

200 19 798 UV
FUE/SCM/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. Juni 2020

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Schwegler
Gerichtsschreiberin Schädeli

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
Postfach, 8010 Zürich
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 20. September 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1965 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war ab 1. August 2015 beim ... mit einem Teilzeitpensum angestellt und dadurch bei der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (Allianz bzw. Beschwerdegegnerin) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen und Berufskrankheiten versichert (vgl. Akten der Allianz, Antwortbeilage [AB] 1-4, 13-14). Am 25. August 2015 unterzog sich die Versicherte einer ventralen Diskektomie und foraminale Dekompression C7/Th1 und einer Implantation eines zero-P-Cages 7mm konvex, gefüllt mit 0,5cc Grafton (AB 16), wobei gemäss Unfallmeldung UVG vom 7. September 2015 (AB 3) der Rückennerv mit einem Instrument verletzt worden sei. Die Allianz tätigte medizinische Abklärungen, holte ein Aktengutachten ihres beratenden Arztes Dr. med. C. _____, Facharzt für Chirurgie, vom 1. Mai 2017 ein (AB 54) und verneinte mit Verfügung vom 22. Juni 2018 (AB 58) den Leistungsanspruch, weil das Ereignis vom 25. August 2015 den Unfallbegriff nicht erfülle und auch keine Listenverletzung vorliege. Die dagegen erhobene Einsprache der Versicherten (AB 65) wies die Allianz mit Entscheidung vom 20. September 2019 ab (AB 74).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 22. Oktober 2019 Beschwerde und stellte folgende Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 20.9.2019 sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem Unfall vom 25.8.2015 (Verletzung im Rahmen einer Operation) die gesetzlichen Leistungen gemäss UVG zu erbringen.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. November 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

Mit Replik vom 5. Dezember 2019 und Duplik vom 21. Januar 2020 hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest.

Am 3. Februar 2020 liess die Beschwerdeführerin dem Gericht eine weitere Eingabe zukommen.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 20. September 2019 (AB 74). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 25. August 2015.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich – wie hier (AB 3) – vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

2.2 Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit (Art. 6 Abs. 1 UVG) sowie eines natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2018 UV Nr. 3 S. 9 E. 3.1, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

2.3 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).

2.4 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 142 V 219 E. 4.3.1 S. 221; 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. Ebenso wenig besteht eine Bindung an eine allfällige strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Verhaltens (BGE 121 V 35 E. 1b S. 38 f.; 118 V 283 E. 2b S. 284; zum Ganzen: Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 6. Juni 2018, 8C_813/2017, E. 3.1, und vom 16. April 2019, 8C_235/2018, E. 5.2; vgl. auch IRENE HOFER, in FRÉSARD-FELLAY/KLETT/LEUZINGER [Hrsg.], Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, 2020, Art. 4 N. 50, sowie in FRÉSARD-FELLAY/LEUZINGER/PÄRLI [Hrsg.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, Art. 6 N. 47; UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 4. Aufl. 2020, Art. 4 N. 76 f.; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, in ULRICH MEYER [Hrsg.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Band XIV, Soziale Sicherheit, 3. Aufl. 2016, S. 923 N. 97; RUMO-JUNGO/HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Aufl. 2012, S. 31 f.).

Die Praxis zur Ungewöhnlichkeit von medizinischen Massnahmen kann nur zur Anwendung gelangen, wenn ein Behandlungsfehler seitens des Arztes bzw. der die medizinische Massnahme durchführenden Person zu beurteilen ist. Liegt gar kein fehlerhaftes Verhalten vor, welches als schädigende Einwirkung im Sinne von Art. 4 ATSG zu betrachten wäre, hat die Prüfung der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors nach Massgabe der üblichen

zum Unfallbegriff entwickelten Kriterien zu erfolgen (vgl. RKUV 1992 U 153 S. 204 E. Ib; KIESER, a.a.O., Art. 4 N. 80 f.; RUMO-JUNGO/HOLZER, a.a.O., S. 32).

2.5 Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt diesen Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Im Operationsbericht des Spitals D. _____ vom 25. August 2015 (AB 16) wurde zur vorgenommenen ventralen Diskektomie und foraminale Dekompression C7/Th1 und Implantation eines zero-P-Cages 7mm konvex, gefüllt mit 0.5cc Grafton, insbesondere Folgendes festgehalten: „Entfernen der Bandscheibe und Curettage der Deck- und Bodenplatten unter Sicht. Leichtes Aufspreizen des eher engen Fachs mit der HWS-Spreizzange. Akzidentiell kommt man mit dem feinsten Rongeur dorsal offensichtlich über die Hinterkante und es kommt plötzlich Liquor. Man entfernt jetzt vorsichtig den dorsalen Anulus und das hintere Längsband. Man kann einen Riss sehen in der Dura ziemlich median. Es kommt nur wenig Liquor, weshalb man hier gut foraminal beidseits dekomprimieren kann.“

3.1.2 Im Operationsbericht des Spitals D. _____ vom 2. September 2015 (AB 17) wurde eine Revision mit Duraverschluss C7/Th1 dokumentiert, nachdem es am achten postoperativen Tag (bezogen auf die Operation vom 25. August 2015) zu einer zunehmenden Schwellung im Bereich des anterolateralen Halsdreieckes rechts gekommen war und die MRI-

Kontrolluntersuchung eine Liquoransammlung im Zugangsbereich gezeigt hatte.

3.1.3 Der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. C. _____, führte in der Stellungnahme vom 25. November 2015 (AB 21) aus, es liege eine iatrogene Verletzung vor, welche der Arzt bei seiner Haftpflichtversicherung anmelden müsse. Der Vorfall betreffe nicht den Unfallversicherer. Diese Auffassung bestätigte er am 16. März 2016 (AB 46/2).

3.1.4 Die Ärzte des Spitals D. _____ hielten im Bericht vom 1. Februar 2016 (AB 42) fest, im Rahmen der Operation von Ende August 2015 sei es zur akzidentiellen Kontusion des Myelons gekommen. Postoperativ habe bei der Beschwerdeführerin eine inkomplette Paraparese mit Prä- und Sekundärsymptomatik mit dislozierter Sensibilitätsstörung sub Th2 und Plegie (M0) des rechten Beines bestanden.

3.1.5 Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 1. Mai 2017 (AB 54) fest, bei der Operation vom 25. August 2015 sei eine iatrogene Verletzung mit akzidenteller Myelonkontusion entstanden, wobei ein Behandlungsfehler und/oder ein Unfallereignis nicht postuliert werden könne. Bei der Entfernung der dorsalen Anteile der degenerativ veränderten Zwischenwirbelscheibe sei mit dem scharfen Rongeur die Dura mater eröffnet worden und es sei Liquor ausgetreten (S. 5 Ziff. 3). Die Indikation zur Operation sei sicherlich dringend erfüllt gewesen. Ein weiteres Zuwarten hätte zu fortschreitenden neurologischen Schäden geführt (S. 4 Ziff. 2/1a). Zudem sei der Operationsbericht ausreichend und die perioperativen Befunde sowie die nach der Erkennung der Verletzung getroffenen Massnahmen seien korrekt. Es sei durchaus möglich, dass mit dem scharfen kleinen Rongeur, insbesondere bei engen Verhältnissen, wie sie vorgelegen hätten, die beschriebene akzidentielle Verletzung der Dura entstehen könne. Dass der Rongeur eindeutig am falschen Ort platziert worden sei (vgl. AB 51/2), sei nicht nachvollziehbar, da die dorsalen Anteile der degenerativ veränderten Zwischenwirbelscheibe möglichst vollständig hätten entfernt werden müssen um die Implantation des Cages zu erlauben. Beim Diskus intervertebralis handle es sich um ein zähes, faseriges Gewebe, wobei es erfahrungsgemäss notwendig sei, dieses mit einem gewissen Kraftaufwand zur Entfernung dieser Anteile zu führen. Dass das Instrument falsch eingesetzt

worden sei (vgl. AB 51/2), sei ebenso wenig nachvollziehbar, auch eine Unsorgfältigkeit könne nicht postuliert werden, da gerade wegen der Konsistenz der zu entfernenden Anteile des Diskus intervertebralis ein gewisser Kraftaufwand notwendig sei (S. 5 Ziff. 2/2a-d).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Beratende Ärzte und Vertrauensärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen. Deren Berichten und Gutachten wird nach der Rechtsprechung Beweiswert zugemessen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einho-

lung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsin-
ternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Entscheidung des BGer vom 6. März 2020, 8C_646/2019, E. 4.3; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469, 125 V 351 E. 3b ee S. 353 f.; RKUV 2006 U 578 S. 175 E. 3.4, 1988 U 56 S. 371 E. 5b).

3.3

3.3.1 Der beratende Chirurg Dr. med. C. _____ äusserte sich erstmals am 25. November 2015 (AB 21) und alsdann am 16. März 2016 (AB 46/2) zum Ereignis vom 25. August 2015, wobei er jeweils die Auffassung vertrat, die Beschwerdegegnerin als Unfallversicherer sei für die „iatrogene Verletzung“ nicht zuständig. Zu der hier entscheidenden Frage, ob beim Eingriff ein Behandlungsfehler auftrat, der den Unfallbegriff erfüllte, mithin ob (namentlich) eine grobe Ungeschicklichkeit von Seiten des Operateurs vorlag, nahm er zunächst nicht Stellung. Er bemerkte jedoch, der Operateur müsse sich an seine Haftpflichtversicherung wenden (AB 21). Dies kann einzig dahingehend verstanden werden, dass er offenbar von einem unzutreffenden Verständnis der Rechtslage ausging, wonach ein Behandlungsfehler das Vorliegen eines Unfalles per se ausschliesse (vgl. AB 54/1: „Dies kann nicht als UVG Schaden angesehen werden, da es sich per Definitionem um eine iatrogene Schädigung handelt“). Erst in der Aktenbeurteilung vom 1. Mai 2017 äusserte sich Dr. med. C. _____ zur Operation, wobei er – in teilweiser Abweichung seiner früheren Beurteilung (AB 54/1: „... haben sie meine damalige Ansicht übernommen und festgestellt, es handle sich nicht um einen Unfall, sondern eine iatrogene Verletzung (Arztfehler).“) – einen „Behandlungsfehler und/oder ein Unfallereignis“ ausschloss (AB 54/5 Ziff. 3./1). Diese Einschätzung ist – was unter den Parteien zu Recht unbestritten ist (vgl. Beschwerde S. 5 Ziff. 5 und S. 7 Ziff. 7; Beschwerdeantwort S. 5 Rz. 23; AB 74/10 Ziff. 33) – widersprüchlich, wobei der beratende Arzt diesen Widerspruch in der Folge nicht auf-

löste. Damit bleibt letztlich unklar, ob er von einem Behandlungsfehler ausging oder einen solchen verneinte. In der Folge ist für den Rechtsanwender nicht klar, ob hier die Praxis zur Ungewöhnlichkeit von medizinischen Massnahmen zur Anwendung gelangt oder aber die Prüfung der Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors nach Massgabe der üblichen zum Unfallbegriff entwickelten Kriterien zu erfolgen hat (vgl. E. 2.4 hiavor).

3.3.2 Zwar ist die Beurteilung des Dr. med. C._____, wonach eine Verletzung der Dura bei engen Verhältnissen, wie sie vorgelegen hätten, (sinngemäss) auch bei Wahrung der objektiv gebotenen Sorgfalt durchaus eintreten könne (AB 54/5 Ziff. 2b), ohne dass der Rongeur am falschen Ort platziert worden sei und wonach es sich beim Diskus intervertebralis um ein zähes, faseriges Gewebe handle, womit auch notwendig sei, dass der Rongeur mit einem gewissen Kraftaufwand geführt werden müsse, mithin eine Unsorgfältigkeit (des Operateurs) nicht postuliert werden könne (AB 54/5 Ziff. 2d), nachvollziehbar. Allein deswegen lässt sich jedoch nicht ausschliessen, dass der Unfallbegriff erfüllt wurde:

Die Beschwerdeführerin weist zutreffend darauf hin, dass sich Dr. med. C._____ in seinen Ausführungen auf die „akzidentielle Verletzung der Dura“ bezog, womit nicht erhellt, ob seine Beurteilung auf die Duraverletzung beschränkt ist oder diese – wie die Beschwerdegegnerin geltend macht (Beschwerdeantwort S. 6 Rz. 34) – aufgrund der Anatomie („Dura und Liquor umgeben das Myelon“) gleichzeitig auch für die Myelonkontusion herangezogen werden kann (vgl. Beschwerde S. 7-9 Ziff. 9-10; Replik S. 7). Eine klärende Stellungnahme des beratenden Arztes wurde von der Beschwerdegegnerin nicht eingeholt, womit bereits in diesem Punkt zumindest geringe Zweifel an der Aktenbeurteilung bestehen. Weiter macht die Beschwerdeführerin unter Bezugnahme auf die Aktenbeurteilung des Dr. med. C._____ replikweise geltend, ein Kraftaufwand sei für die Ausräumung des Bandscheibenfachs allenfalls erforderlich, doch nur in die dem Spinalkanal mit Dura und Myelon exakt entgegengesetzte Richtung. Wenn der Operateur über die Hinterkante, also exakt entgegen seines eigentlichen Kraftvektors, abrutsche und dabei Dura und Myelon verletze, stelle dies eine ausserordentliche Ungeschicklichkeit dar. Zur Begründung für die beschriebenen intraoperativen Vorgänge beruft sie sich auf das In-

struktionsvideo „Anterior Cervical Discectomy & Fusion at C5-6 - Medical Animation" der Certified Medical Illustrations (Replik S. 6; abrufbar u.a. unter www.certifiedmedicalillustrations.com). Die Beschwerdegegnerin wendet dagegen ein, der Kraftaufwand werde nicht benötigt, um das faserige Gewebe nach aussen zu ziehen, sondern um dieses abzutragen. Die Krafrichtung könne deshalb sehr wohl zum Rücken gerichtet sein, weil man zur Ausräumung des dorsalen Anulus zuerst in Richtung Rücken drücken müsse und erst dann mit einer Schaufelbewegung nach vorne ziehe (Duplik S. 4 Rz. 23-26). Selbst wenn die Ausführungen der Verwaltung zu den Abläufen beim Ausräumen des Bandscheibenfachs an sich plausibel erscheinen, fehlt zu dieser Thematik letztlich eine fachärztliche Stellungnahme, welche die Sachlage medizinisch klärt. Folglich bestehen auch diesbezüglich zumindest geringe Zweifel an der Aktenbeurteilung. Schliesslich macht die Beschwerdeführerin geltend, die direkte Verletzung des Rückenmarks (und nicht nur der Dura) durch den Arzt im Rahmen der Wirbelsäulenoperation sei eine extrem seltene Komplikation, weshalb dies eine ausserordentliche Ungeschicklichkeit darstelle, mit der niemand habe rechnen müssen (Beschwerde S. 10 Ziff. 12). Nach der höchstrichterlichen Praxis kann die Komplikationshäufigkeit zwar nicht alleiniges, ausschlaggebendes Kriterium zur Bejahung der Aussergewöhnlichkeit des äusseren Faktors bilden, doch ist sie bei der zu beantwortenden Frage nach dem Vorliegen eines Unfalls mitzuberücksichtigen (Entscheid des BGer vom 2. September 2014, 8C_283/2014, E. 3.5). Auch hierzu fehlt eine fachärztliche Stellungnahme, wobei das Fehlen einer solchen nicht durch die von den Parteien jeweils ins Feld geführten, nicht übereinstimmenden und teilweise unterschiedliche Operationen bzw. Komplikationen betreffenden Zahlen ersetzt werden kann (vgl. Beschwerde S. 8 Ziff. 9; Beschwerdeantwort S. 6 Rz. 32-33; Replik S. 8; Duplik S. 5 Rz. 30-36; Eingabe der Beschwerdeführerin vom 3. Februar 2020 S. 3-5).

3.4 Zusammenfassend bestehen zumindest geringe Zweifel an der Aktenbeurteilung des beratenden Dr. med. C. _____, womit die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese in Nachachtung der Untersuchungsmaxime (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) ein externes (Akten-) Gutachten einhole, welches die hier massgebenden Fragen, namentlich jene nach einem allfälligen Behandlungsfehler bei der Operation vom

25. August 2015, beantwortet und Stellung nimmt zu den Einwänden der Beschwerdeführerin (insbesondere: es stelle eine ausserordentliche Ungeschicklichkeit dar, wenn der Operateur über die Hinterkante, also exakt entgegen seines eigentlichen Kraftvektors, abrutsche und dabei Dura und Myelon verletze) sowie zur Komplikationshäufigkeit der durchgeführten Operation insbesondere in Bezug auf die Kontusion des Myelons.

4.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde insofern gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. September 2019 (AB 74) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der vorstehenden Erwägungen und zum Erlass eines neuen Entscheids. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

5.2 Die obsiegende (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61; SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1) Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Mit Kostennote vom 3. Februar 2020 macht Rechtsanwalt B. _____ ein Honorar von Fr. 5'872.50 (21.75h x Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 94.50 und Mehrwertsteuer von Fr. 459.45 (Fr. 5'967.-- x 7.7 %), ausmachend total Fr. 6'426.45, geltend. Mit Blick auf andere, bezüglich des objektiv erforderlichen Prozessaufwands, der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses vergleichbare Verfahren und die dafür vom angerufenen Gericht zugesprochenen Parteientschädigungen erscheint dieser Betrag als übersetzt. Unter Berücksichtigung des lediglich geringen

Aktenumfangs (die amtlichen Akten umfassen bloss 77 Aktenstücke), der sehr eingegrenzten Frage, ob der Unfallbegriff erfüllt ist, der materiellrechtlich höchstens durchschnittlichen Schwierigkeiten (bei beratenden Ärzten genügen bereits geringe Zweifel, um die Verwaltung zur Vornahme ergänzender Abklärungen anzuhalten [E. 3.2 hiervor]) in diesem vom Untersuchungsgrundsatz beherrschten Verfahren (vgl. Art. 61 lit. c ATSG; BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429, 122 V 157 E. 1a S. 158) sowie der Tatsache, dass der Rechtsanwalt die Beschwerdeführerin auch im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren (IV/2019/627) vertreten und damit bereits Kenntnis zumindest eines Teils des (medizinischen) Sachverhalts hatte und er schliesslich mit der unaufgefordert eingereichten (dritten) Eingabe vom 3. Februar 2020 nichts Entscheidwesentliches mehr zum Verfahren beitrug, ist die Parteientschädigung ermessensweise auf pauschal Fr. 4'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG vom 20. September 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 4'500.-- (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.

4. Zu eröffnen (R):

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
- Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.