

SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/61 vom 20. Oktober 2014

Sg Versicherungsgericht, 2014-10-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2013_61

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/61 du 20 octobre 2014

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2013/61 del 20 ottobre 2014

Regeste

Art. 4 ATSG. Medizinische Massnahme. Der Unfallbegriff ist nicht erfüllt, da weder die Erweiterung des operativen Eingriffs noch der postoperativ aufgetretene Infekt oder die Nachbehandlung das Merkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Oktober 2014, UV 2013/61). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_858/2014

Erwägungen

E. 1

Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob der am 26. Januar 2011 durchgeführte operative Eingriff einen Unfall im Sinne von Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 820.1) darstellt und die Beschwerdegegnerin als Unfallversicherer entsprechend leistungspflichtig ist. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob das Merkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllt ist. 1.1 Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Zudem erbringt die Versicherung Leistungen für Schädigungen, die dem Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (vgl. Art. 6 Abs. 3 UVG). Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG). 1.2 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist der äussere Faktor ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen. Dies gilt auch, wenn zu beurteilen ist, ob ein ärztlicher Eingriff den gesetzlichen Unfallbegriff erfüllt. Nach der Praxis ist es indessen mit dem Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit streng zu nehmen, wenn eine medizinische Massnahme in Frage steht (SVR 2001 KV Nr. 50 S. 145 E. 3a; BGE 122 V 233 E. 1, 118 V 61 E. 2b, 283 E. 2a, je mit Hinweisen). 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 (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. Zürich/Basel/Genf 2012, S. 31 f.). 1.3 Ob der Unfallbegriff und namentlich das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors im Rahmen einer Krankenbehandlung, für welche der Unfallversicherer grundsätzlich nicht leistungspflichtig ist, ausnahmsweise erfüllt ist, ist aufgrund objektiver medizinischer Kriterien zu prüfen. Die

Frage 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 selbst. Ein Behandlungsfehler kann den Unfallbegriff namentlich 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 braucht. Ob ein Unfall im Sinne des obligatorischen Unfallversicherungsrechts vorliegt, beurteilt sich unabhängig davon, ob der Arzt oder die Ärztin einen Kunstfehler begangen hat, der eine (zivil- oder öffentlich-rechtliche) Haftung begründet (RKUV 2003 Nr. U 492 S. 371 E. 2.3, U 56/01, Urteil des Bundesgerichtes vom 9. November 2011, 8C_708/2011, in: SVR 2012 UV Nr. 11 S. 37). 1.4 Der Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Dabei sind rechtserheblich alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Wenn es sich jedoch als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen, greift die Beweisregel Platz, dass die Parteien eine Beweislast insofern tragen, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zuungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 117 V 264 E. 3b, 115 V 142 E. 8a).

E. 2

2.1 Gemäss vorliegender Aktenlage hatte Dr. C.____ der Beschwerdeführerin beim operativen Eingriff vom 26. Januar 2011 neben einer Mikrodiskektomie L3/L4 und interspinösen Stabilisation L3/L4 (Diam) ohne Einwilligung ein weiteres interspinöses Implantat (Bacjac) auf Höhe L4/L5 eingesetzt (vgl. den Operationsbericht vom 26. Januar 2011, Suva-act. 18; vgl. auch die nicht unterzeichnete Operationseinwilligung vom 27. November 2012, Suva-act. 17). In diesem Zusammenhang ist zwischen den Parteien in erster Linie umstritten, ob diese von Dr. C.____ vorgenommene intraoperative Erweiterung des Eingriffs, worüber die Beschwerdeführerin präoperativ nicht aufgeklärt worden war, vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweicht und ein entsprechend grosses Risiko in sich birgt, so dass das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit als erfüllt zu erachten ist.

2.2 Die Beschwerdeführerin erachtet den Unfallbegriff als erfüllt, da die Erweiterung des Eingriffs ohne Aufklärung, die Indikationsstellung zur Behandlung der diagnostizierten Instabilität mit einem interspinösen Implantat sowie die Auswahl des Implantats vom medizinischen Standard derart abweiche, dass von einem Unfall ausgegangen werden müsse (act. G 1, S. 11). Die Beschwerdegegnerin verneint die Ungewöhnlichkeit gestützt auf die chirurgische-orthopädische Beurteilung von Dr. F.____ vom 28. Januar 2013 (Suva-act. 38).

2.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist grundsätzlich weder dessen Herkunft noch die Bezeichnung der eingereichten oder in

Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Auch den Berichten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kann rechtsprechungsgemäss Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen).

2.4 Dr. F.____ führte in seiner Beurteilung aus, in Kenntnis der Ausführungen im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 28. Juli 2011 (Suva-act. 11-54 ff.) sei die intraoperativ vermehrte segmentale Beweglichkeit auch in Höhe L4/L5 nachvollziehbar, da die Klinik als Diagnose ein chronisches lumbovertebrales Syndrom, unter anderem bei Hyperlaxität, nenne und erklärt werde, dass die geklagten Schmerzen u.a. auf eine ungenügende Stabilisationsfähigkeit der Wirbelsäule bei Hyperlaxität zurückzuführen seien. Es werde der sogenannte Beighton-Score mit 8 von 9 Punkten angegeben, wobei anzumerken sei, dass in der Literatur ab einem Wert von 5 eine generalisierte Hypermobilität als ausgewiesen gelte. Entsprechend erscheine es aufgrund der im Austrittsbericht mitgeteilten Befunde plausibel, dass Dr. C.____ auch in Höhe L4/L5 eine segmentale Instabilität vorgefunden habe. Dabei handle es sich um den gleichen Zustand wie ein Segment höher, für das der Operateur sich die Einwilligung habe geben lassen. Die intraoperative Erweiterung im Sinne der Durchführung eines für ein Wirbelsäulensegment bewilligten OP-Verfahrens auf ein weiteres Wirbelsäulensegment, für das intraoperativ dieselbe Diagnose gestellt werde, weiche vom medizinisch Üblichen nicht ganz erheblich ab. Hinsichtlich der Indikationsstellung und Implantatwahl führte Dr. F.____ aus, es sei zwar korrekt, dass der Hersteller als bevorzugte Indikation für das Bacjac-Implantat die Lumbalstenose mit neurogener Claudicatio angebe. Dies sei jedoch nicht die ausschliessliche Indikation, da eine interspinöse Stabilisierung mit dem Implantat ähnlich wie mit dem Diam-Implantat möglich sei. Ob nun überhaupt segmentale Instabilitäten mit einem interspinösen Transplantat erfolgsversprechend zu behandeln seien und welches der Implantate gegebenenfalls bevorzugt werden sollte, sei Frage eines Expertenstreits. Bezüglich der OP-Indikation und der Implantatwahl liege keine medizinische Massnahme vor, die, ähnlich einer ausserordentlichen Verwechslung oder Ungeschicklichkeit, mit der niemand zu rechnen brauche, vom Üblichen ganz erheblich abweiche. Zusammenfassend weiche die intraoperative Erweiterung des Eingriffs ohne Aufklärung, die Indikationsstellung zur Behandlung der von Dr. C.____ diagnostizierten segmentalen Instabilität mit einem interspinösen Implantat sowie die Auswahl des Implantats im Abschnitt L4/L5 vom medizinischen Standard nicht in einem Ausmass ab, dass aus medizinischer Sicht ein Unfall nach Art. 4 ATSG vorliege (Suva-act. 38).

2.5 Dr. F.____ legt in seiner Beurteilung in Würdigung der vorliegenden medizinischen Untersuchungsberichte und der bildgebenden Abklärungen überzeugend dar, dass der von Dr. C.____ durchgeführte Eingriff sowohl in Bezug auf die intraoperative Erweiterung als auch auf die Wahl des Implantats nicht derart aussergewöhnlich ist, dass ein Unfall nach Art. 4 ATSG zu bejahen wäre. Dr. F.____ zeigt einleuchtend auf, dass vor dem Hintergrund der intraoperativ gestellten Diagnose die von Dr. C.____ vorgenommene chirurgische Massnahme (Erweiterung des Eingriffs auf ein weiteres Wirbelsäulensegment) weder vergleichbar ist mit einer ausserordentlichen Verwechslung bzw. Ungeschicklichkeit noch mit einer absichtlichen Schädigung, mit der niemand rechnet oder zu rechnen braucht. Wie Dr. F.____ plausibel darlegt, mag die Einsetzung der Implantate als indizierte Behandlung bei der vorliegenden Diagnose Frage eines Expertenstreites sein. So führte denn auch Dr. E.____ im Bericht vom 9. Mai 2011 aus, die Indikation für das auf L4/L5 liegende

interspinöse Implantat sei nicht ganz klar (Suva-act. 36). Die Durchführung einer solchen chirurgischen Massnahme, deren Indikation nicht abschliessend geklärt ist, genügt jedoch vor dem Hintergrund des an das Merkmal der Ungewöhnlichkeit anzulegenden strengen Massstabes nicht für die Bejahung des Unfallbegriffs. So ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung lediglich entscheidend, ob der Eingriff als solcher das Begriffsmerkmal der Aussergewöhnlichkeit erfüllt; der Indikation kommt in diesem Zusammenhang dagegen 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 nachträglich als falsch, liegt eine blosser Fehlbildung vor (vgl. BGE 118 V 283 E 3b). Wie in Erwägung 1.3 aufgezeigt, hat der Unfallversicherer hierfür nur aufzukommen, wenn die (nicht indizierte) Vorkehr selber die Schwelle der Aussergewöhnlichkeit überschreitet, was vorliegend zu verneinen ist. 2.6 Wie von der Beschwerdegegnerin im Einspracheentscheid vom 18. Juli 2013 (Suva-act. 49, S. 5 f.) dargelegt, vermag auch der Einwand der Beschwerdeführerin, sie sei über die interspinöse Stabilisierung L4/L5 präoperativ nicht aufgeklärt worden, vor dem Hintergrund, dass sie unbestrittenermassen über das OP-Verfahren und die Risiken hinsichtlich des Wirbelsäulensegments L3/L4 aufgeklärt worden war und diesbezüglich ihre Einwilligung erteilt hatte, und sich die Erweiterung dieses Verfahrens auf das benachbarte Segment L4/L5 aufgrund gleicher Diagnose erst intraoperativ ergeben hatte, nicht durchzudringen. Dass ein Operateur in einem solchen Fall den Eingriff erweitert, stellt in medizinischer Hinsicht nichts derart Aussergewöhnliches dar, als dass das Merkmal der Ungewöhnlichkeit als erfüllt zu erachten wäre. 2.7 Nach dem Gesagten geht die Beschwerdegegnerin gestützt auf die plausible Beurteilung von Dr. F.____ im Einspracheentscheid vom 18. Juli 2013 zu Recht davon aus, dass die am 26. Januar 2011 durchgeführte medizinische Massnahme vom medizinisch Üblichen nicht ganz erheblich abweicht und somit bezüglich des operativen Eingriffs kein Unfallereignis nach Art. 4 ATSG vorliegt.

E. 3

3.1 Im Weiteren stellt sich die Frage, ob der postoperative Verlauf und insbesondere die postoperativen Komplikationen in Form des aufgetretenen Infekts das Merkmal der Ungewöhnlichkeit erfüllen. Hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin erlittenen Infekts ist darauf hinzuweisen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine Infektion durch eine Operationswunde nur dann als ungewöhnlich zu erachten ist, wenn sie nicht unter die Risiken fällt, mit welchen man bei der Vornahme einer medizinischen Massnahme grundsätzlich zu rechnen hat (vgl. BGE 118 V 230 E. 5a f.). Vorliegend sind den Akten keine Hinweise darauf zu entnehmen, dass der von der Beschwerdeführerin erlittene Infekt derart aussergewöhnlich ist, dass man von einem Risiko sprechen müsste, mit welchem die Beschwerdeführerin im Voraus nicht zu rechnen brauchte. 3.2 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt, dass die postoperative Behandlung durch Dr. C.____ unzureichend gewesen sei, da er die Klagen der Beschwerdeführerin über starke Schmerzen im Wundbereich ignoriert und die Infektion falsch behandelt habe; er macht mithin auch bezüglich der Nachbehandlung durch Dr. C.____ einen Behandlungsfehler geltend (act. G 1 S. 11). 3.3 Im Bericht über die Kontrolluntersuchung vom 8. März 2011 führte Dr. C.____ aus, klinisch zeige sich eine

leichte Schwellung im oberen Drittel der Narbe, welche im normalen Rahmen sei. Ansonsten bestünden reizlose Wundverhältnisse und keine neurologischen Defizite. Die Röntgenuntersuchung der LWS habe eine gute Stellung der Implantate L3/L4 und L4/L5 interspinös ergeben. Das Segment L4/L5 sei vielleicht leicht überdistrahiert (Suva-act. 19). Am 23. März 2011 wurde die Beschwerdeführerin bei Diagnose einer oberflächlichen Wundinfektion lumbal nach Eingriff vom 26. Januar 2011 operiert (Wundexzision lumbal auf Höhe L3/L4). Im entsprechenden Bericht gleichen Datums wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe während der letzten 1.5 Wochen an einer zunehmenden Hautrötung mit Schwellung und progredienten lumbalen Schmerzen nach der Operation vom 26. Januar 2011 gelitten. Aufgrund der erhobenen Befunde mit zunehmenden Beschwerden habe man sich zur Wundrevision entschlossen. Bei der Operation hätten sich eine oberflächliche Infektion des subkutanen Fettgewebes und interspinös etwas nekrotisches Gewebe, aber kein Hinweis für ein Infektionszeichen und kein Eiter gezeigt. Am 25. März 2011 sei die Beschwerdeführerin bei reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen worden (Suva-act. 20 f.). Im Bericht über die Kontrolluntersuchung vom 19. April 2011 hielt Dr. C.____ fest, das Kontroll-MRI vom 12. April 2011 habe ein kleines subkutanes epifasziales Serom auf Höhe L3/L4 und eine kleine Resthernie L3/L4 ohne signifikante Stenose oder Wurzelkompression gezeigt. Das Segment L4/L5 scheine etwas überdistrahiert zu sein mit leichter kyphotischer Fehlstellung. Dies komme am ehesten als mögliche Schmerzursache in Frage. In dieser Situation komme bei seit drei Monaten persistierenden Beschwerden eine Revisionsoperation mit Entfernung des interspinösen Bacjac-Implantates L4/L5 in Frage. Da das Segment intraoperativ überbeweglich gewesen sei, sei eine dorsolaterale semirigide Stabilisation L3/L5 zu empfehlen (Suva-act. 23). Im Bericht vom 9. Mai 2011 hielt Dr. E.____, an welchen die Beschwerdeführerin überwiesen worden war, sodann fest, nach einer Verdachtsdiagnose bestätigten die aktuellen Röntgenuntersuchungen einen Infekt im Bereich des interspinösen Implantats auf Höhe L4/L5. Aufgrund der doch recht ausgedehnten Entzündung seien die Implantate zu entfernen (Suva-act. 36; vgl. auch den Bericht vom 4. Mai 2011, Suva-act. 37). Am 16. Mai 2011 wurden die beiden Implantate entfernt (Suva-act. 35).

3.4 Dr. F.____ äussert sich in seiner Beurteilung vom 28. Januar 2013 nicht zur postoperativen Behandlung der Beschwerdeführerin durch Dr. C.____, sondern merkt lediglich an, dass die Frage, ob hinsichtlich des "Komplikations-Managements" des Operateurs ein Behandlungsfehler anzunehmen sei, gegebenenfalls in einer weiteren Beurteilung zu klären sei (Suva-act. 38, S. 11). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass selbst bei Annahme eines Behandlungsfehlers, dieser im vorliegenden Fall aufgrund der Aktenlage nicht die Schwelle der Aussergewöhnlichkeit überschreitet und nicht als ausserordentliche Ungeschicklichkeit oder gar absichtliche Schädigung zu qualifizieren ist, zumal mehrere Kontrolluntersuchungen im März und April 2011 durchgeführt worden waren und der Infekt mit Blick auf die Untersuchungsberichte (vgl. Suva-act. 19 ff.) nicht ohne Weiteres erkennbar war und auch vom nachbehandelnden Kantonsspital St. Gallen erst aufgrund einer weiteren, im Rahmen einer Verdachtsdiagnose durchgeführten Röntgenuntersuchung im Mai 2011 bestätigt werden konnte (vgl. Suva-act. 36 f.).

3.5 Was schliesslich den eingereichten Bericht von Dr. G.____ vom 14. November 2013 (act. G 12.1) betrifft, so ist dieser entgegen der Argumentation des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vorliegend nicht geeignet, zu belegen, dass hinsichtlich des von Dr. C.____ durchgeführten Eingriffs und der postoperativen Behandlung das Merkmal der Ungewöhnlichkeit als erfüllt erachtet werden müsste, zumal sich dem Bericht bezüglich der im vorliegenden Verfahren

relevanten Fragen keinerlei Äusserungen entnehmen lassen.

E. 4

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass vorliegend kein versicherter Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG vorliegt. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Leistungspflicht damit zu Recht verneint.

E. 5

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsbeistandung (act. G 7) hat der Rechtsbeistand Anspruch auf Entschädigung. Ausgehend von einer mittleren Entschädigung von Fr. 4'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) hat der Staat hierfür im Umfang von 80% (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]), d.h. mit einem Betrag von Fr. 3'200.--, aufzukommen. Die Beschwerdeführerin kann indessen, wenn es ihre wirtschaftlichen Verhältnisse gestatten, zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (Art. 117 ff. der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] in Verbindung mit Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, [VRP; sGS 951.1]). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Der Staat hat den unentgeltlichen Rechtsbeistand der Beschwerdeführerin mit Fr. 3'200.-- zu entschädigen.

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