

SO_GERICHTE VSBES.2013.322 vom 28. Oktober 2013

SO Obergericht, 2013-10-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2013.322

FR: SO_GERICHTE VSBES.2013.322 du 28 octobre 2013

IT: SO_GERICHTE VSBES.2013.322 del 28 ottobre 2013

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geb. 1955, arbeitete seit dem 13. Mai 1998 in einem Vollzeitarbeitsverhältnis als Geschäftsführer bei der Firma B.____, und war in dieser Funktion bei der Zürich Versicherungsgesellschaft (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert.

Mit Unfallmeldung vom 25. Oktober 2010 teilte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin mit, er habe sich am 27. September 2010 einer Herzoperation unterziehen müssen. Durch einen Unfall bei der Narkose sei er vollständig erblindet (ZA-Nr. [allgemeine Akten der Zürich] 1).

Im Bericht vom 11. Oktober 2010 stellte Dr. med. Dr. sc. nat C.____, Leiter Orthoptik im D.____, die Diagnose einer anterioren ischämischen Optikneuropathie mit Amaurose (ZM-Nr. [medizinische Akten der Zürich] 112).

In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. E.____, Oberarzt Herzchirurgie im F.____, ein medizinisches Aktengutachten. Das Gutachten datiert vom 22. Mai 2011 (ZM-Nr. 126).

Gestützt darauf verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 31. August 2011 (ZA-Nr. 25) ihre Leistungspflicht, da kein Unfall im Rechtsinn vorliege. Die dagegen erhobene Einsprache vom 19. September 2011 (ZA-Nr. 32) wies die Beschwerdegegnerin mit Entscheid vom 26. Oktober 2011 ab (ZA-Nr. 34).

1.2 Dagegen liess der Beschwerdeführer am 16. November 2011 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben, welche von diesem mit Urteil vom 16. November 2012 (VSBES.2011.291) mit der Begründung abgewiesen wurde, während der Aortenklappenersatz-Operation vom 27. September 2010 habe sich weder ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG noch eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG i.V.m. Art. 9 Abs. 2 UVV ereignet. Die vom Unfallversicherer mit Verfügung vom 31. August 2011 und mit Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2011 bestätigte Leistungsablehnung sei daher zu Recht erfolgt.

Gegen diesen Entscheid liess der Beschwerdeführer am 7. Dezember 2012 Beschwerde beim Bundesgericht erheben. Mit Urteil 8C_999/2012 vom 28. Oktober 2013 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) hiess das Bundesgericht die Beschwerde in dem Sinne teilweise gut, dass der Entscheid des Versicherungsgerichts vom 16. November 2012 aufgehoben und die Sache zur neuen Entscheidung an dieses zurückgewiesen wurde. Zur Begründung hielt das Bundesgericht im Wesentlichen fest, der Hergang und die Ursache für die Gesundheitsschädigung lasse sich den medizinischen Akten und dem Gutachten nicht

schlüssig entnehmen, womit sich die massgebliche Frage nach der Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors nicht zuverlässig beurteilen lasse. Das kantonale Gericht werde deshalb ein neues polydisziplinäres Gutachten einholen müssen, um die anlässlich der Aortenklappenoperation gesetzte Ursache und den genaueren Verlauf des Eingriffs, namentlich auch mit Blick auf die allenfalls für den Sehverlust kausale Gefässverletzung, zu klären. Dabei seien neben einem Herzchirurgen auch Fachärzte für Anästhesie und Ophthalmologie einzubeziehen. Hernach werde es unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsprechung erneut zu prüfen haben, ob ein Unfall im Rechtssinne anzunehmen sei.

2. Mit Verfügung vom 24. Juni 2014 (A.S. 22) beauftragt der Präsident des Versicherungsgerichts Dr. med. G.____ (FMH Innere Medizin; Fallführung), PD Dr. med. H.____ (Facharzt für Anästhesiologie), PD Dr. med. I.____ (Leitender Arzt Herzchirurgie) und Prof. Dr. med. O.____ (FMH für Ophthalmologie), alle von der J.____, mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens.

3. Mit Schreiben vom 28. August 2014 (A.S. 27) erbittet die J.____ vom Versicherungsgericht eine Ergänzung der medizinischen Akten. Mit Schreiben vom 15. September 2014 (A.S. 34) teilt das Versicherungsgericht der J.____ mit, die Gutachter möchten die benötigten Unterlagen direkt bei der K.____ sowie bei der L.____, einholen.

4. Mit Schreiben vom

E. 6

Oktober 2015 (A.S. 35) teilt die J.____ dem Versicherungsgericht mit, die Komplexität des Falles erfordere eine nochmalige Konsensbesprechung. Deshalb sei die Frist zur Einreichung des Gutachtens bis Ende November 2015 zu verlängern.

5. Mit Schreiben vom 14. Oktober 2015 (A.S. 37 ff.) hält die J.____ fest, zur Klärung des Sachverhaltes seien weitere Fragen an den Operateur, Dr. med. M.____, sowie an den Anästhesisten, Dr. med. N.____, notwendig. Man bitte das Gericht, die Fragen den vorgenannten Ärzten vorzulegen.

6. Mit Verfügung vom

E. 11

November 2015 (A.S. 44) wird festgehalten, die J.____-Begutachtung werde gebeten, die Zusatzfragen den Dres. M.____ und N.____ direkt zur Beantwortung zu unterbreiten.

7. Das Gutachten der asim ergeht am 4. August 2016 (A.S. 52 ff.).

8. Mit Stellungnahme vom 30. September 2016 (A.S. 110 ff.) reicht der Beschwerdeführer Ergänzungsfragen zum Gutachten ein und beantragt, diese den Gutachtern zur Beantwortung zu unterbreiten.

9. Mit Verfügung vom 19. Oktober 2016 (A.S. 116) wird festgehalten, die vorliegend bestimmten Gutachter würden gebeten, zu den im Schreiben des Vertreters des Beschwerdeführers vom 30. September 2016 aufgeführten Zusatzfragen (Nr. 2 ■ 28) Stellung zu nehmen, soweit diese als relevant erscheinen würden.

10. Am 11. Juli 2017 reicht die J.____ die Stellungnahme der Gutachter bzw. die Beantwortung der Ergänzungsfragen ein (A.S. 122 ff.).

11. Mit Stellungnahme vom 28. August 2017 (A.S. 155 ff.) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen.

12. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1. Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]).

2.

2.1 Unfall ist 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 (Art. 4 ATSG).

2.2 Nach der bundesgerichtlichen 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 134 V 72 E. 4.1 S. 76; 118 V 283 E. 2a S. 284). Dies gilt auch, wenn zu beurteilen ist, ob ein ärztlicher Eingriff den gesetzlichen Unfallbegriff erfüllt (BGE 118 V 283 E. 2b S. 284). Es ist indessen nach der Praxis mit dem Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit streng zu nehmen, wenn eine medizinische Massnahme in Frage steht (BGE 121 V 35 E. 1b S. 38; 118 V 283 E. 2b S. 284). 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. Urteile des Bundesgerichts 8C-937/2014 vom 15. Juni 2015 E. 2.3 und 8C_283/2014 vom 2. September 2014 E. 2.2.2 mit Hinweisen.

3. Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der am D.____ in Bern am 27. September 2010 durchgeführten Herzoperation eine anteriore ischämische Optikusneuropathie erlitt und auf beiden Augen erblindete. Streitig ist hingegen, ob dieses Geschehen den Unfallbegriff, insbesondere das Merkmal des ungewöhnlichen äusseren Faktors, erfüllt. In diesem Zusammenhang waren im vorgehenden Verfahren vor dem Versicherungsgericht (VSBES.2011.291) im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

3.1 Dem Operationsbericht von Oberarzt Dr. med. M.____, D.____, ist zu entnehmen, dass am 27. September 2010 eine Mini-Sternotomie mit Ersatz der Aortenklappe durchgeführt wurde. Dr. med. M.____ stellte präoperativ die Diagnose einer schweren symptomatischen Aortenklappenstenose sowie einer koronaren Herzkrankheit (ZM 57).

3.2 Dr. med. Dr. sc. nat. C.____, Leiter Orthoptik an der D.____, hielt im Bericht vom 11. Oktober 2010 fest (ZM-Nr. 112), es liege eine sehr schwere Form einer anterioren ischämischen Optikusneuropathie vor. Diese sei wahrscheinlich im Rahmen der

interoperativen Hypotonie aufgetreten. Die Visusprognosen für beide Augen seien sehr schlecht.

3.3 In dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten Gutachten von Dr. med. E.____, Oberarzt Herzchirurgie am F.____, vom 22. Mai 2011 hielt dieser zusammenfassend fest, das Krankheitsbild mit totalem Sehverlust sei eine sehr selten auftretende Komplikation nach einem chirurgischen Aortenklappenersatz. Anhand der studierten Akten stelle er jedoch fest, dass weder medizinische Vorkehrungen verpasst worden seien noch Unterlassungen vorgeworfen werden könnten. Der kausale Zusammenhang zwischen dem am 27. September 2010 durchgeführten Aortenklappenersatz und dem Sehverlust sei aber medizinisch gesichert (ZM-Nr. 126).

4. Das Bundesgericht hielt zur vorgenannten medizinischen Aktenlage und zum beschwerdeweise angefochtenen Urteil des Versicherungsgerichts vom 16. Oktober 2012 im Urteil 8C_999/2012 vom 28. Oktober 2013 folgendes fest:

«

4.2. Zu der im vorliegenden Fall zu beurteilenden Herzoperation führte der vom Unfallversicherer beauftragte Gutachter PD Dr. med. E.____ aus, dass eine Verletzung der Arteria mammaria anlässlich einer Herzoperation vorkommen könne. Ferner sei der durch die Operation erfolgte irreversible Sehverlust medizinisch gesichert. Der eingetretene Schaden entspreche einem Risiko von 0.54 zu 100'000 und sei eine sehr seltene Komplikation bei chirurgischen Eingriffen. Die Verletzung der Arterie habe zu einem Insult (Blutverlust und Blutdruckabfall) und einer anterioren ischämischen Optikusneuropathie (Augeninfarkt) geführt. Auf die eingetretene Unterschreitung der zerebralen Mindestperfusion sei mit der Abgabe von vasoaktiven Substanzen (Noradrenalin) reagiert worden. Die ärztlichen Massnahmen hätten dabei nicht vom medizinisch Üblichen abgewichen. Bezüglich der Vorkehrungen zum Schutz vor Augenschädigungen führte der Gutachter aus, es bestünden keine konkreten Massnahmen während einer Narkose, um den inneren Augendruck zu messen. Sodann hätten keine Anzeichen oder Warnsignale für einen überhöhten Innendruck der Augen bestanden. Zudem sei es während der Narkose/Intubation nicht möglich, den Patienten neurologisch auf Sichtfeld zu überprüfen. Weiter führte er hinsichtlich der Optikusneuropathie aus, der Sehnerv werde nur oberflächlich vaskuliert, weshalb er sehr anfällig auf Minderdurchblutung sei. Ein solches Krankheitsbild stelle eine absolute Notfallsituation dar, welche ohne Behandlung zu irreversiblen Schäden führe. Im vorliegenden Fall habe erst vier Tage später (nach Extubation) der Sehverlust festgestellt werden können, zu einem Zeitpunkt, in dem die Erblindung bereits irreversibel gewesen sei.

4.3. Demnach ist der kausale Zusammenhang zwischen dem chirurgischen Eingriff und dem Sehverlust gemäss den Ausführungen des Gutachters medizinisch gesichert. Ohne Aortenklappenoperation wäre es nicht zur Optikusneuropathie gekommen. Ob aber namentlich die vom Gutachter erwähnte Verletzung der Arteria mammaria bei der Sternotomie (Zugang zum Herz durch Durchtrennung des oberen Teils des Brustbeins) für den Sehverlust kausal war, lässt sich dem Gutachten nicht schlüssig und zweifelsfrei entnehmen. Insbesondere stellt sich die Frage, weshalb die Verletzung eines relativ kleinen arteriellen Gefässes einen hämodynamisch wirksamen Einbruch zur Folge haben konnte, zumal es sich bei dieser Verletzung gemäss den gutachtlichen Erörterungen um eine bekannte Komplikation handelt. Weshalb es dennoch - zufolge der Gefässverletzung oder

aus einem anderen, aus dem Gutachten nicht ersichtlichen Grund - zu der nach Angaben des Gutachters nach chirurgischen Eingriffen äusserst seltenen ischämischen Optikusneuropathie mit totalem Sehverlust gekommen ist, bleibt erklärungsbedürftig. Das Gutachten lässt zudem offen, ob die Minderdurchblutung des Sehnervs direkt auf den hämodynamisch wirksamen Einbruch (Kreislaufinstabilität) zurückzuführen ist, und wie lange eine derartige Kreislaufinstabilität dauern muss, bis eine entsprechende Komplikation eintritt. Denn der für Laien schwierig zu verstehende Bericht über den Anästhesie-Verlauf erweckt den Eindruck, dass anlässlich der Ministernotomie zwar eine Korrektur mit Noradrenalin stattgefunden hat, aber eine Verletzung der Arterie mit den Pacemaker (PM) -Elektroden in Zusammenhang gebracht wurde, was eine Versorgung der Arterie zu einem späteren Zeitpunkt vermuten lässt. Schliesslich vermögen die Ausführungen im Gutachten betreffend Prüfung des Sichtfelds nicht zu überzeugen. Dass eine Prüfung des Sichtfelds während der Operation und bis zur Extubation nicht durchgeführt werden konnte, ist verständlich, weshalb jedoch kein Pupillentest oder ein anderer Test zu einem früheren Stadium möglich gewesen sein soll, ist nicht begreiflich (vgl. Orthoptik-Bericht vom 11. Oktober 2010, «Pupillen beidseits lichtstarr»), zumal der Gutachter selber ausführt, dass es sich bei einer Optikusneuropathie um einen Notfall handelt, bei welchem sofort medizinische Vorkehren getroffen werden müssten.

4.4. Wenn der Hergang und die Ursache für die Gesundheitsschädigung nicht bekannt sind, lässt sich die massgebliche Frage nach der Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors nicht zuverlässig beurteilen. Das kantonale Gericht wird deshalb ein neues polydisziplinäres Gutachten einholen müssen, um die anlässlich der Aortenklappenoperation gesetzte Ursache und den genaueren Verlauf des Eingriffs, namentlich auch mit Blick auf die allenfalls für den Sehverlust kausale Gefässverletzung, zu klären.»

5.

5.1 In dem in der Folge vom Versicherungsgericht veranlassten polydisziplinären Gutachten der J.____ vom 4. August 2016 (A.S. 52 ff.) untersuchten die Gutachter den Beschwerdeführer und beantworteten die Fragen des Versicherungsgerichts. Vorweg kann festgehalten werden, dass das Gutachten der J.____ den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht wird. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Die Aussagen der Experten sind schlüssig und nachvollziehbar.

5.2 Zur Frage, ob der Verlauf der Operation Elemente aufweise, welche von einem «normalen» Verlauf abweiche, hielten die Gutachter im Gutachtensbericht vom 4. August 2016 fest, der Beschwerdeführer habe bei der Operation vom 27. September 2010 einen Ersatz der verengten Aortenklappe mittels einer mechanischen Prothese sowie eine subvalvuläre Myektomie bei Verengung des Ausflustraktes der linken Herzkammer erhalten. Dabei werde «überschüssiger» Herzmuskel unterhalb der Klappe entfernt, um den Ausflustrakt der linken Herzkammer zu erweitern. Diese Operation werde durch eine Mini-Sternotomie durchgeführt. Dabei werde das Brustbein nur teilweise und nicht vollständig durchtrennt. Diese Operation sei ein herzchirurgischer Standardeingriff. Der Operationsbericht weise aus Sicht der Gutachter eine lange Dauer der Herz- und Lungenmaschine (133 min) sowie auch eine lange Klemmdauer der Aorta auf (94 min). Das D.____ sei deshalb angefragt worden, ob spezielle Gründe und Umstände für die lange OP-Dauer vorgelegen hätten. Im Antwortschreiben vom 25. November 2015 habe das

D.____ die Ansicht vertreten, die OP-Dauer sei für einen Aortenklappen-Ersatz und Resektion einer subvalvulären Stenose mit Mini-Sternotomie bei einem deutlich übergewichtigen Patienten (118 Kg) nicht ungewöhnlich und liege in den in der Literatur beschriebenen Zeiten. Demgegenüber kamen die Gutachter zum Schluss, dass aus ihrer Sicht die Herz-Lungenmaschinen-Zeit sowie die Aortenklemmzeit für diese Operation auch bei einem übergewichtigen Patienten deutlich verlängert sei. Die übliche HLM Zeiten für einen Aortenklappenersatz via Sternotomie lägen zwischen 60 und 80 min und nicht wie im vorliegenden Fall bei 133 min. Der Patient habe aktenkundig unter einer starken Fettleibigkeit gelitten, dies könne die Operation erschweren, auch sei der Zugang zur Aortenklappe über die kleinere Brustbeinspaltung (Minithorakotomie) dadurch erschwert und könne zu einer längeren Dauer der Operation, der Herz -/ Lungenmaschinenzeit sowie der Klemmzeit der Aorta führen. Demnach bejahten die Gutachter eine Abweichung vom «normalen» Verlauf.

Sodann führten die Gutachter zur Frage, bezüglich der Abläufe und Wirkungszusammenhänge des Sehverlustes aus anästhesiologischer / herzchirurgischer Sicht nachvollziehbar aus, der Sehverlust sei sofort postoperativ aufgetreten, was auf eine direkte intraoperative Schädigung hinweise. Die gestellte und zu bestätigende ophthalmologische Diagnose einer ischämischen Optikusneuropathie, könne a) durch eine «Verstopfung» eines Blutgefäßes durch abgeschwemmtes Material der verengten Herzklappe oder / und auch durch eine Minderversorgung der Sehnerven mit Blut und Sauerstoff durch b1) zu niedrigen Blutdruck oder b2) den Einsatz gefäßverengender Medikamente hervorgerufen werden. Das Auftreten dieser «Ischämischen Optikusneuropathie» wird in der Literatur besonders häufig in Zusammenhang mit herzchirurgischen Eingriffen beschrieben, sei aber insgesamt eine seltene Komplikation herzchirurgischer Eingriffe. Als mögliche Ursachen würden in der Literatur folgende Ursachen bzw. Risikofaktoren genannt: verminderter Blutdruck, Blutverlust, Anämie (Verlust roter Blutkörperchen), Blutverdünnung, hervorgerufen durch Infusionen, oder aber Veränderungen des Flusses der Gehirnflüssigkeit im Sehnerv durch Lagerung des Patienten. Weitere Ursachen seien: gestörte Regulation des Blutdruckes im Auge (Autoregulation), anatomische Variationen der Blutversorgung des Sehnervs, Verwendung von gefäßverengenden Medikamenten (Vasopressoren). Als Begleiterkrankungen, die das Risiko einer ischämischen Optikusneuropathie erhöhen würden, kämen der arterielle Bluthochdruck, Diabetes, Arteriosklerose, Hyperlipidämie (zu hoher Fettgehalt des Blutes), Rauchen, Schlafapnoesyndrom sowie eine gesteigerte Blutgerinnung in Frage. Aus ophthalmologischer Sicht führten die Gutachter weiter aus, postoperative Visusstörungen bei schwierigen und langdauernden chirurgischen Eingriffen (Herzchirurgie, Wirbelsäulen-Chirurgie) seien eine sehr seltene, aber schwere Komplikation. In der Regel seien solche partielle oder vollständige Verluste von Sehfunktionen durch eine perioperativ aufgetretene Durchblutungsstörung und anschließende Atrophie von Nervengewebe des visuellen Systems verursacht. Die Durchblutungsstörung könne in der Netzhaut, an der Papille, an der Aderhaut, am Sehnerven, der Sehbahn, der Sehrinde und im assoziierten Kortex auftreten. Ein besonderes Charakteristikum der feinen Gefäße in der Aderhaut und an der Sehnervpapille bestehe darin, dass sie stark vom sympathischen Nervensystem, insbesondere vom Sympathikus, innerviert seien. Bei einem Abfall des systemischen und lokalen Blutdruckes komme es zur Aktivierung des Sympathikus und dadurch zu einer Konstriktion dieser kleinen Gefäße. Eine Minderperfusion des neuralen Gewebes (Netzhaut, Axonfasern des Sehnervs) erfolge ätiologisch bei folgenden Ereignissen: Abfall

des mittleren arteriellen Druckes (MAP), embolische Verschlüsse, vasokonstriktiv wirkende Medikamente, erhöhter intraokulärer Druck, erhöhter orbitaler Druck. Im vorliegenden Fall sei der Augenarzt am vierten Tag nach der Operation konsiliarisch beigezogen worden. Der konsiliarische Augenarzt habe eine bilaterale anteriore ischämische Optikusneuropathie, am ehesten im Rahmen einer Hypoperfusion vermutet. Der Gutachter pflichte dieser ophthalmologischen Diagnose bei. Es handle sich hier klinisch um das typische Bild einer anterioren ischämischen Optikusneuropathie, hervorgerufen durch eine Perfusionsstörung. Ein Zwischenfall durch Embolien sei nach Ansicht des Gutachters sehr unwahrscheinlich, da bei diesem Mechanismus eher die retinalen Gefässe betroffen seien. Zudem sei ein beidseitiger Befall der Sehnerven durch Embolien ohne Nachweis von anderen Organ-Manifestationen höchst unwahrscheinlich. Die spätere Atrophie der Sehnerven-Papillen und das Fehlen von zerebralen Infarktzentren bei der radiologischen Bildgebung sprächen gegen eine Durchblutungsstörung im Bereiche der Sehbahn oder der Sehzentren. Die beim Patienten vorhandenen Probleme eines ungenügend kontrollierten Diabetes mellitus Typ II, einer Dyslipidämie und der Adipositas müssten als allgemeine vaskuläre Risikofaktoren betrachtet werden. Was den Diabetes mellitus angehe, zeigten sich ophthalmologisch aber noch keine diabetischen Netzhautveränderungen. Eine Erhöhung des Augendruckes oder ein Glaukom lägen ebenfalls nicht vor. Die Kausalkette sei wie folgt zu vermuten: Während der Herzoperation müsse immer wieder Noradrenalin gegeben werden. Durch einen vermuteten starken Blutverlust sei es zu einem beträchtlichen Abfall des Blutdruckes gekommen. Eine solche Situation führe normalerweise zu einer endogenen Ausschüttung von vasokonstriktorischem Katecholamin (Noradrenalin). Durch die Anästhesie würden exogene laufend und insbesondere im Rahmen des Blutverlustes höhere Dosen von Sympathomimetika (Noradrenalin) verabreicht. Endogene und exogene Sympathomimetika könnten in der Augenregion insbesondere in der Aderhaut und an der Sehnervenpapille zu einer massiven Vasokonstriktion (Gefässverengung) der kleinen Arterien führen. Die starke Empfindlichkeit der Ziliararterien auf Sympathomimetika sei aus in-vitro-Experimenten bekannt. Diese Vasokonstriktion habe zur Minderperfusion (eingeschränkte Durchblutung) der Sehnerven-Papillen und damit zum Bild der anterioren ischämischen Optikusneuropathie geführt.

Die direkten therapeutischen Massnahmen zur Beeinflussung der Durchblutung am Sehnervenkopf seien gering und in den Resultaten ziemlich enttäuschend. Es sei unwahrscheinlich, dass die Durchblutungsstörung am Auge durch einen von aussen ausgeübten mechanischen Druck ausgelöst worden sei. Dazu wäre vermutlich während etwa 10 Minuten ein Druck von über 60 mm Hg nötig. Dies sei in Rückenlage nicht denkbar. Der kausale Zusammenhang zwischen der schwierigen Herzoperation am 27. September 2010 und der eingetretenen Amaurose sei medizinisch gesichert und könne auf die perioperative Minderperfusion mit schwerwiegenden Folgen einer akuten ischämischen Optikusneuropathie an beiden Augen zurückgeführt werden.

Zu den zu treffenden Vorkehrungen bei einem Eingriff der vorliegenden Art (elektiver Aortenklappenersatz), um dem Risiko eines Sehverlusts Rechnung zu tragen, führten die Gutachter aus ophthalmologischer Sicht sodann eingehend begründet aus, gemäss Literatur seien zur Prävention von postoperativen Visusstörungen die präoperative und postoperative Frage nach Visusstörung zu stellen sowie eine Risikoabklärung zu machen, mögliche Risikofaktoren des Patienten wie erhöhtes Risiko für arteriosklerotische Erkrankungen

(arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas, Hyperlipidiämie), embolische Risikofaktoren (kongenitale Herzkrankheit, offenes Foramen ovale) zu identifizieren sowie Vorsichtsmassnahmen zur Optimierung der Lagerung perioperativ zu treffen: Verhinderungen des direkten Druckes auf die Augen, Vermeidung von Trendelenburg-Position, optimierte intraoperative Kreislaufsituation: Monitoring des zentralen Venendruckes, des arteriellen Blutdruckes, der Hämoglobinwerte. Dagegen gebe es aus anästhesiologischer / herzchirurgischer Sicht keine spezifischen Monitoring - bzw. vorbeugenden Massnahmen die dem Risiko eines Sehverlustes entgegenwirken würden. Aus Sicht der Gutachter hätte eine deutlich kürzere Operationszeit, kürzere Herz-/Lungenmaschinenzeit und Klemmzeit der Aorta einen positiven Einfluss auf das Vermeiden dieser Komplikation haben können. Auch hätte möglicherweise der Blutverlust, der Einsatz der Vasopressoren und damit die Gefahr eines niedrigen Blutdruckes und damit verbunden das Entstehen der Komplikation vermieden werden können, wenn es nicht zu einer Blutung aus der A. mammaria, bzw. eines Seitenastes gekommen wäre, die durch intraoperative Verletzung mit dem Schrittmacherdraht entstanden sei. Im vorliegenden Fall sei aus Sicht der Gutachter aber nicht von den üblichen Vorkehrungen abgewichen worden.

Zur Frage, ob die Verletzung der Arteria mammaria für den vom Patienten erlittenen Sehverlust kausal gewesen sei, hielten die Gutachter aus ophthalmologischer Sicht überzeugend fest, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne angenommen werden, dass die Optikusatrophie durch eine lokale Minderperfusion des Endstromgebiets des vorderen Sehapparates verursacht worden sei. Wie oben ausgeführt, könnten aus ophthalmologischer Sicht eine Vielzahl von Faktoren dazu beitragen, dass diese Perfusion ungenügend werde. Die Verletzung der Arteria mammaria sei dabei eine von vielen hier konkret vorliegenden Faktoren, die gegenseitig ungünstig interagieren und zu einer Risiko-Kumulation führen könnten. Aus anästhesiologischer / herzchirurgischer Sicht führten die Gutachter diesbezüglich aus, eine Verletzung der A. mammaria könne zu einem grossen Blutverlust und einer damit einhergehenden Verminderung des Blutdruckes und der Notwendigkeit einer kreislaufstützenden Therapie führen. Letztere sei in casu allerdings schon während der Herz-Lungen-Maschine notwendig gewesen. Die Nachfrage beim D. ___ über das Zustandekommen der Verletzung und die dabei entstandene Blutung sei wie folgt beantwortet worden: Es sei nicht zu einer Verletzung der Arteria mammaria gekommen, sondern es sei beim Durchziehen der Pacemaker-Elektroden zu einer Verletzung eines kleinen Endastes der Arteria mammaria nach ihrer Aufzweigung distal gekommen (Zeitpunkt ca. 72:10). Dies sei eine nicht aussergewöhnliche Komplikation. Die Blutung sei leicht und nicht Hb relevant gewesen. Insgesamt seien nur 270 ml Cellsaver-Blut dem Patienten re-transfundiert worden. Präventiv habe der Patient ein Erythrozyten-Konzentrat erhalten, danach sei sein Hb bei 102 gewesen, was ebenfalls für eine höchstens leichte Blutung spreche. Auch hier sei der Bedarf an Blutprodukten nicht aussergewöhnlich für diese Art Operation gewesen. Aus gutachterlicher Sicht wurde diesbezüglich festgehalten, die Verletzung der A. mammaria sei aus chirurgischer Sicht im Anästhesieprotokoll sowie im intensivmedizinischen Bericht dokumentiert, werde aber nunmehr in Frage gestellt. Bei dieser Sachlage sei für die Gutachter die genaue Rekonstruktion der chirurgischen Abläufe nicht möglich. Entgegen der Ansicht des D. ___ beurteile man aus gutachterlicher Sicht aber diese Verletzung der A. mammaria bzw. des kleinen Astes der A. mammaria nicht als leicht. Sie habe die Transfusion eines Erythrozytenkonzentrates und 270 ml Cellsaver Blut notwendig gemacht. Für dieses Volumen des Cellsavers sei aus Sicht der Gutachter, abhängig vom Hämatokrit des aufgefangenen Blutes, ein Blutverlust zwischen 800 und

1200 ml notwendig. Dies könne retrospektiv nach Meinung der Gutachter nicht als «leichte Blutung» bezeichnet werden. Bei der hier vorliegenden Ischämie in einem gemäss ophthalmologischer Beurteilung ohnehin prekären Endstromgebiet seien die Ursachen für den erlittenen Sehverlust multifaktoriell. Es lägen auf Seiten des Patienten persönliche Risikofaktoren (Diabetes melitus, Adipositas, arterielle Hypertonie), die das Risiko bezüglich Sehverlusts erhöhen würden, sowie operationsassoziierte Faktoren vor. Aufgrund der vorliegenden Akten und der wenigen Literatur gingen die Gutachter davon aus, dass die intraoperative Verletzung im Sinne einer teilkasualen Ursache für eine Risikoerhöhung zu gewichten sei. Verletzungen der Arteria mammaria bei Schrittmacherinstallationen seien extrem selten. In Abhängigkeit von der gewählten Stelle, an der man den Schrittmacherdraht von innen durch die Brustkorbwand nach aussen mit der dafür vorgesehenen Nadel durchsteche, könne es dennoch theoretisch zu Verletzungen kommen, wenn man das Gefäss oder einen grösseren Seitenast treffe. Häufiger sei die Verletzung des Gefässes beim Verschluss des Brustbeines mit Drahtcerclagen zu erwarten (2 ■ 3 %). Vorkehren, welche in diesem Zusammenhang regelmässig getroffen würden, um eine Verletzung der Arteria mammaria zu verhindern, lägen massgeblich im Bereich der Prävention. Die Arteria mammaria und deren Verlauf sei bei einem solchen Zugang wie in diesem Fall - Ministernotomie - durch den Chirurgen nicht zu sehen. Komme es allerdings zu einer Verletzung mit einer deutlichen Blutung, gebe es mehrere Varianten die Blutung zu kontrollieren. Entweder gelinge es über den gewählten Zugang (was auf Grund der Exposition sicher erschwert sei, dafür behalte der Patient eine kleinere postoperative Wunde), oder der Chirurg entscheide sich zum Eröffnen des gesamten Sternums. Hierbei sei die Verletzung i.d.R. gut zu identifizieren und zu beherrschen.

Des Weiteren führten die Gutachter in Beantwortung der versicherungsgerichtlichen Fragen aus, die Minderdurchblutung des Sehnervs sei im vorliegenden Fall am ehesten hämodynamisch zu erklären, d.h. abhängig vom mittleren arteriellen Blutdruck und dem Effekt vasoaktiver Substanzen. Sie trete im vorderen Anteil des Sehnervs auf. Der zugezogene Ophthalmologe habe keine klinischen Zeichen für einen embolischen Verschluss gefunden. Welche Gewichtung der Kreislaufinstabilität im Zusammenwirken der multiplen Risikofaktoren für die Minderdurchblutung des Sehnervs zuzuordnen sei, könne gutachterlich nicht genau beziffert werden. Wie lange eine derartige Kreislaufinstabilität dauern müsse, bis eine entsprechende Komplikation eintrete, könne aus gutachterlicher Sicht nicht gesagt werden, da es keine ausreichenden Angaben in der Literatur gebe zur Dauer der Kreislaufinstabilität bzw. zur Höhe des Blutdruckes, die zu einer Schädigung des Sehnervs führen würden. Festzuhalten sei, dass nicht nur die Dauer der Kreislaufinstabilität, sondern auch die Heftigkeit für das Ausmass des Verschlusses eine wichtige Rolle spiele. Weiter führten die Gutachter aus, unmittelbar zu Beginn der Operation sei der Patient mit Noradrenalin, einem kreislaufstützenden und gefässverengenden Medikament, behandelt worden. Noradrenalin wirke bei den kleinen Ziliargefässen sehr vasokonstriktiv, wie die Gutachter aus eigenen Studien (Ivan Häfliger et al Universitätsspital Basel) wüssten. Im Zusammenhang mit der Verletzung der Arteria mammaria bzw. gemäss D. ___ eines Endastes sei es ca. 12:10 Uhr ■ kurz vor Abstellen der Herz-Lungen-Maschine ■ zum Blutverlust gekommen, so dass danach nebst der kreislaufstützenden Therapie in hoher Dosis noch eine Fremdblutgabe notwendig gewesen sei. Der genaue Zeitpunkt der Schädigung des Sehnervs könne nicht festgestellt werden. Er sei am wahrscheinlichsten durch das Zusammenwirken aller Faktoren bedingt.

Zur Frage nach bestehenden Möglichkeiten, um Ausfälle, welche zu einem Sehverlust führen könnten, während und unmittelbar nach der Intubation möglichst frühzeitig zu erkennen, hielten die Gutachter fest, die Pupillengrösse und -reaktion würden während einer Intubationsnarkose durch multiple Medikamente beeinflusst und verändert. Dies erschwere die Interpretation der Pupillenreaktion und Pupillenweite als globale Beurteilung der Sehfähigkeit der Augen. Apparative Einrichtungen zur Visusprüfung seien nicht praktikabel. Es gebe zurzeit keinerlei Tests bzw. Monitoringverfahren, die einen drohenden Sehverlust frühzeitig (d.h. intraoperativ) feststellen könnten. Man müsse auf die Ansprechbarkeit des Patienten, also nach Beendigung der Narkose (üblicherweise auf der Intensivstation) warten. Die Pupillen seien intraoperativ von der Anästhesie regelmässig kontrolliert worden und hätten keinerlei Auffälligkeiten gezeigt.

Sodann führten die Gutachter aus, aus dem Operations- sowie dem Anästhesiebericht gebe es keinerlei Anzeichen / Indizien, die auf eine lagerungsbedingte Kompressionsverletzung beider Augen hinwiesen. Üblicherweise würde man eine lagerungsbedingte Kompressionsverletzung in Bauchlage des Patienten während der Operation erwarten. Bei der hier durchgeführten Operation sei der Patient auf dem Rücken gelegen. Aus den Akten sei nicht zu entnehmen, dass es während der Operation zu einer Kompression der Augen durch andere Ursachen gekommen sei (wie z.B. Arm des Operateurs etc.). Aus ophthalmologischer Sicht sei der postoperativ erhobene Befund typisch für eine durch Minderdurchblutung verursachte Optikusatrophie, ohne sonstige Hinweise auf direkte lokale Druckschädigung. Aus dem vorliegendem Anästhesieprotokoll seien zudem keine Warnsignale, wie zum Beispiel Bradyarrhythmien oder Überleitungsstörungen zu entnehmen, die auf einen erhöhten Augeninnendruck hinweisen würden.

Des Weiteren wird von den Gutachtern dargelegt, dass keinerlei Anzeichen / Indizien für Unregelmässigkeiten betreffend aktivem Tun oder Unterlassen im Zeitraum vor der Operation vorlägen. Auch lägen keinerlei Anzeichen / Indizien für Unregelmässigkeiten betreffend aktivem Tun oder Unterlassen im Zeitraum während der Operation vor. Auffallend sei, dass der Patient nach Beginn der Operation schon mit kreislaufstabilisierenden Medikamenten in hoher Dosierung habe behandelt werden müssen. Auffallend seien niedrige Blutdrücke (Nettodrücke zwischen 45 und 50 mmHg) während der Herz-Lungen-Maschine trotz kontinuierlicher Gabe von blutdruckstützenden Medikamenten (Noradrenalin) durch die Anästhesie und weiteren zusätzlichen und mehrfachen Einzelgaben durch den Kardiotechniker. Gemäss Stellungnahme des D. ___ habe die Blutung der Arteria Mammaria bzw. deren Seitenastes zu einer Erhöhung der Risikosituation geführt. Es werde ausgeführt, die Blutung sei weder besonders schwierig oder zeitaufwendig zu versorgen gewesen, noch sei sie Hb relevant oder kreislaufwirksam gewesen. Somit habe auch kein Grund für eine volle Sternotomie in dieser Situation vorgelegen. Zur Kreislaufrelevanz werde angeführt, eine Gabe von 200-300 Microgramm/h sei absolut normal und wünschenswert nach Ersatz einer stenosierten Aortenklappe und konsekutiver linksventrikulärer Hypertrophie um die neu reduzierte Nachlast nach Entfernung der Stenose wieder auszugleichen. Aus gutachterlicher Sicht könne die Gabe von Noradrenalin in dieser Dosierung wie vom D. ___ dargestellt zur Erhaltung der systemischen Nachlast dienen und sei gängige klinische Praxis. Allerdings sei der Patient im Verlauf der gesamten Operation Noradrenalinpflichtig gewesen, diese Dosen wiesen auf eine Hypovolämie hin, die im weiteren Verlauf durch die Verletzung der A. mammaria bzw. des Seitenastes noch aggraviert worden sei. Die kontinuierliche Verwendung von

Noradrenalin mit weiteren Bolusgaben an der HLM und niedrigen Perfusionsdrücken seien aus Sicht der Gutachter für den Verlauf und die Komplikation des Sehverlustes im Sinne einer Teilkausalität für die Risikoerhöhung zu gewichten.

Im Rahmen der postoperativen Visite sei aus Sicht der Gutachter ebenfalls korrekt vorgegangen worden. Die Magnetresonanztomographie habe aufgrund der mechanischen Aortenklappenprothese nicht durchgeführt werden können. Ophthalmologisch sei die Diagnose am vierten postoperativen Tag korrekt gestellt worden. Gemäss Unterlagen sei keine Therapie eingeleitet worden. Der Augenarzt sei am vierten postoperativen Tag, also relativ spät beigezogen worden. Im Rahmen einer AION gebe es keine in klinischen Studien dokumentierte wirksame Therapie. Allfällig eingesetzte Medikamente (Calciumantagonisten, Kortikosteroide, Acetazolamid) seien nur als therapeutische Versuche in extremis zu werten.

Zum Schutze der Augen bei Narkosen werde ein Gel auf das Auge aufgebracht und mit Pflaster verschlossen, um ein Austrocknen des Auges intraoperativ zu vermeiden. Zum weiteren mechanischen Schutz könnten noch Uhrglaspflaster verwendet werden, um die Augen vor mechanischen Druck zu schützen. Diese Massnahmen würden vor allem bei Operationen in Bauchlage angewandt. Befeuchtende Augensalben (Vitamin A) und Abkleben der Augen würden heute als Vorkehrung zum mechanischen Schutz der Hornhaut getroffen, was in diesem Fall auch gemacht worden sei.

Die Vorerkrankungen des Patienten (Adipositas, Diabetes, arterieller Bluthochdruck), die Operationsdauer, die Herz - Lungenmaschinenzzeit, die Verletzung der A. mammaria bzw. ihres Seitenastes und die daraus resultierende Notwendigkeit kreislaufstützender Medikamente seien in der Summe aus Sicht der Gutachter allesamt ursächlich für den Sehverlust des Patienten. Es gebe keine Hinweise/Indizien für eine direkte mechanische Einwirkung auf beide Augen.

Zur Wechselwirkung der aufgeführten Medikamente führten die Gutachter aus, zur Narkoseeinleitung seien Etomidate, Fentanyl sowie Paveron verwendet worden, dies seien übliche Medikamente bzw. Dosierungen für Patienten, die sich einer Herzoperation unterziehen müssten. Die Aufrechterhaltung der Narkose sei mittels dem Narkosegas Isoflurane und kontinuierlicher Gabe von Remifentanyl während der Herz-Lungen-Maschinenzzeit sowie bis zur Beendigung der Operation mit Propofol erfolgt. Auch dies seien gebräuchliche Medikamente und übliche Dosierungen. Wie erwähnt sei bereits kurz nach Beginn der Operation sowie während der Herz-Lungen-Maschinenzzeit die Stützung des Blutdruckes mittels Noradrenalin notwendig gewesen. Insgesamt seien trotz hoher kontinuierlicher Gabe durch die Anästhesie während der Herz-Lungen-Maschine nach Protokoll insgesamt 16 Einzelgaben mit 5 µg / ml (insgesamt 80 µg) durch die Kardio-technik notwendig gewesen, um den Blutdruck auf einem niedrigen Niveau zu halten. Bei Noradrenalin handle es sich um ein gefässverengendes Medikament, ein zur Aufrechterhaltung des Blutdruckes übliches Medikament in der Herzanästhesie. Dabei verenge das Medikament durch Wechselwirkung mit dem alpha-Rezeptor das Blutgefäss und erhöhe damit den Blutdruck. Diese Gefässverengung könne potentiell auch zu einer Minderversorgung durch Blut und Sauerstoff des Versorgungsgebietes einer Arterie, in diesem Fall der Arterie des Sehnervs, führen.

Die Begleiterkrankungen des Beschwerdeführers seien nach Aktenlage hinreichend berücksichtigt worden. Eine bessere Kontrolle des Diabetes vor der Operation wäre aus

Sicht der Gutachter wünschenswert gewesen, allerdings stehe dies in keinem unmittelbaren Zusammenhang mit der Erblindung des Patienten. Der Patient weise Risikofaktoren auf, die das sehr seltene Erblindungsrisiko bei langdauernden Operationen erhöhen würden (Lee LA et al, Risk factors associated with ischemic optic neuropathy after spinal fusion surgery, Anesthesiology 2012 Jan; 116: 15-24). Gemäss schweizerischer Praxis sei auf dieses Risiko auch bei individuell erhöhter Risikolage in der OP-Aufklärung nicht speziell hingewiesen worden. Der minimalinvasive Zugang sei gewählt worden, um bei der vorliegenden Adipositas sowie dem Diabetes postoperative Wundheilungsstörungen zu vermeiden.

Es verbleibe die Unklarheit und divergente Einschätzung gegenüber der Stellungnahme des Inselspitals über die Signifikanz der Verletzung der A. mammaria, bzw. deren Seitenastes für die zu diskutierende Komplikation. Die Gutachter würden der Verletzung in der Summe aller Faktoren gutachterlich die Bedeutung einer teilkausalen Erhöhung der Risikolage beimessen.

5.3 Mit Stellungnahme vom 11. Juli 2017 (A.S. 122 ff). beantworteten die Gutachter der J.____ die Zusatzfragen des Beschwerdeführers.

Aus dem Anästhesieprotokoll ergäben sich nach Ansicht der Gutachter keine zusätzlichen Schlussfolgerungen. Dieses sei bei der Gutachtenserstellung bereits berücksichtigt worden. Im Anästhesieprotokoll werde eine Verletzung der Arteria und Vena thoracica interna erwähnt. Es sei unklar, woher diese Information stamme, da der entsprechende Umstand im Operationsbericht nicht erwähnt werde (intraoperative mündliche Kommunikation?). Es sei davon auszugehen, dass zu diesem Zeitpunkt die hämodynamische Auswirkung einer Verletzung dieses Gefässes mit einer relevanten Blutung manifest geworden sei. Gemäss Anästhesieprotokoll sei die Arteria und Vena thoracica interna betroffen gewesen, gemäss schriftlicher Auskunft der D.____ vom 25. November 2015 nur ein Seitenast. Es lasse sich aus Sicht der Gutachter kein gesicherter Schluss ziehen, ob der Hauptast oder nur ein Seitenast der Arterie und/oder die Vene betroffen gewesen seien.

Sodann lasse sich aufgrund des Laborblattes ZM81 keine gesicherte Aussage machen. Das Laborblatt ZM81 dokumentiere ein intraoperatives Hb von 101 g/l, bei Operationsende werde der nächste Hb Wert um 14.10 Uhr mit 107 g/l stabil gemessen, ebenfalls der Verlauf am 28. September (1 Tag postoperativ) mit 102 g/l. Dies sei primär Ausdruck einer guten Substitution intraoperativ/postoperativ, lasse aber keinen Schluss zu über den Hb-Verlauf im Rahmen der Blutung aus der Art. thoracica interna. Dokumentiert sei in diesem Zeitpunkt (ca. 12.10 Uhr) ein BD-Abfall, der eine entsprechende Substitution mit 1 Ec Konzentrat, 3 FFP und 270 ml Cellsaver notwendig gemacht habe. Im Dokumentationsbogen für Blutprodukte (ZM 54) sei ein Hb Wert von 80 g/l um 12.30 Uhr angegeben, also unmittelbar vor der Gabe des Ec Konzentrats. Damit sei es dokumentiert zusätzlich zum BD Abfall ab ca. 12.10 Uhr zu einem Hb Abfall von vorher über 100 g/l auf 80 g/l gekommen, der durch die Substitutionsbehandlung wieder auf über 100 g/l habe korrigiert werden können.

Auf die Frage nach den Gründen für die Operationsdauer hielten die Gutachter fest, die Operationsdauer dürfte aufgrund der besonderen Umstände des Patienten so lange gedauert haben (Adipositas, Zugang über eine Ministernotomie). Bei der Wahl für das spezifische Operationsverfahren seien diverse Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen. Bei den zahlreichen Risikofaktoren, die der Beschwerdeführer aufgewiesen habe, insbesondere die Adipositas und der Diabetes mellitus, bestehe bei einer vollständigen Sternotomie ein

erhöhtes Risiko eines gefährlichen

Wundinfekts und einer Instabilität des Sternums/Brustkorbs. Andererseits sei bei der Mini-Sternotomie durch die geringere Übersichtlichkeit während der OP mit einer längeren Operationsdauer zu rechnen, was wiederum die Risikolage für Komplikationen erhöhe. Die Operationsdauer hänge somit von verschiedenen Faktoren wie Zugangsweg, spezifisches Operationsverfahren, Erfahrung des Operateurs und individuellen (lokalen und systemischen) Begebenheiten des Patienten ab und könne deshalb nicht theoretisch als «Normoperationszeit» festgelegt werden. Die lange Operationsdauer könne aufgrund des Zusammentreffens unterschiedlicher Faktoren zustande kommen. Ein Behandlungsfehler liege nicht vor.

Der im Schreiben des D.____ vom 25. November 2015 Ziff. 2 rekonstruierte Zeitpunkt ca. 12:10 Uhr für die Verletzung der Arteria mammaria sei falsch. Anhand des Anästhesieprotokolls gingen die Gutachter davon aus, dass der PM zum Zeitpunkt resp. kurz vor Zeitpunkt des Abgangs von der Herz- Lungenmaschine um 11.34 Uhr gesetzt worden sei. Entsprechend müsse die Verletzung der Arteria thoracica zu diesem Zeitpunkt erfolgt sein. Die Relevanz bezüglich BD sei um ca. 12.10 Uhr manifest geworden und es seien entsprechende Gegenmassnahmen eingeleitet worden. Der «Hb Abfall um 11.00 Uhr» (gegenüber präoperativ) sei regelhaft und durch einen Verdünnungseffekt im Rahmen der Volumengabe durch die Anästhesie bedingt und somit ein zu erwartender Befund. Die Gutachter gingen davon aus, dass die Verletzung der Arteria thoracica durch PM Einlage um 11.34 Uhr oder unmittelbar davor stattgefunden habe. Eine Relevanz für die Hämodynamik sei erst durch den BD-Abfall um ca. 12.10 Uhr manifest geworden. Dies bedeute, dass die verletzungsbedingte Blutung langsam vorangeschritten sei, was eher für eine kleinere Verletzung spreche. Es sei dann gegen 12.30 Uhr ein Ec-Konzentrat substituiert worden. Das Hb um 12.30 Uhr sei mit 80 g/l bestimmt worden.

Des Weiteren gingen die Gutachter davon aus, dass der Blutverlust ab ca. 11.34 Uhr (PM Einlage) eingesetzt und bis ca. 12.10 Uhr zu einem manifesten BD-Abfall geführt habe, welcher durch höhere Dosen Noradrenalin, durch 1 Ec-Konzentrat, 3 FFP und 270 ml Cellsaver habe ausgeglichen werden müssen, was zur erneuten Stabilisierung des Kreislaufs geführt habe. Gleichzeitig sei zu diesem Zeitpunkt ein Hb-Abfall auf 80 g/l (um 12.30 Uhr) dokumentiert worden. Wie im Gutachten dargelegt, liege hier eine komplexe Risikokonstellation zahlreicher patientenseitiger Risikofaktoren, einer langen Operationsdauer mit von Beginn ab hohen Dosen an Noradrenalin zur Kreislaufstabilisierung, eines intraoperativ auftretenden BD-Abfalls und Hb-Abfalls aufgrund der Blutung der Art. thoracica interna mit nochmals gesteigerter Noradrenalin-Bedürftigkeit, schliesslich Substitutionsbedarf durch 1 Ec-Konzentrat, 3 FFP und 270 ml Cellsaver vor. Der hier diskutierte Blutverlust und der folgende BD-Abfall und Hb-Abfall könnten in der gesamten Kausalkette nicht singulär herausgehoben werden und folglich nicht singulär für die Optikusneuropathie verantwortlich gemacht werden. Diese Blutung habe aber sicherlich als Teilelement dazu beigetragen. Dass die Blutung aufgetreten sei und dass sie erst um 12.10 Uhr erkannt worden sei, sei jedoch kein Behandlungsfehler. Bei der früheren Annahme, dass die Verletzung der Art. thoracica unmittelbar vor dem BD-Abfall stattgefunden hätte (um 12.10 Uhr), hätte man von einer starken Blutung mit raschem Blutverlust ausgehen müssen. Das scheine hier aber nicht der Fall, sondern die Blutung habe aller Wahrscheinlichkeit nach ab 11.34 Uhr begonnen (PM Einlage) und sei 12.10 Uhr hämodynamisch manifest und dann auch entsprechend

therapeutisch angegangen worden.

Die Frage, ob die Aussage des D.____, dass die Blutung innert ca. 5 bis 10 Minuten habe kontrolliert werden können, aufgrund des erfolgten Blutverlustes und der nötigen Blutzufuhr offensichtlich falsch sei, verneinten die Gutachter. Die Umstände und Dauer, bis diese Blutung (nach Manifestwerden um 12.10 Uhr) habe kontrolliert werden können, seien im Operationsbericht nicht erwähnt. Es lägen keine offensichtlichen gegenteiligen Anhaltspunkte vor, dass diese Aussage unzutreffend wäre, sie lasse sich aber auch nicht durch das Protokoll belegen. Die hämodynamische Relevanz habe sich erst ca. 12.10 Uhr manifestiert. Nachfolgend seien korrekte und erfolgreiche Massnahmen eingeleitet worden, um den BD wieder zu stabilisieren. Gemäss Aussage des D.____ sei die Blutung innert 5 - 10 Minuten kontrolliert worden. Zum Zeitpunkt des Manifestwerdens der Blutung (durch BD-Abfall) sei die hämodynamische Relevanz richtig eingeschätzt und es seien die korrekten Massnahmen eingeleitet worden. Es liege kein Behandlungsfehler vor.

Aus der Nichterwähnung der Verletzung der Arteria Thoracica interna im Operationsbericht könne sodann nicht geschlossen werden, dass sich der Operateur der hämodynamischen Tragweite dieser Verletzung nicht bewusst gewesen sei. Die Gutachter würden davon ausgehen, dass aus Sicht des Operateurs die Operation erfolgreich verlaufen sei, nach Manifestwerden der Blutung um 12.10 Uhr seien die entsprechenden Massnahmen erfolgreich umgesetzt worden. Die Gutachter würden die Nicht-Erwähnung primär auf diesen Umstand hinführen, dass der Blutung im Rahmen des Gesamtverlaufes der OP keine gesonderte Bedeutung zuzumessen worden sei. Damit sei diese Blutung und der damit verbundene BD-Abfall nicht als einzige oder singulär führende Ursache der ischämischen Optikusneuropathie zu identifizieren. Ein Behandlungsfehler liege nicht vor.

Der BD habe nach Abfall ca. 12.10 Uhr innert vertretbarer Frist stabilisiert werden, die Blutung (gemäss Aussage in Frage 14) innert 5 - 10 Minuten stabilisiert werden können. Es sei nicht realistisch anzunehmen, dass ein Operateur in dieser Situation auf eine totale Sternotomie umgestiegen wäre oder hätte umsteigen sollen, da innert vertretbarer Frist sowohl die Blutung gestoppt als auch der BD habe stabilisiert werden können. Gemäss Beurteilung der Gutachter sei die Blutung lege artis versorgt worden. Selbst bei einer theoretisch denkbaren kürzeren Reaktionsphase auf die Blutung lasse sich aufgrund der komplexen Risikolage nicht belegen, dass bei einer noch kürzeren Behebung der Blutung das Risiko für die Minderdurchblutung des Sehnerves massgeblich reduziert worden wäre.

Bei einer Aortenklappen-Ersatzoperation werde ein temporärer Pacemaker routinemässig (100 %) eingesetzt wegen der Möglichkeit von perioperativen Herzrhythmusstörungen. Es handle sich nicht um ein unerwartetes Ereignis.

5.4 Gestützt auf das insoweit voll beweiswertige J.____-Gutachten sowie die Beantwortung der Zusatzfragen ist somit davon auszugehen, dass die Vorerkrankungen des Beschwerdeführers (Adipositas, Diabetes, arterieller Bluthochdruck), die Operationsdauer, die Herz -/ Lungenmaschinenzeit, die Verletzung der Arteria mammaria bzw. ihres Seitenastes und die daraus resultierende Notwendigkeit kreislaufstützender Medikamente in der Summe allesamt ursächlich für den Sehverlust sind. Damit sind demnach verschiedene Faktoren zumindest als teilkausal anzusehen, welche während der Behandlung des D.____ durch ärztliches Tun, Unterlassen oder grobe Ungeschicklichkeiten im Sinne der Rechtsprechung beeinflussbar waren.

5.4.1 Der Unfallbegriff wäre unter anderem dann zu bejahen, wenn die Vornahme des medizinischen Eingriffs unter den jeweils gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweicht und zudem, objektiv betrachtet, entsprechend grosse Risiken in sich schliesst. Ein solcher, vom medizinisch Üblichen erheblich abweichender Eingriff war vorliegend jedoch nicht gegeben. Die Vorgehensweise mittels Mini-Sternotomie war für eine Aortenklappenersatz-Operation durchaus üblich. So geht aus dem Gutachten schlüssig hervor, dass der minimalinvasive Zugang (Mini-Sternotomie) gewählt worden sei, um bei der vorliegenden Adipositas sowie dem Diabetes postoperative Wundheilungsstörungen zu vermeiden. Bei den zahlreichen Risikofaktoren, die der Beschwerdeführer aufgewiesen habe, insbesondere die Adipositas und der Diabetes mellitus, bestehe bei einer vollständigen Sternotomie ein erhöhtes Risiko eines gefährlichen Wundinfekts und einer Instabilität des Sternums/Brustkorbs. Andererseits bestehe aber auch bei der Mini-Sternotomie das Risiko, dass durch die geringere Übersichtlichkeit während der OP mit einer längeren Operationsdauer zu rechnen sei, was wiederum die Risikolage für Komplikationen erhöhe. Ein vom medizinisch Üblichen ganz erheblich abweichendes Vorgehen ist damit nicht erstellt. Zudem handle es sich auch beim temporären Pacemaker nicht um ein abweichendes Vorgehen. So werde bei einer Aortenklappen-Ersatzoperation ein temporärer Pacemaker routinemässig (100 %) eingesetzt wegen der Möglichkeit von perioperativen Herzrhythmusstörungen. Damit steht fest, dass sich die Verletzung der Arterie, welche für die Optikusneuropathie zumindest teilkausal war, im Rahmen einer Krankenbehandlung stattfand, für welche der Unfallversicherer nicht leistungspflichtig ist. Diesfalls 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 oder zu rechnen braucht (RKUV 2003 Nr. U 492 S. 371 E. 2.3 [= U 56/01] mit Hinweisen; E. II. 2.2. hiervor). Zu prüfen ist somit, ob die Verletzung der Arteria mammaria vorliegend einen ungewöhnlichen äusseren Faktor darstellt bzw. ob den involvierten Ärzten eine grobe oder ausserordentliche Ungeschicklichkeit vorzuwerfen ist, mit welcher die Versicherte nicht rechnen musste.

5.4.2 Gemäss dem J.____-Gutachten hat sich bei der Aortenklappenersatz-Operation mit der Verletzung der Arteria mammaria ein Risiko verwirklicht, das bei Schrittmacherinstallationen extrem selten sei. Demnach musste der Beschwerdeführer damit nicht rechnen. Er wurde denn auch nicht über dieses (letztlich eingetretene) Risiko aufgeklärt. Dennoch ist eine grobe Ungeschicklichkeit der Ärzte nicht erstellt, wie aus dem Gutachten der J.____ hervorgeht und nachfolgend darzulegen ist.

Wie von den Gutachtern überzeugend dargelegt wird, liegen keine Anzeichen für Unregelmässigkeiten betreffend aktivem Tun oder Unterlassen im Zeitraum vor und während der Operation vor. Die Gutachter zeigen einleuchtend auf, dass beim Beschwerdeführer verschiedene Faktoren ■ unter anderem die kontinuierliche Verwendung von Noradrenalin mit weiteren Bolusgaben an der HLM und niedrigen Perfusionsdrücken ■ für den Verlauf und die Komplikation des Sehverlustes zur Risikoerhöhung beigetragen haben. In diesem Zusammenhang sind aber ebenfalls keine groben, ausserordentlichen Verwechslungen oder Ungeschicklichkeiten der behandelnden Ärzte ersichtlich. Sodann wurden von den Ärzten des Inseleospitals, wie von den Gutachtern dargelegt, auch die postoperativen Massnahmen (Schutz der Augen durch Gel sowie Ankleben) beachtet und den übrigen Risikofaktoren des Beschwerdeführers genügend Beachtung geschenkt. Zudem ist gestützt auf die einleuchtende Begründung der Gutachter davon auszugehen, dass es für

die behandelnden Ärzte des D.____ kaum Möglichkeiten gab, das Sehvermögen bzw. den Sehverlust während der Operation zu überprüfen, womit in diesem Zusammenhang ebenfalls kein pflichtwidriges Unterlassen festzustellen ist. So würden die Pupillengrösse und -reaktion während einer Intubationsnarkose durch multiple Medikamente beeinflusst und verändert, was die Interpretation der Pupillenreaktion und Pupillenweite als globale Beurteilung der Sehfähigkeit der Augen erschwere. Es gebe zurzeit keinerlei Tests bzw. Monitoringverfahren, die einen drohenden Sehverlust frühzeitig (d.h. intraoperativ) feststellen könnten. Aus Sicht der Gutachter hätte eine deutlich kürzere Operationszeit, kürzere Herz-/ Lungenmaschinenzeit und Klemmzeit der Aorta zwar einen positiven Einfluss auf das Vermeiden dieser Komplikation haben können. Auch hätte möglicherweise der Blutverlust, der Einsatz der Vasopressoren und damit die Gefahr eines niedrigen Blutdruckes und damit verbunden das Entstehen der Komplikation vermieden werden können, wenn es nicht zu einer Blutung aus der A. mammaria, bzw. eines Seitenastes gekommen wäre, die durch intraoperative Verletzung mit dem Schrittmacherdraht entstanden sei. Damit stellen die Gutachter aber nur allgemeine Faktoren fest, deren Veränderung allenfalls einen positiven Einfluss auf den Verlauf der Operation hätten haben können. Ein konkretes Fehlverhalten oder gar einen Behandlungsfehler der behandelnden Ärzte des D.____ leiten die Gutachter daraus nicht ab. So ist aus Sicht der Gutachter nicht von den üblichen Vorkehrungen abgewichen worden.

Wie die Gutachter schliesslich ausführen, seien Verletzungen der Arteria mammaria bei Schrittmacherinstallationen extrem selten. In Abhängigkeit von der gewählten Stelle, an der man den Schrittmacherdraht von innen durch die Brustkorbwand nach aussen mit der dafür vorgesehenen Nadel durchsteche, könne es dennoch theoretisch zu Verletzungen kommen, wenn man das Gefäss oder einen grösseren Seitenast treffe. Dieser Umstand reicht jedoch nicht aus, um den Unfallbegriff zu bejahen. So ist die Frage, ob eine ärztliche Vorkehr als mehr oder weniger ungewöhnlicher äusserer Faktor zu betrachten sei, 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 (BGE 118 V 283 E. 2b). Damit spielt es für die Beurteilung keine entscheidende Rolle, dass die Verletzung der Arteria mammaria bei Schrittmacherinstallationen extrem selten und damit an sich als ungewöhnlich zu bezeichnen ist.

Wie die Gutachter abschliessend überzeugend argumentieren, sei die Blutung lege artis versorgt worden. Selbst bei einer theoretisch denkbaren kürzeren Reaktionsphase auf die Blutung lasse sich aufgrund der komplexen Risikolage nicht belegen, dass bei einer noch kürzeren Behebung der Blutung das Risiko für die Minderdurchblutung des Sehnerves massgeblich reduziert worden wäre.

5.5 Am vorgenannten Resultat vermögen auch die vom Beschwerdeführer mit Stellungnahme vom 28. August 2017 (A.S. 135 ff.) vorgebrachten Rügen nichts zu ändern.

Nach Ansicht des Beschwerdeführers seien die Antworten der Gutachter widersprüchlich und gründeten einzig auf der nachträglichen Stellungnahme des D.____ vom 25. November 2015 - der Stellungnahme einer faktischen Partei. Unbestritten sei, dass die Blutung bzw. die korrekte Versorgung teilkausal für die eingetretene Optikusneuropathie verantwortlich sei. Die Frage nach dem Ausmass der Blutung - und davon hänge die Frage nach der korrekten Versorgung ab - erweise sich daher als zentral. Völlig unverständlich nehme sich dann aber die Antwort der Gutachter zu Frage

E. 15

aus, wonach die Blutung und die Korrekturmassnahmen gar nicht zwingend hätten dokumentiert werden müssen. Diese gutachterliche Feststellung stehe im krassen Widerspruch zur Antwort 13, wonach die Blutung bzw. die korrekte Korrektur teilkausal für die Optikusneuropathie gewesen sei. Die Gutachter versuchten die unterlassene Dokumentation bezüglich dieses entscheidenden Vorkommnisses mit dem Hinweis auf das Anästhesieprotokoll zu rechtfertigen, welches ja ebenfalls Auskunft gäbe. Dabei stellten die Gutachter aber bezüglich des Ausmasses der Blutung bzw. deren Versorgung eben gerade nicht auf das Anästhesieprotokoll ab, welches von einer Verletzung des Hauptastes ausgehe. Vielmehr begnügten sich die Gutachter mit der Parteifeststellung des D.____ vom 25. November 2015, wonach die Blutung, «innert 5 - 10 Minuten habe stabilisiert werden» können. Diese gutachterliche Feststellung basiere einzig auf einer nachträglichen Parteiaussage des D.____ und erweise sich daher in keiner Weise als gesichert. Gerade wenn mit dem Anästhesieprotokoll davon auszugehen sei, dass der Hauptast betroffen sei, könne entgegen der Darstellung des D.____ nicht davon ausgegangen werden, dass es sich nur um eine leichte Blutung gehandelt habe und dass der BD-Abfall daher erst um 12:10 Uhr feststellbar gewesen sei. Denn bei der Verletzung des Hauptastes habe eine massive Blutung vorgelegen, die nicht erst ab 12:10 Uhr hätte versorgt werden dürfen. Die Annahmen der J.____ erwiesen sich daher als reine Spekulation, da eben gerade nicht auf die Parteifeststellung des D.____ abgestellt werden dürfe. Der Beschwerdeführer bleibe nach wie vor bei der Feststellung, dass eine durch die Blutung und die nicht fachgerechte Versorgung eingetretene Unterversorgung zur Optikusneuropathie geführt habe. Gerade weil das D.____ diesen Zusammenhang erkannt habe, habe es sich darüber im Operationsbericht ausgeschwiegen. Auf nachträgliche Rechtfertigungen und «Schönbiegungen» des D.____, welchem klare Parteistellung zukomme, könne daher nicht abgestellt werden.

Die Gutachter stützten sich bei der Abfassung ihrer Expertise vom 4. August 2016 (A.S. 52 ff.) insbesondere auf den Operationsbericht, das Anästhesieprotokoll und die ergänzende Stellungnahme des D.____ vom 25. November 2015 (A.S. 93 ff.). Die Angaben in dieser Stellungnahme werden von den Gutachtern durchaus kritisch gewürdigt. So widersprechen sie den Aussagen, die Operationsdauer sei nicht ungewöhnlich und die bei der Verletzung der Arteria mammaria (oder eines Seitenastes) entstandene Blutung sei nur leicht gewesen. Die überdurchschnittlich lange Operationsdauer stellt allerdings, wie in der gutachterlichen Beantwortung der Ergänzungsfragen vom 11. Juli 2017, Ziff. 6, ausdrücklich festgehalten wird, keinen Behandlungsfehler dar. Auch die Frage nach dem Ausmass der Blutung haben die Gutachter behandelt. Sie gehen aufgrund der Angaben des Inselspitals zum Volumen des Cellsavers, aber auch unter Berücksichtigung der übrigen Aktenlage wie der dokumentierten Blutdruckwerte und der Behandlungsmassnahmen, von einem Blutverlust zwischen 800 und 1200 ml aus. Es besteht kein Anlass, diese Annahme der Gutachter in Frage zu stellen. Was den Zeitpunkt der die Blutung auslösenden Verletzung anbelangt, wird die vom Beschwerdeführer zur Diskussion gestellte These, aufgrund des Hb-Abfalls um 11.00 Uhr sei davon auszugehen, dass die Verletzung der Arteria mammaria bereits zu diesem Zeitpunkt erfolgt sei, mit überzeugender Begründung verworfen (Antworten vom 11. Juli 2017 Ziffer 8 ff.). Im Gutachten vom 4. August 2016 gehen die Experten davon aus, die Verletzung der Arteria mammaria mit nachfolgendem Blutverlust im erwähnten Ausmass sei um ca. 12.10 Uhr erfolgt. Entsprechend dieser Annahme und aufgrund der dokumentierten Behandlungsmassnahmen gingen sie von einer starken Blutung mit

raschem Blutverlust aus (vgl. auch Schreiben vom 11. Juli 2017, Ziffer 13, A.S. 126). Bei der Beantwortung der Ergänzungsfragen (Schreiben vom 11. Juli 2017, Ziffer 13) halten es die Gutachter aufgrund der Angaben im Anästhesieprotokoll für wahrscheinlicher, dass es bereits um 11.34 Uhr (PM-Einlage) zur erwähnten Verletzung gekommen und die Blutung erst aufgrund des um 12.10 Uhr festgestellten Blutdruck-Abfalls bemerkt worden sei. Entsprechend diesem zeitlichen Verlauf gehen sie nunmehr davon aus, dass die Blutung langsam voranschritt, was eher für eine kleinere Verletzung spreche (vgl. Schreiben vom 11. Juli 2017, Ziff. 11, A.S. 125). In ihrer Beurteilung gelangen die Gutachter im Gutachten vom 4. August 2016, das von einer starken Blutung ausgeht, welche erst um ca. 12.10 Uhr auftrat, sich rasch manifestierte und sogleich behandelt wurde, zur Verneinung eines Behandlungsfehlers. Die ergänzende Stellungnahme vom 11. Juli 2017, welche eine um 11.34 Uhr erfolgte Verletzung der Arteria mammaria mit anschliessender Blutung annimmt, die sich erst um 12.10 hämodynamisch manifestierte und anschliessend behandelt wurde, gelangt zum gleichen Resultat. Auch hier führen die Gutachter aus (Ziff. 13), es sei kein Behandlungsfehler, dass die Blutung aufgetreten und erst um 12.10 Uhr erkannt worden sei. Die Gutachter gelangen somit auf der Basis der vorhandenen Informationen mit nachvollziehbarer Begründung zum schlüssigen Ergebnis, ein Behandlungsfehler sei bezogen auf den Umgang mit der Blutung, welche durch die Verletzung der Arteria mammaria (sei es des Hauptastes oder eines Seitenastes) verursacht wurde, zu verneinen. Diese Aussage bezieht sich auf beide Varianten, welche die Gutachter zum Zeitpunkt und zum Verlauf der Blutung in Erwägung zogen. Für die Annahme einer länger dauernden oder stärkeren Blutung besteht keine hinreichende Grundlage. Wie die Gutachter nachvollziehbar darlegen, dürfte die von ihnen angenommene Blutung im unglücklichen Zusammenwirken mit einer ganzen Reihe weiterer Faktoren die Optikusneuropathie bewirkt haben, ohne dass ein gravierender Behandlungsfehler vorläge. Es spricht ■ jedenfalls unter Beachtung des Grundsatzes, wonach das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen der medizinischen Experten abweicht (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.) ■ nichts dagegen, auf die Beurteilung der Gerichtsgutachter abzustellen. Auch der Umstand, dass die Verletzung der Arteria mammaria und die nach ihrer Einschätzung recht erhebliche Blutung im Operationsbericht keine Erwähnung fand, lässt sich nach der Auffassung der Gutachter erklären (vgl. Schreiben vom 11. Juli 2017, Ziffer 15).

Der Beschwerdeführer macht in seiner Stellungnahme vom 28. August 2017 geltend, es sei widersprüchlich, wenn die Gutachter zunächst (Ziffer 13) die Blutung bzw. deren korrekte Versorgung als teilkausal für die eingetretene Optikusneuropathie bezeichneten und anschliessend (Ziffer 15) die Nichterwähnung der Blutung im Operationsbericht damit erklärten, dass es sich im Rahmen der gesamten Operation um einen nebensächlichen Aspekt gehandelt habe. Dieser Argumentation kann so nicht gefolgt werden, denn sie vernachlässigt dem Umstand, dass der Operationsbericht naturgemäss zeitnah zum operativen Eingriff verfasst (respektive diktiert) wurde und den späteren, unglücklichen und äusserst ungewöhnlichen Verlauf nicht einbeziehen konnte. Es besteht auch unter diesem Aspekt kein Grund, von der Einschätzung und Beurteilung der durch das Gericht bestellten Gutachter abzuweichen.

Schliesslich ist auch zu berücksichtigen, dass das Ergebnis des Gerichtsgutachtens mit jenem des durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachtens von Dr. med. E. ___ vom 22. Mai 2011 (E. II. 3.3 hiervor) übereinstimmt. Es liegen somit zwei im Resultat

gleichlautende medizinische Expertisen vor. Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass kein Behandlungsfehler stattgefunden hat, der für den Sehverlust kausal war und diejenige Schwere erreichte, welche die Rechtsprechung für die Annahme eines Unfalls im Sinne von Art. 4 ATSG voraussetzt (vgl. E. II. 2.2 und 5.4 hiervor).

5.6 Betreffend weitere Beweismassnahmen ist auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 162 E.1d, 104 V 211 E. a).

6. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass eine anteriore ischämische Optikusneuropathie unbestrittenermassen keine Listendiagnose im Sinne von Art. 9 Abs. 2 lit. a ■ h UVV darstellt, so dass das Vorliegen einer unfallähnlichen Körperschädigung ohne weiteres verneint werden kann.

7.

7.1 Zusammenfassend ereignete sich während der Aortenklappenersatz-Operation am 27. September 2010 weder ein Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG noch eine unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 6 Abs. 2 UVG. Die vom Unfallversicherer mit Verfügung vom 31. August 2011 und mit Einspracheentscheid vom 26. Oktober 2011 bestätigte Leistungsablehnung erfolgte daher zu Recht, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung.

7.3 Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

7.4 Wie das Bundesgericht im Urteil 8C_999/2012 vom 28. Oktober 2013 dargelegt hat, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des J.____-Gutachtens vom 4. August 2016 sowie der Stellungnahme der J.____-Gutachter vom 11. Juli 2017 von total CHF 40'277.05 zu tragen.

Demnach wird erkannt:

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

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_813/2017 vom 6. Juni 2018 bestätigt.

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