

SO_GERICHTE VSBES.2017.213 vom 24. Juli 2017

SO Obergericht, 2017-07-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.213

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.213 du 24 juillet 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.213 del 24 luglio 2017

Erwägungen

E. 1

Der Einspracheentscheid der Suva vom 24. Juli 2017 betreffend Schadennummer [...], Ereignis vom 14. Januar 2013, sei aufzuheben.

E. 2

Es sei die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin festzustellen und die Angelegenheit sei zur Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 3

Es sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege sowie Verbeiständung in der Person der Unterzeichnenden für das vorliegende Beschwerdeverfahren zu gewähren.

E. 3.2

hiervor) gerecht und bildet somit grundsätzlich eine geeignete Beurteilungsgrundlage.

5.4 Medizinische Stellungnahmen, welche die für die Unfallqualität des Ereignisses vom 14. Januar 2013 zentrale Frage nach dem Vorliegen einer groben und ausserordentlichen Verwechslung respektive Ungeschicklichkeit anders beurteilen als der Kreisarzt, liegen nicht vor. Namentlich enthält auch das von der Beschwerdeführerin eingereichte urologische Teilgutachten der Begutachtungsstelle F.____ (vgl. E. II. 4.10 hiervor) keine solche Aussage. Zumindest geringe Zweifel könnten sich daher einzig aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwänden ergeben.

5.4.1 Die Beschwerdeführerin macht zunächst geltend, sie sei vorgängig nicht hinreichend über den Eingriff vom 14. Januar 2013 aufgeklärt worden (A.S. 12 ff.). Dr. med. E.____ hat dazu ausgeführt (Suva-Nr. 21), die Beschwerdeführerin sei bezüglich der Hysterektomie und Salpingektomie am 14. Dezember 2012 um 10.15 Uhr, also einen Monat vor der Operation, eine Viertelstunde lang aufgeklärt worden. Die Risiken und Komplikationen seien mit ihr besprochen worden. Ihr sei auch das offizielle Aufklärungsformular abgegeben worden. Dieses enthalte den ausdrücklichen Hinweis darauf, dass sich Verletzungen der umliegenden Organe, wie Harnblase, Harnleiter und Darm, nicht immer vermeiden liessen, insbesondere, wenn bestimmte Risiken wie z.B. Verwachsungen vorlägen. Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht, dass das von Dr. med. E.____ erwähnte Gespräch stattgefunden hat und dass sie das «Aufklärungsformular» (vgl. Suva-Nr. 51) erhalten und unterschrieben hat. Sie macht jedoch geltend, beim erwähnten Gespräch sei kein Dolmetscher anwesend gewesen und sie habe aufgrund ihrer schlechten Deutschkenntnisse den Inhalt dieses Aufklärungsgesprächs nicht verstehen und die Risiken nicht abschätzen können. Auch das von ihr unterzeichnete Aufklärungsformular habe sie unmöglich verstehen können, weshalb sie die Risiken der Hysterektomie weder gekannt habe noch habe abschätzen können. Sie sei deshalb aufgrund der unzureichenden Aufklärung nicht in

der Lage gewesen, rechtsgültig in den operativen Eingriff einzuwilligen. Die erfolgte Operation mit ihren schwerwiegenden Folgen entspreche somit einer schweren Körperverletzung gemäss Art. 122 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB, SR 311.0). Mit einer solchen müsse per se nicht gerechnet werden. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden: Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht, dass ihr Dr. med. E.____ während eines viertelstündigen Gesprächs, das einen Monat vor dem Eingriff stattfand, die Operation und die damit verbundenen Risiken erklärt hat. Aus den Akten ist zu schliessen, dass die 1973 geborene Beschwerdeführerin jedenfalls seit 1999 in der Schweiz lebt und sich zuvor mindestens ab 1994 in Deutschland aufgehalten hatte (vgl. Suva-Nrn. 33, 34). Es erscheint daher als wenig glaubhaft, dass sie nur über sehr geringe Deutschkenntnisse verfügt. Dieser Umstand wird auch in den Akten nirgends erwähnt. So hielt z.B. der urologische Gutachter Dr. med. M.____ anlässlich der ersten Konsultation der Beschwerdeführerin vom 11. Juli 2016 fest, die Beschwerdeführerin sei zwar in Begleitung einer Dolmetscherin erschienen, welche indes nicht zum Einsatz gekommen sei (Suva-Nr. 42 S. 4 oben). Zudem stand der Beschwerdeführerin nach dem Gespräch mit Dr. med. E.____ ein Monat zur Verfügung, um allenfalls zusätzliche Informationen einzuholen. Im Übrigen hat das Bundesgericht im von der Beschwerdegegnerin angeführten Urteil 8C_858/2014 vom 24. April 2015 E. 3.4 (A.S. 47) festgehalten, auch eine allenfalls mangelhafte Aufklärung über den geplanten Eingriff mit möglicher Erweiterung desselben vermöchte die vorgenommene Behandlung als solche nicht als ungewöhnlich im Sinne des Unfallbegriffs erscheinen zu lassen. Wohl bezog sich die Rüge der mangelnden Aufklärung dort auf eine intraoperativ vorgenommene Erweiterung des Eingriffs. Die Formulierung der bundesgerichtlichen Erwägung lässt jedoch darauf schliessen, dass diesem Umstand keine entscheidende Bedeutung zukam.

5.4.2 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, ihr sei anlässlich des Aufklärungsgesprächs zugesichert worden, dass Dr. med. E.____ die Operation persönlich durchführen werde (A.S. 14). Einer Operation durch den Assistenzarzt Dr. med. I.____ hätte sie nicht zugestimmt. Zwar kann der sinngemässen Aussagen der Beschwerdegegnerin, grundversicherte Patienten würden quasi zwingend ausschliesslich durch Assistenzärzte behandelt, nicht zugestimmt werden, denn nach der Konzeption der obligatorischen Krankenversicherung gewährleistet diese eine medizinische Versorgung, welche eine Zusatzversicherung – was die rein medizinischen Aspekte anbelangt – erübrigt. Es ist aber gerichtsnotorisch, dass Assistenzärzte regelmässig Operationen durchführen, was auch notwendig ist, damit sie die notwendige Erfahrung erlangen können. Der Umstand, dass die Operation vom 14. Januar 2013 durch den Assistenzarzt Dr. med. I.____ vorgenommen wurde, während die erfahreneren Ärzte Dr. med. E.____ und Dr. med. J.____ assistierten, ist daher nicht aussergewöhnlich und begründet keinen gravierenden Fehler, wie er für die Erfüllung des Unfallbegriffs vorausgesetzt wird. Dafür, dass die Beschwerdeführerin einer Operation nur unter der Bedingung zugestimmt hätte, wenn sie durch Dr. med. E.____ als Hauptoperateur durchgeführt würde, bestehen keine hinreichenden Anhaltspunkte.

5.4.3 Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht verletzt, indem sie auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. G.____ abgestellt habe, ohne weitere ärztliche Stellungnahmen einzuholen, aus welchen sich eine andere Einschätzung ergeben könnte (A.S. 14 f.). Diese Argumentation verkennt die beweisrechtliche Ausgangslage: Liegt eine versicherungsinterne Beurteilung vor, welche den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme erfüllt, sind ergänzende Abklärungen nur dann erforderlich, wenn zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der

ärztlichen Feststellungen geweckt werden (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Solche Zweifel bestehen hier nicht. Namentlich hat Dr. med. G.____ die Frage, ob die Wahl eines abdominalen (und nicht vaginalen oder laparoskopischen) Vorgehens als krasser Fehler zu bewerten sei, schlüssig und überzeugend verneint, dies u.a. unter Hinweis darauf, dass erstens keine klare Hierarchie zwischen den drei Varianten besteht und zweitens Adhäsionen (Verwachsungen), wie sie bei der Beschwerdeführerin aktenkundig sind, gegen das von ihr nunmehr favorisierte Vorgehen sprachen. 6. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. Juli 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 4

Unter Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 6. Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Oktober 2017 (A.S. 45 ff.), die Beschwerde sei abzuweisen und der Einspracheentscheid vom 24. Juli 2017 zu bestätigen. 7. Mit Verfügung vom 26. Oktober 2017 (A.S. 50 f.) wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und es wird Rechtsanwältin Dr. iur. Barbara Wyler als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt. 8. Mit Replik vom 12. Januar 2018 (A.S. 61 ff.) hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Gleichzeitig reicht ihre Vertreterin ihre Kostennote ein. Die Replik geht mit Verfügung vom 9. Februar 2018 (A.S. 67) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 9. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig und zu prüfen ist, ob die Blasenläsion, zu der es bei der Operation vom 14. Januar 2013 gekommen ist, ein im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung versichertes Ereignis darstellt. 2. 2.1 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG, SR 832.20]). 2.2 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 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 2.3 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. 3.1 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen. Für den Beweiswert eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.2 Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. 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 (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 122 V 157 E. 1d S. 162 f.).

4. Zum relevanten Sachverhalt lässt sich den medizinischen Akten insbesondere Folgendes entnehmen:

4.1 Dem Austrittsbericht des Spitals D.____ vom 19. Mai 1999 (Suva-Nr. 33) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach einem sekundären Kaiserschnitt, der am 23. April 1999 stattgefunden hatte, bei Verdacht auf Endometritis vom 7. bis 12. Mai 1999 im Spital D.____ hospitalisiert war. Unter der Therapie hätten sich die Beschwerden gebessert. In der Folge bestanden jedoch unklare chronische Unterbauchschmerzen und es kam zu einer ungewollten Gewichtszunahme. Deshalb wurde am 7. Juni 2000 eine operative Laparoskopie mit Adhäsiolyse durchgeführt (Suva-Nrn. 39, 40).

4.2 Eine «CT-Untersuchung Abdomen-Becken nativ + KM vom 22. Januar 2003» ergab abgesehen von einer nicht sehr grossen Ovarialzyste rechts, ohne Wandverdickung, einen regelrechten Abdominalbefund (Suva-Nr. 35).

4.3 Am 16. Februar 2004 (Suva-Nr. 37) wurde bei unklaren chronischen Unterbauchschmerzen, rechts mehr als links, eine diagnostische Laparoskopie vorgenommen.

4.4 Vom 7. bis 8. Juli 2005 war die Beschwerdeführerin wegen einer Dauerschmierblutung unter Implanon sowie subjektiv starken, krampfartigen Unterbauchschmerzen erneut im Spital D.____ hospitalisiert. Im Bericht vom 12. Juli 2005 werden als weitere Diagnosen anamnestisch Schwindel und Kreislaufstörungen sowie eine starke psychische Aggravierung der Beschwerden erwähnt (Suva-Nr. 34).

4.5 Dr. med. H.____, Chefarzt-Stv. Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie, Spital D.____, hielt in seinem Bericht vom 17. Januar 2011 fest, die Beschwerdeführerin leide weiterhin unter chronischen Unterbauchschmerzen unklarer Ätiologie (Suva-Nr. 32).

4.6 Im Operationsbericht vom 14. Januar 2013 (Suva-Nr. 4) wird erklärt, aufgrund der klinischen Diagnose einer therapieresistenten Dysmenorrhoe bei Menometrorrhagie und Hypermenorrhoe seien eine abdominale totale Hysterektomie und Salpingektomie vorgenommen worden. Operateur war Dr. med. I.____, Assistenzarzt, als Assistenten

fungierten der Belegarzt Dr. med. E. ___ und Dr. med. J. ___. 4.7 Laut dem Operationsbericht vom 16. Januar 2013 (Suva-Nr. 6) wurde die Beschwerdeführerin zwei Tage nach der Hysterektomie wegen persistierender Makrohämaturie (Blut im Urin) durch die Ärzte der Gynäkologie zystoskopierte. Es ergab sich der dringende Verdacht auf eine Blasenläsion, welche computertomographisch bestätigt wurde. Deshalb wurde die Indikation zur Revisionslaparotomie gestellt. Der operative Eingriff (abdominelle Revision mit transvesikalem Verschluss des Blasendefektes, Ureterschienung beidseits sowie Fixation der Omentum majus Spitze am Vaginalstumpf) wurde durch ein Operationsteam bestehend aus Dr. med. K. ___, Leitender Arzt Urologie, Dr. med. E. ___, Dr. med. L. ___ und Dr. med. I. ___ durchgeführt. Dem Operationsbericht lässt sich weiter entnehmen, dass das circa 2 cm grosse Blasenleck mit einer Zystotomie dargestellt werden konnte und beide Ureter mit Ureterkathetern versorgt wurden. 4.8 Die Beschwerdeführerin blieb nach den beiden Operationen bis am 29. Januar 2013 hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 4. Februar 2013 (Suva-Nr. 14) wird erklärt, postoperativ sei einmalig 500 mg Ferinject abgegeben worden. Die Ureterenkatheter seien am 8. postoperativen Tag bei normaler Diurese und bei klarer Harnableitung entfernt worden, worauf die Patientin praktisch beschwerdefrei gewesen sei. Die Blasendichtigkeitsprüfung am 12. postoperativen Tag (retrogrades Zystogramm) habe die Dichtigkeit bestätigt, worauf der Dauerkatheter entfernt worden und eine problemlose Spontanmiktion ohne bedeutenden Restharn erfolgt sei. Die Beschwerdeführerin habe in deutlich gebessertem Allgemeinzustand in afebrilem, kreislaufstabilem und praktisch schmerzfreiem Zustand mit intakter Diurese in die häusliche Schonung entlassen werden können. 4.9 Dr. med. C. ___, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, führt in seinem Schreiben vom 6. April 2016 (Suva-Nr. 5) aus, bei der am 12. [recte: 14.] Januar 2013 vorgenommenen abdominalen Hysterektomie sei die Blase verletzt worden. Deswegen habe die Beschwerdeführerin nach zwei Tagen reoperiert werden müssen. Seither habe sie Probleme mit Wasserlösen und müsse sich zeitweise selbstkatheterisieren. Dies habe ihr auch auf die Psyche geschlagen. Sie leide an einer Depression wechselnden Ausmasses. Bei der Blasenstörung handle es sich um eine komplexe chronische Schmerzerkrankung der Harnblase und des Beckens mit hypokapazitiver und hyposensitiver Harnblase mit phasischen Detrusorüberaktivitäten. 4.10 Dr. med. M. ___, Facharzt FMH für Urologie, führt im durch die Beschwerdeführerin eingereichten urologischen Teilgutachten vom 16. Januar 2017 (Suva-Nr. 42) zuhanden der Begutachtungsstelle F. ___ aus, zu diagnostizieren sei eine «hypokapazitative und hypersensitive Harnblase mit phasischer Detrusor-Hyperaktivität (ICD-10 N31.1)». Diese führe sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Suva-Nr. 42 S. 6). 4.11 Dem Notfallbericht der Ärzte des Spitals D. ___ vom 30. Januar 2017 (Suva-Nr. 47) lässt sich entnehmen, die Beschwerdeführerin sei am Vortag bei unklaren rechtsseitigen Unterbauchschmerzen zugewiesen worden. Es sei ihr einmalig Diclophenac 75 mg verabreicht worden, auf das sie allergisch reagiert habe. Als Hauptdiagnosen werden eine anaphylaktische Reaktion Grad II nach Diclophenac-Gabe und ein aufsteigender Harnwegsinfekt (mit / bei akuter Zystitis und Verdacht auf beginnende Harnleiterentzündung rechts) genannt, als Nebendiagnosen u.a. ein Status nach iatrogener Blasenverletzung im Rahmen der Hysterektomie im Januar 2013 mit/bei täglich bis zu dreimaliger Selbstkatheterisierung (weil sie zeitweise nicht selbständig Wasser lösen könne). 4.12 Der Kreisarzt Dr. med. G. ___ fasst in seiner Stellungnahme vom 10. März 2017 (Suva-Nr. 54) zunächst die Vorakten zusammen. Als Diagnose nennt er eine intraperitoneale Blasenverletzung der Blasenhinterrand im Rahmen

einer abdominellen Hysterektomie vom 14. Januar 2013, behandelt durch eine abdominelle Revision mit transvesikalem Verschluss des Blasendefekts, Ureterschienung beidseits, Fixation der Omentum majus Spitze am Vaginalstumpf am 16. Januar 2013. In der Beurteilung führt der Kreisarzt aus, bereits zum Zeitpunkt der Hysterektomie am 14. Januar 2013 habe die Beschwerdeführerin eine lange Vorgeschichte mit wiederholten gynäkologischen Interventionen wegen unterschiedlicher Ursachen, einschliesslich Adhäsionen, hinter sich gehabt. Sämtliche bisherigen Eingriffe hätten den Zustand nicht zu verbessern vermocht. Die Indikation zur abdominalen totalen Hysterektomie und Salpingektomie sei wegen therapieresistenter Dysmenorrhoe bei Menometrorrhagie und Hypermenorrhoe erfolgt, welche auf Medikamente nicht reagiert hätten. Der Eingriff sei transabdominal über eine Pfannenstielinzision durchgeführt worden. Der Eingriff sei korrekt mittels detailliertem Operationsbericht dokumentiert. In der Folge sei eine Blasenläsion festgestellt und über eine Zystotomie versorgt worden (S. 7 f.). Auf die ihm durch die Beschwerdegegnerin unterbreiteten Fragen antwortet Dr. med. G.____, im Rahmen der Operation vom 14. Januar 2013 sei nicht vom medizinisch Üblichen abgewichen worden. Der Operationsbericht beschreibe das Vorgehen detailliert und Abweichungen vom üblichen Operationsvorgang würden nicht beschrieben. Die Operation sei auch mit keinem aussergewöhnlichen Risiko verbunden gewesen. Die Hysterektomie gehöre zu den häufigsten gynäkologischen Eingriffen überhaupt. Der abdominale Zugang habe lange Zeit als Standard gegolten. Später seien die vaginale Hysterektomie und ab den 90er Jahren zunehmend auch die laparoskopische Hysterektomie durchgeführt worden. Alle diese Verfahren hätten unterschiedliche Vor- und Nachteile, gälten aber als sicher, d.h. sie stellten kein aussergewöhnliches Risiko dar. Der Eingriff sei unter Mitwirkung und in Verantwortung eines sehr erfahrenen Gynäkologen (Dr. med. E.____) durchgeführt worden. Der Umstand, dass es sich um einen Instruktionseingriff gehandelt habe, stelle erfahrungsgemäss kein erhöhtes Risiko dar. Der Revisionseingriff sei unmittelbar nach Diagnosestellung der Blasenverletzung vom erfahrenen Urologen Dr. med. K.____ mit der Assistenz von Dr. med. E.____, Dr. med. L.____ und Dr. med. I.____, durchgeführt worden. Auf die Frage, ob eine derartige Schädigung selten vorkomme, antwortet der Kreisarzt, das Risiko für eine Blasenverletzung liege unter 1 %. Die Verletzung gehöre aber zu den typischen Komplikationen der totalen Hysterektomie und werde in der Regel bei der Aufklärung zum Eingriff immer erwähnt. In den offiziellen Aufklärungsunterlagen werde die Blasenverletzung bei allen erwähnten Operationsverfahren (laparoskopisch, abdominal offen und vaginal) bei den möglichen Verletzungen von benachbarten Organen an erster Stelle erwähnt. Die Häufigkeit von Blasenverletzungen unterscheide sich weniger aufgrund des Zugangs (laparoskopisch versus offen), sondern eher aufgrund des notwendigen Präparations- und Resektionsausmasses (suprazervikal versus total). Die vaginale Hysterektomie habe statistisch gesehen ein etwas kleineres Risiko für Blasenverletzungen, sei aber nur einer günstigen Auswahl von Patienten und Krankheitsbildern vorbehalten und z.B. bei Vorliegen von Adhäsionen, grossem Uterus usw. kontraindiziert. Eine grobe, ausserordentliche Verwechslung oder Ungeschicklichkeit liege nicht vor. Die Operation sei gemäss Operationsbericht regelrecht durchgeführt worden. Auch aus der Dauer der Operation von 90 Minuten und aus einem geschätzten Blutverlust von circa 400 ml ergäben sich keine indirekten Hinweise auf Aussergewöhnlichkeiten. Es könne nicht gesagt werden, mit der Schädigung habe nicht gerechnet werden müssen. Wie dargelegt, komme eine Blasenverletzung anlässlich einer Hysterektomie zwar nicht häufig vor, gehöre aber zu den typischen Komplikationen. Entsprechend sei auch bei Persistenz der Hämaturie zügig eine

Zystoskopie erfolgt, welche zur Vermutung einer Läsion geführt habe, die sich anschliessend in der CT bestätigt habe. Der Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen sei in keiner Weise überschritten worden. Die abdominale Hysterektomie gehöre zu den Standard-Operationen in der Gynäkologie und sei einer der am häufigsten durchgeführten gynäkologischen Eingriffe.

E. 5

5.1 Nach der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. E. II. 2.3 hiervor) erfüllt ein Fehler bei einer Behandlung, für die als solche der Unfallversicherer nicht leistungspflichtig ist, dann den Unfallbegriff, wenn es sich um grobe und ausserordentliche Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar um absichtliche Schädigungen handelt, mit denen niemand rechnet noch zu rechnen braucht. Die Beschwerdegegnerin hat diese Voraussetzungen gestützt auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. G.____ vom 10. März 2017 (Suva-Nr. 54) verneint. Zu prüfen ist demzufolge, ob der kreisärztliche Bericht diese Schlussfolgerung stützt, ob ihm diesbezüglich Beweiskraft beizumessen ist sowie ob sich aus den Umständen, beispielsweise aus der übrigen medizinischen Aktenlage und den Vorbringen der Beschwerdeführerin, zumindest geringe Zweifel an der Beurteilung von Dr. med. G.____ ergeben (vgl. E. II. 3.2 hiervor).

5.2 Aus der kreisärztlichen Beurteilung vom 10. März 2017 (vgl. E. II. 4.12 hiervor) geht zunächst hervor, dass eine Hysterektomie auf drei Arten durchgeführt werden kann, nämlich laparoskopisch, abdominal oder vaginal. Alle drei Varianten haben ihre Vor- und Nachteile. Eine Rolle spielen können etwa frühere Eingriffe (wie hier die sectio aus dem Jahr 1999, vgl. E. II. 4.1 hiervor) und Verwachsungen (wie sie hier dokumentiert sind, vgl. etwa die im Jahr 2000 durchgeführte Adhäsioolyse, E. II. 4.1 hiervor). Dass sich die Ärzte in der vorliegenden Konstellation für eine abdominale Hysterektomie (und Salpingektomie) entschieden, stellt keine grobe Verwechslung oder Ungeschicklichkeit dar. Der kreisärztlichen Beurteilung lässt sich weiter entnehmen, dass der Operationsbericht vom 14. Januar 2013 (vgl. E. II. 4.6 hiervor) einen «normalen» Ablauf des Eingriffs wiedergibt. Besondere Umstände oder Schwierigkeiten werden nicht geschildert. Wie Dr. med. G.____ weiter darlegt, liegen auch keine indirekten Hinweise auf einen aussergewöhnlichen Verlauf vor. Namentlich lassen sich weder der Blutverlust von circa 400 ml noch die Operationsdauer von 90 Minuten als vollkommen aussergewöhnlich bezeichnen. Der im Operationsbericht geschilderte Verlauf ist von keinerlei Auffälligkeiten geprägt. Dass es zu einer Blasenläsion gekommen war, wurde offensichtlich erst später bemerkt, als bei persistierender Makrohämaturie zunächst eine Zystoskopie und anschliessend eine CT-Untersuchung durchgeführt wurde. Die Verletzung der Blase als solche ist, wie der Kreisarzt weiter ausführt, zwar selten (weniger als 1 %), sie gehört aber zu den typischen Risiken, die mit einem derartigen Eingriff verbunden sind. Es handelt sich um eine Komplikation, die eintreten kann und auf die denn auch im entsprechenden Aufklärungspapier ausdrücklich hingewiesen wird. Wenn es bei einer abdominalen Hysterektomie zu einer Blasenläsion kommt, erlaubt dies demnach laut der kreisärztlichen Beurteilung nicht den Schluss auf eine grobe Verwechslung oder Ungeschicklichkeit, mit welcher nicht gerechnet werden musste.

5.3 Die Beurteilung von Dr. med. G.____ beruht auf der vollständigen Aktenlage. Der Kreisarzt verfügte insbesondere über die beiden Operationsberichte vom 14. und 16. Januar 2013 (vgl. E. II. 4.6 f. hiervor) sowie über alle bekannten, vor und nach diesen Operationen verfassten Arztberichte. Auf dieser Grundlage gelangt er zu einer schlüssigen Einschätzung,

welche in nachvollziehbarer und plausibler Weise begründet wird. Die Stellungnahme vom 10. März 2017 ist in sich widerspruchsfrei. Sie wird demnach den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige Stellungnahme eines versicherungsinternen Arztes (vgl. E. II. 3.2 hiervor) gerecht und bildet somit grundsätzlich eine geeignete Beurteilungsgrundlage.

5.4 Medizinische Stellungnahmen, welche die für die Unfallqualität des Ereignisses vom 14. Januar 2013 zentrale Frage nach dem Vorliegen einer groben und ausserordentlichen Verwechslung respektive Ungeschicklichkeit anders beurteilen als der Kreisarzt, liegen nicht vor. Namentlich enthält auch das von der Beschwerdeführerin eingereichte urologische Teilgutachten der Begutachtungsstelle F.____ (vgl. E. II. 4.10 hiervor) keine solche Aussage. Zumindest geringe Zweifel könnten sich daher einzig aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwänden ergeben.

5.4.1 Die Beschwerdeführerin macht zunächst geltend, sie sei vorgängig nicht hinreichend über den Eingriff vom 14. Januar 2013 aufgeklärt worden (A.S. 12 ff.). Dr. med. E.____ hat dazu ausgeführt (Suva-Nr. 21), die Beschwerdeführerin sei bezüglich der Hysterektomie und Salpingektomie am 14. Dezember 2012 um 10.15 Uhr, also einen Monat vor der Operation, eine Viertelstunde lang aufgeklärt worden. Die Risiken und Komplikationen seien mit ihr besprochen worden. Ihr sei auch das offizielle Aufklärungsformular abgegeben worden. Dieses enthalte den ausdrücklichen Hinweis darauf, dass sich Verletzungen der umliegenden Organe, wie Harnblase, Harnleiter und Darm, nicht immer vermeiden liessen, insbesondere, wenn bestimmte Risiken wie z.B. Verwachsungen vorlägen. Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht, dass das von Dr. med. E.____ erwähnte Gespräch stattgefunden hat und dass sie das «Aufklärungsformular» (vgl. Suva-Nr. 51) erhalten und unterschrieben hat. Sie macht jedoch geltend, beim erwähnten Gespräch sei kein Dolmetscher anwesend gewesen und sie habe aufgrund ihrer schlechten Deutschkenntnisse den Inhalt dieses Aufklärungsgesprächs nicht verstehen und die Risiken nicht abschätzen können. Auch das von ihr unterzeichnete Aufklärungsformular habe sie unmöglich verstehen können, weshalb sie die Risiken der Hysterektomie weder gekannt habe noch abschätzen können. Sie sei deshalb aufgrund der unzureichenden Aufklärung nicht in der Lage gewesen, rechtsgültig in den operativen Eingriff einzuwilligen. Die erfolgte Operation mit ihren schwerwiegenden Folgen entspreche somit einer schweren Körperverletzung gemäss Art. 122 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB, SR 311.0). Mit einer solchen müsse per se nicht gerechnet werden. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden: Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht, dass ihr Dr. med. E.____ während eines viertelstündigen Gesprächs, das einen Monat vor dem Eingriff stattfand, die Operation und die damit verbundenen Risiken erklärt hat. Aus den Akten ist zu schliessen, dass die 1973 geborene Beschwerdeführerin jedenfalls seit 1999 in der Schweiz lebt und sich zuvor mindestens ab 1994 in Deutschland aufgehalten hatte (vgl. Suva-Nrn. 33, 34). Es erscheint daher als wenig glaubhaft, dass sie nur über sehr geringe Deutschkenntnisse verfügt. Dieser Umstand wird auch in den Akten nirgends erwähnt. So hielt z.B. der urologische Gutachter Dr. med. M.____ anlässlich der ersten Konsultation der Beschwerdeführerin vom 11. Juli 2016 fest, die Beschwerdeführerin sei zwar in Begleitung einer Dolmetscherin erschienen, welche indes nicht zum Einsatz gekommen sei (Suva-Nr. 42 S. 4 oben). Zudem stand der Beschwerdeführerin nach dem Gespräch mit Dr. med. E.____ ein Monat zur Verfügung, um allenfalls zusätzliche Informationen einzuholen. Im Übrigen hat das Bundesgericht im von der Beschwerdegegnerin angeführten Urteil

8C_858/2014 vom 24. April 2015 E. 3.4 (A.S. 47) festgehalten, auch eine allenfalls mangelhafte Aufklärung über den geplanten Eingriff mit möglicher Erweiterung desselben vermöchte die vorgenommene Behandlung als solche nicht als ungewöhnlich im Sinne des Unfallbegriffs erscheinen zu lassen. Wohl bezog sich die Rüge der mangelnden Aufklärung dort auf eine intraoperativ vorgenommene Erweiterung des Eingriffs. Die Formulierung der bundesgerichtlichen Erwägung lässt jedoch darauf schliessen, dass diesem Umstand keine entscheidende Bedeutung zukam.

5.4.2 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, ihr sei anlässlich des Aufklärungsgesprächs zugesichert worden, dass Dr. med. E. ___ die Operation persönlich durchführen werde (A.S. 14). Einer Operation durch den Assistenzarzt Dr. med. I. ___ hätte sie nicht zugestimmt. Zwar kann der sinngemässen Aussagen der Beschwerdegegnerin, grundversicherte Patienten würden quasi zwingend ausschliesslich durch Assistenzärzte behandelt, nicht zugestimmt werden, denn nach der Konzeption der obligatorischen Krankenversicherung gewährleistet diese eine medizinische Versorgung, welche eine Zusatzversicherung ■ was die rein medizinischen Aspekte anbelangt ■ erübrigt. Es ist aber gerichtsnotorisch, dass Assistenzärzte regelmässig Operationen durchführen, was auch notwendig ist, damit sie die notwendige Erfahrung erlangen können. Der Umstand, dass die Operation vom 14. Januar 2013 durch den Assistenzarzt Dr. med. I. ___ vorgenommen wurde, während die erfahreneren Ärzte Dr. med. E. ___ und Dr. med. J. ___ assistierten, ist daher nicht aussergewöhnlich und begründet keinen gravierenden Fehler, wie er für die Erfüllung des Unfallbegriffs vorausgesetzt wird. Dafür, dass die Beschwerdeführerin einer Operation nur unter der Bedingung zugestimmt hätte, wenn sie durch Dr. med. E. ___ als Hauptoperateur durchgeführt würde, bestehen keine hinreichenden Anhaltspunkte.

5.4.3 Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht verletzt, indem sie auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. G. ___ abgestellt habe, ohne weitere ärztliche Stellungnahmen einzuholen, aus welchen sich eine andere Einschätzung ergeben könnte (A.S. 14 f.). Diese Argumentation verkennt die beweisrechtliche Ausgangslage: Liegt eine versicherungsinterne Beurteilung vor, welche den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme erfüllt, sind ergänzende Abklärungen nur dann erforderlich, wenn zumindest geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen geweckt werden (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Solche Zweifel bestehen hier nicht. Namentlich hat Dr. med. G. ___ die Frage, ob die Wahl eines abdominalen (und nicht vaginalen oder laparoskopischen) Vorgehens als krasser Fehler zu bewerten sei, schlüssig und überzeugend verneint, dies u.a. unter Hinweis darauf, dass erstens keine klare Hierarchie zwischen den drei Varianten besteht und zweitens Adhäsionen (Verwachsungen), wie sie bei der Beschwerdeführerin aktenkundig sind, gegen das von ihr nunmehr favorisierte Vorgehen sprachen.

6. Damit ist der angefochtene Einspracheentscheid vom 24. Juli 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 7

7.1 Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Zusprechung einer Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

7.2 Der Beschwerdeführerin wurde die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und es wurde ihr für das Beschwerdeverfahren Rechtsanwältin Dr. iur. Barbara Wyler als

unentgeltliche Rechtsbeiständin beigeordnet (vgl. E. I. 7 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Zu entschädigen ist der Aufwand, welcher für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlich ist (§ 160 Abs. 1 i.V.m. § 161 Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Rechtsanwältin Wyler hat am 15. Januar 2018 eine Kostennote eingereicht (A.S. 65 f.), worin sie einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'824.95 geltend macht. Der geltend gemachte Aufwand von 17,01 Stunden enthält 0,67 Stunden für das Studium des Einspracheentscheids, das praxisgemäss als vorprozessual gilt (es wäre bei unentgeltlicher Verbeiständung im Verwaltungsverfahren noch diesem zuzurechnen, analog zur Nachbearbeitung im vorliegenden Verfahren). Auszuscheiden ist weiter der verfahrensfremde Aufwand (Telefonat mit der IV-Stelle vom 11. Oktober 2017 von 0,17 Stunden; Eingang Schreiben IV-Stelle vom 7. Dezember 2017 von 0,08 Stunden). Weiter enthält die Kostennote Bemühungen, die praxisgemäss als Kanzleiaufwand gelten, welcher im Stundenansatz einer Rechtsanwältin enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Dies trifft zu auf die Positionen «Eingang Verfügung Gericht, Eintragen Frist, Schreiben an Klientin», bei welchen praxisgemäss von Orientierungskopien ausgegangen wird (zweimal 0,33 Stunden am 4. September 2017, 0,17 Stunden am 2. Oktober 2017, ein Anteil von 0,17 Stunden am 27. Oktober 2017, 0,17 Stunden am 20. November 2017 und 0,17 Stunden am 21. Dezember 2017) sowie auf die Fristerstreckungsgesuche vom 28. September 2017, 15. November 2017 und 12. Dezember 2017 (insgesamt 1,00 Stunde). Weiter ist praxisgemäss ein nachprozessualer Aufwand von einer und nicht von zwei Stunden zu berücksichtigen. Gesamthaft reduziert sich der zu entschädigende Aufwand somit von 17,01 Stunden um 4,26 Stunden auf 12,75 Stunden. Mit dem Stundenansatz von CHF 180.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 GT) ergibt sich eine Entschädigung von CHF 2'630.25 (CHF 2'295.00 [12,75 x CHF 180.00] zuzügl. Auslagen von CHF 142.20 und MwSt von CHF 193.05 [8 % auf CHF 1'797.20; 7,7 % auf CHF 640.00, entsprechend 3,5 Stunden plus Auslagen CHF 10.00]), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin von CHF 275.25 (Differenz zum vollen Honorar von CHF 2'905.50), wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier ■ mit Blick auf den Gehörsanspruch der Beschwerdeführerin ■ von dem in der Kostennote geltend gemachten Stundenansatz von CHF 200.00 auszugehen ist, wenn ■ wie vorliegend der Fall ■ keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

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

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

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