. e) Nicht relevant hinsichtlich der Frage nach einem allfälligen Behandlungsfehler im Sinne einer groben und ausserordentlichen Verwechslung oder Ungeschicklichkeit ist sodann die Tatsache, dass bei der Operation vom 16. Mai 2012 die Osteotomie (Durchtrennung des Knochens) offenbar nicht auf Anhieb geklappt hat. Dr. med. H.\_\_\_\_\_ führte anlässlich der Zeugeneinvernahme vom 14. Januar 2016 diesbezüglich aus, dass die Durchtrennung des Knochens sehr selten auf Anhieb genau schön gelinge. In den meisten Fällen müsse – wie vorliegend – noch etwas nachgesägt oder mit einem Meissel noch etwas nachgeholfen werden (vgl. die entsprechende Zeugenaussage von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ im Einvernahmeprotokoll vom 14. Januar 2016 S. 7). Vor diesem Hintergrund ist es – entgegen der beschwerdeführerischen Auffassung – denn auch nicht zu beanstanden, dass die nicht auf Anhieb erfolgreiche Durchtrennung des Knochens keinen Eingang in den Operationsbericht gefunden hat, zumal es sich beim Nachsägen beziehungsweise bei der Nachhilfe mit einem Meissel offensichtlich um ein übliches, standardmässiges Vorgehen handelt. f) Nach dem vorstehend Gesagten erweist sich das Fazit der chirurgischen Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ vom 21. Juli 2014, wonach dem Operationsbericht nichts zu entnehmen sei, dass vom üblichen Vorgehen abgewichen worden sei und keine Verletzung der Sorgfaltspflicht zu erkennen sei, als schlüssig und nachvollziehbar. Im Gegenteil dokumentieren – wie die beschwerdegegnerischen Versicherungsmediziner zu Recht festhalten – weite Passagen des Operationsberichts ein besonders sorgfältiges

Vorgehen. Ebenfalls

- 17 - nachvollziehbar und schlüssig anhand der Erläuterungen zur Lage der Gefässe in Relation zum Knochen und den Literaturangaben (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 14 f.) ist sodann, dass es keiner groben und ausserordentlichen Verwechslung oder Ungeschicklichkeit bedarf, um die Arterie zu verletzen. Die beschwerdegegnerischen Versicherungsmediziner führen diesbezüglich aus, dass das Verletzen der Kniekehlenarterie bei einer Tibiakopfumstellungsosteotomie eine seltene aber typische Komplikation sei. Die besondere Nähe zwischen Gefässnervenbündel, hier der Arterie, und dem mit der Säge zu durchtrennenden Knochen erkläre, warum es keiner groben und ausserordentlichen Verwechslung oder Ungeschicklichkeit bedürfe, um die dem Knochen eng benachbarte Arterie zu verletzen. Es handle sich nicht um eine Komplikation, mit der niemand rechne. Es läge kein Hinweis vor, dass die komplikationsbehaftete Operation nicht mit der notwendigen Sorgfalt durchgeführt worden sei. Ein Behandlungsfehler für die Operation selber sei nicht ausgewiesen (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 15). Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 31. März 2015 zu Recht ausführt, gelten diese Ausführungen auch bezüglich des Nervus peroneus superficialis. Entgegen den beschwerdeführerischen Ausführungen in dessen Beschwerdeschrift vom

#### **E. 10**

März 2015 haben sich die beschwerdegegnerischen Versicherungsmediziner auch zum Nervus peroneus superficialis geäussert und festgehalten, dass anlässlich der Operation vom 16. Mai 2012 eine ischämische Neuropathie des Nervus peroneus resultiert habe und von einer dauerhaften Schädigung der linken unteren Extremität auszugehen sei (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 12). Zudem sei das Verletzungsrisiko des Nervus peroneus gemäss Statistik um ein Vielfaches höher als die Verletzung der Kniekehlenarterie (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 15). Wenn es aber aufgrund der besonderen Nähe zwischen Gefässnervenbündel und dem zu durchtrennenden Knochen bereits keiner groben und ausseror-

- 18 - dentlichen Verwechslung oder Ungeschicklichkeit bedarf, um die Kniekehlenarterie zu verletzen, muss dies aufgrund des höheren Verletzungsrisikos erst recht auch für den Nervus peroneus gelten. Im Übrigen lässt sich auch aus der Tatsache, dass iatrogen verursachte Verletzungen der Kniekehlenarterien sehr selten beziehungsweise auch Verletzungen des Nervus peroneus selten sind, noch kein Behandlungsfehler ableiten. Denn die Komplikationshäufigkeit ist nach der Rechtsprechung bei der zu beantwortenden Frage nach dem Vorliegen eines Unfalls wohl mitzubetrachten, kann aber nicht alleiniges, ausschlaggebendes Kriterium zur Bejahung der Aussergewöhnlichkeit des äusseren Faktors bilden (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_283/2014 vom 2. September 2014 E.3.5). Schliesslich erweisen sich die Schlussfolgerungen der Versicherungsmediziner Dres. med. C.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_, wonach die akzidentelle Verletzung der Kniekehlenarterie bei der Tibiakopfoosteotomie weder einen Behandlungsfehler darstelle noch das Kriterium einer groben und ausserordentlichen Verwechslung, mit der niemand rechne, erfülle (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 16), auch angesichts der Zeugeneinvernahmen vom 14. Januar 2016 als schlüssig und nachvollziehbar. Die chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der Vorakten (SUVA-Akten, medizinische Berichte, Röntgendossier) abgegeben. Die Beurteilung ist einleuchtend und die

Schlussfolgerungen der Versicherungsmediziner sind begründet. Dementsprechend kommt der chirurgischen Beurteilung vom 21. Juli 2014 voller Beweiswert zu. Im Sinne eines Zwischenfazit lässt sich nach dem vorstehend Gesagten somit festhalten, dass es sich bei der anlässlich des operativen Eingriffs vom 16. Mai 2012 iatrogen verursachten Schädigung der Kniekehlenarterie (und des Nervus peroneus) weder um eine grobe und ausserordentliche Verwechslung noch um eine grobe Ungeschicklichkeit, mit der niemand rechnet oder zu rechnen braucht, handelt. Folglich liegt – zumindest hinsichtlich der komplikationsbehafteten Operation vom 16. Mai 2012 – kein

- 19 - Unfall im Sinne von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG vor (zur Kasuistik bei schädigenden medizinischen Behandlung vgl. RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., Art. 6 S. 33 - 35; LARGIER, a.a.O., S. 99 ff.). Bei diesem Zwischenergebnis sowie angesichts der übereinstimmenden Aussagen der operierenden Ärzte Dr. med. H. \_\_\_\_\_ und Dr. med. G. \_\_\_\_\_ kann in Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung (vgl. BGE 134 I 140 E.5.3, 127 V 491 E.1b, 124 V 90 E.4b, 122 V 157 E.1d) auf die vom Beschwerdeführer in dessen Stellungnahme zu den Einvernahmeprotokollen vom 16. Februar 2016 abermals beantragte Einvernahme des Assistenzarztes cand. med. I. \_\_\_\_\_ verzichtet werden, da von dessen Aussagen keine weiteren entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind. 6. Zu prüfen bleibt, ob das unmittelbar an die komplikationsbehaftete Operation vom 16. Mai 2012 anschliessende Komplikationsmanagement den Unfallbegriff im Sinne von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG erfüllt und dementsprechend eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin auszulösen vermag. a) Hinsichtlich des Komplikationsmanagements sind sich die Parteien insofern einig, als dieses fehlerhaft war. In der chirurgischen Beurteilung vom 21. Juli 2014 halten Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. E. \_\_\_\_\_ zusammenfassend denn auch fest, dass das Komplikationsmanagement die zu fordernde Sorgfalt vermissen lasse. Die postoperative Überwachung sei unzureichend gewesen und die erforderlichen Untersuchungen seien nicht zeitgerecht durchgeführt worden. Es müsse als Behandlungsfehler angesehen werden, dass die Gefässrekonstruktion trotz konkreter Hinweise auf eine Minderdurchblutung des Beins nicht innerhalb von sechs Stunden, sondern erst rund elf Stunden nach der komplikationsbehafteten Operation erfolgt sei. Das nicht Gewährleisten der Ischämie beseitigenden gefässchirurgischen Eingriffs innerhalb eines

- 20 - Zeitraums von sechs Stunden stelle eine Verletzung der Sorgfaltspflicht dar. Zudem sei auch die wegen des Reperfusionssyndroms erforderliche Logenspaltung zu spät vorgenommen worden. Auch dies stelle einen Behandlungsfehler dar (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 11 f. und 15 f.). Die Versicherungsmediziner verneinen indes das Vorliegen einer groben und aussergewöhnlichen Verletzung oder Ungeschicklichkeit, mit der niemand rechnen müsse. Sie begründen dies damit, dass an der postoperativen Überwachung, der postoperativen Diagnostik sowie den Revisionsoperationen Ärzte und Pflegekräfte mehrerer Abteilungen beteiligt gewesen seien. Ein zähes Zusammenspiel dieser Abteilungen, das zu einer derartigen, schädigenden zeitlichen Verzögerung führe, stelle ein Organisationsversagen dar. Da der korrekte Ablauf vom Zusammenspiel vieler einzelner Akteure unterschiedlicher Bereiche des Spitals abhängt, sei dieses Misslingen der guten Zusammenarbeit nicht gleichzusetzen mit einer groben und ausserordentlichen Verwechslung oder Ungeschicklichkeit, mit der niemand rechnen müsse (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 15 f.). b) Dieser Beurteilung ist im Ergebnis zuzustimmen, auch wenn die Begründung nicht

vollends zu überzeugen vermag. Vorliegend gilt es die Aussagen der Zeugin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ zum Ablauf nach Beendigung der komplikationsbehafteten Operation vom 16. Mai 2012 zu beachten, nachdem der Beschwerdeführer unter starken Schmerzen aufgewacht ist. Danach seien nach einem Untersuchen des Beschwerdeführers die Differentialdiagnosen Hämatom im Rückenbereich, Kompartmentsyndrom und Gefäßverletzung gestellt worden. Nachdem der Beschwerdeführer vom Kreuzspital an den Hauptstandort verlegt und ein Kompartmentsyndrom aufgrund normaler Druckverhältnisse im Unterschenkel habe ausgeschlossen werden können, habe entschieden werden müssen, ob zuerst eine Magnetresonanztomographie (MRI) zur Klärung der Rückenproblematik oder eine Angio-Computertomographie (Angio-CT) zur Feststellung

- 21 - einer allfälligen Gefäßverletzung durchgeführt werden solle. Weil das MRI noch in Betrieb gewesen sei, was für diese Tageszeit aussergewöhnlich sei, habe man sich entschieden, zuerst eine MRI-Untersuchung durchzuführen. Die entsprechende Untersuchung habe ergeben, dass im Rückenbereich alles in Ordnung sei. Danach sei die Angio-CT durchgeführt worden, wobei die Bilder aufgrund technischer Probleme nicht sofort einsehbar gewesen seien, was zu einer Zeitverzögerung geführt habe. Rückblickend betrachtet sei die MRI-Untersuchung eine Zeitverzögerung gewesen, weil die Gefäßverletzung früher erkannt worden wäre, wenn zuerst die Angio-CT durchgeführt worden wäre. Es sei eine Abwägungsentscheidung gewesen, welche Untersuchung zuerst durchgeführt werden solle. Ein Hämatom im Rückenbereich, welches einen Nerv abdrücke, sei auch eine Notfallsituation und könne schwerwiegende Folgen haben. Deshalb sei zuerst die MRI-Untersuchung und erst danach die Angio-CT durchgeführt worden. Nach Feststellung der Gefäßverletzung sei die Gefässchirurgie informiert worden, welche sich in der Folge nochmals mit dem Radiologen abgesprochen habe. Daraufhin sei nochmals eine Sonografie der Kniekehle zur genauen Darstellung gemacht worden, bevor dann die Operation angemeldet worden sei (vgl. die entsprechende Zeugenaussage von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ im Einvernahmeprotokoll vom

#### **E. 14**

Januar 2016 S. 7 f.). c) Diese Schilderungen der Zeugin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ lassen die Beurteilung der beschwerdegegnerischen Versicherungsmediziner, wonach das zähe Zusammenspiel der involvierten Abteilungen zwar ein Organisationsversagen darstelle, welches aber nicht gleichzusetzen sei mit einer groben und ausserordentlichen Verwechslung oder Ungeschicklichkeit, mit der niemand rechnen müsse, plausibler erscheinen. Wie die Zeugin Dr. med. G.\_\_\_\_\_ glaubwürdig darstellt, standen nach der komplikationsbehafteten Operation vom 16. Mai 2012 drei Differentialdiagnosen im Raum, welche in der Folge mittels Differentialdiagnostik voneinander ab-

- 22 - gegrenzt beziehungsweise mittels Ausschlussdiagnostik eine nach der anderen ausgeschlossen werden musste, um zur eigentlichen Diagnose zu gelangen. Nachdem ein Kompartmentsyndrom aufgrund normaler Druckverhältnisse im Unterschenkel relativ schnell ausgeschlossen wurde, entschieden sich die nachbehandelnden Ärzte – wie gesehen –, zuerst eine MRI-Untersuchung durchzuführen, weil ein Hämatom im Rückenbereich, welches einen Nerv abdrücke, ebenfalls eine Notfallsituation darstelle und schwerwiegende Folgen haben könne. Das in der Folge durchgeführte MRI konnte die akute Beschwerdesymptomatik indes nicht erklären. Bezüglich der durchgeführten MRI-Untersuchung bemängeln die beschwerdegegnerischen Versicherungsmediziner, dass diese vor der Duplexsonographie und der Angio-CT durchgeführt worden sei, weil auf-

grund des abgeschwächten Fusspulses nicht zu erwarten gewesen sei, dass das MRI die akute Beschwerdesymptomatik erklären könne (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 10 f.). In der Folge wurde nach Durchführung einer Duplexsonographie, mit welcher kein Flussignal über der Kniekehlenarterie nachgewiesen werden konnte, eine Angio-CT durchgeführt, anlässlich welcher die Gefässverletzung erkannt wurde. Rückblickend betrachtet wäre es – wie Dr. med. G.\_\_\_\_\_ anlässlich der Zeugeneinvernahme vom 14. Januar 2016 selber eingestanden – sicherlich sinnvoller gewesen, vor der MRI-Untersuchung eine Angio-CT durchzuführen, weil dadurch die Gefässverletzung früher erkannt worden wäre und dementsprechend die Gefässrekonstruktion früher hätte vorgenommen werden können. Dies zumal es gemäss den beschwerdegegnerischen Versicherungsmediziner aufgrund des abgeschwächten Fusspulses – wie gesehen – nicht zu erwarten gewesen sei, dass die MRI-Untersuchung die akute Beschwerdesymptomatik erklären könne. Des Weiteren bemängeln die beschwerdegegnerischen Versicherungsmediziner, dass im unmittelbaren postoperativen Verlauf die Fusspulse nur durch Tasten beurteilt wurden und im Bereich der Grosszehe des operierten Beins kein Sensor einer Pulsoxymetrie befestigt wurde,

- 23 - welcher mit hoher Wahrscheinlichkeit angezeigt hätte, dass die Durchblutungsverhältnisse nicht intakt waren, wodurch das Ischämiesyndrom früher erkannt worden wäre (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 10). Schliesslich sei es auch unverständlich, dass die Logenspaltung (Kompartmentspaltung) nicht im unmittelbaren Anschluss an die Gefässrekonstruktion, sondern erst mit einer Verzögerung von rund drei Stunden, durchgeführt worden sei (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 11 f.). Dennoch haben die Versicherungsmediziner das Vorliegen einer groben und aussergewöhnlichen Verletzung oder Ungeschicklichkeit, mit der niemand rechnen müsse, verneint, da an der postoperativen Überwachung und Diagnostik sowie den Revisionsoperationen Ärzte und Pflegekräfte mehrerer Abteilungen beteiligt gewesen seien und ein zähes Zusammenspiel dieser Abteilungen zwar ein Organisationsversagen, nicht aber eine grobe und ausserordentliche Verwechslung oder Ungeschicklichkeit darstelle, mit der niemand rechnen müsse (vgl. chirurgische Beurteilung vom 21. Juli 2014 [Bg-act. 87] S. 15 f.). d) Zusammenfassend lässt sich nach dem vorstehend Gesagten festhalten, dass die involvierten Ärzte nach der komplikationsbehafteten Operation vom 16. Mai 2012 wohl nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt haben; dennoch weist das Komplikationsmanagement – wie gesehen – einige Fehler auf. Insbesondere muss die postoperative Überwachung als unzureichend qualifiziert werden und die erforderlichen Untersuchungen wurden nicht zeitgerecht durchgeführt. Die unzureichende Überwachung und die nicht zeitgerecht erfolgten Untersuchungen in der postoperativen Phase sind – zumindest teilweise – auf ein Verkennen der Situation zurückzuführen. Sie vermögen indes keine Haftung der Beschwerdegegnerin zu erfüllen. Analog einer falschen Indikation kann die Fehlbeurteilung der Schmerzen und Symptome nämlich nicht als aussergewöhnlich bezeichnet werden (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgericht-

- 24 - tes U 368 vom 16. November 1999 E.3c, 3d und 4; LARGIER, a.a.O., S. 118 f.). Da das fehlerhafte Komplikationsmanagement die von der Rechtsprechung gesetzte Schwelle der Ungewöhnlichkeit nicht überschreitet, fehlt es vorliegend am Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit. Folglich liegt aber auch hinsichtlich des fehlerhaften Komplikationsmanagements kein Unfall im Sinne von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG vor. 7. a) Da

weder der operative Eingriff vom 16. Mai 2012 selber noch das post-operative, fehlerhafte Komplikationsmanagement die von der Rechtsprechung gesetzte Schwelle der Ungewöhnlichkeit überschreiten, fehlt es vorliegend am Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit, weshalb ein Unfall im Sinne von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 4 ATSG und damit verbunden auch die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin zu verneinen ist. Da die Aktenlage ausreichend ist, um den medizinischen Sachverhalt beurteilen zu können und der chirurgischen Beurteilung der Versicherungsmediziner vom 21. Juli 2014 (Bg-act. 87), auf welche die Beschwerdegegnerin zu Recht abgestellt hat, voller Beweiswert zukommt, sind weitere medizinische Abklärungen nicht angezeigt, da hiervon keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 134 I 140 E.5.3, 127 V 491 E.1b, 124 V 90 E.4b, 122 V 157 E.1d). Der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. Februar 2015 erweist sich somit als rechters, was zur vollumfänglichen Bestätigung desselben und zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt, soweit darauf einzutreten ist (vgl. vorstehend E.1b). b) Gemäss Art. 61 lit. a ATSG ist das kantonale Beschwerdeverfahren in Sozialversicherungssachen – ausser bei leichtsinniger oder mutwilliger Prozessführung – für die Parteien kostenlos. Demnach werden für das vorliegenden Beschwerdeverfahren keine Kosten erhoben. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG). Demnach erkennt das Gericht:

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