



Fall-Nr.: UV 2020/2
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: UV - Unfallversicherung
Publikationsdatum: 30.08.2021
Entscheiddatum: 02.03.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 02.03.2021

Art. 4 ATSG. Art. 6 Abs. 1 UVG. Frage des Vorliegens eines accident médical. Frage offengelassen, ob es während der medizinischen Behandlung zu groben und ausserordentlichen Verwechslungen oder Ungeschicklichkeiten kam und damit das Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit zu bejahen ist. Da das kumulativ erforderliche Kriterium der Plötzlichkeit nicht erfüllt ist, liegt kein Unfallereignis vor und die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin ist zu verneinen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. März 2021, UV 2020/2). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_267/2021.

Entscheid vom 2. März 2021

Besetzung

Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili

Geschäftsnr.

UV 2020/2

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen,

gegen

SWICA Versicherungen AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, Postfach, 8401 Winterthur,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Versicherungsleistungen

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ war bei der Stadt B.____ als Leiter Informatik tätig und dadurch bei der Swica Versicherungen AG (nachfolgend: Swica) gegen die Folgen von Unfällen obligatorisch versichert (UV-act. 8).

A.b. Aufgrund zunehmender Kopfschmerzen linksseitig und Gedächtniseinschränkungen begab sich der Versicherte am 23. April 2016 auf die zentrale Notfallstation des Kantonsspitals C.____, wo die behandelnden Ärzte einen Verdacht auf einen chronischen Spannungskopfschmerz bei ausgeprägter HWS-Kyphose stellten und eine weitere Abklärung bei einem niedergelassenen Neurologen empfahlen. Am 29. April 2016 stellte sich der Versicherte erneut notfallmässig beim Kantonsspital C.____ vor, nachdem ein gleichentags in der Radiologie D.____ durchgeführtes MRI (vgl. act. G1.3) den Befund eines supratentoriellen internen Hydrocephalus ergeben hatte. Die zuständigen Ärzte überwiesen den Versicherten zur Mitbeurteilung und gegebenenfalls Evaluation einer endoskopischen Ventrikulostomie an das E.____ (UV-act. 2).



A.c. Bei der gleichentags erfolgten notfallmässigen Untersuchung im E.____ empfohlen die abklärenden Ärzte ein rasches Vorgehen zur Therapie des Hydrocephalus. Die Möglichkeit einer Ventrikulostomie des dritten Ventrikels werde durch Dr. med. F.____, Oberarzt mbF, Klinik G.____ am E.____, evaluiert und der Versicherte wolle baldmöglichst entweder zu diesem Eingriff oder zur Einlage eines ventrikuloperitonealen Shunts (nachfolgend: VP-Shunt) aufgeboten werden (UV-act. 4). Am 2. Mai 2016 begab sich der Versicherte auf die Zentrale Notfallaufnahme des E.____ und wurde stationär aufgenommen (act. G1.7, UV-act. 3). Am 4. Mai 2016 um 08:50 Uhr versuchten Dr. F.____ und Dr. med. H.____, Oberarzt, Klinik G.____, E.____, eine Ventrikulostomie, scheiterten aber aufgrund von arachnoidalen Verwachsungen und brachen die Operation ab (UV-act. 10, act. G1.9). Am 4. Mai 2016 zwischen 19.30 und 20.00 Uhr zeigte sich beim Versicherten eine deutlich progrediente Vigilanzminderung (UV-act. 3). Ein CT brachte ein neu aufgetretenes generalisiertes Hirnödem, postinterventionelle Gaseinschlüsse rechts nach frustraner Ventrikulostomie und stationär erweiterte innere Liquorräume bei bekannter Aquäduktstenose zur Darstellung (act. G1.12). Am 5. Mai 2016 um 02:05 Uhr erfolgte im E.____ notfallmässig die Anlage eines VP-Shunts rechts mit Bohrloch rechts retroaurikulär und eine Implantation eines Bohrlochventils (UV-act. 19, act. G1.10). Bei einem CT vom 6. Mai 2016 zeigte sich neu ein kortikal/subkortikal gelegenes hypodenses Areal parietal rechts parasagittal. Der zuständige Radiologe des E.____ hielt als Differentialdiagnose ein kleines subakutes Infarktareal fest (act. G1.14).

A.d. Anschliessend an den stationären Aufenthalt im E.____ befand sich der Versicherte vom 11. Mai bis 1. Juli 2016 stationär in den Kliniken Valens. Die dort behandelnden Ärzte hielten in ihrem Austrittsbericht vom 8. Juli 2016 fest, der Versicherte sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Informatiker weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Für eine adaptierte Tätigkeit bestehe bis einschliesslich 31. Juli 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, danach sei ein Aufbautraining im geschützten Rahmen zu empfehlen (UV-act. 1-1 ff.).

A.e. Aufgrund zunehmender Beschwerden begab sich der Versicherte am 10. August 2016 notfallmässig ins E.____. Die untersuchenden Ärzte befanden, aus neurochirurgischer Sicht zeigten sich keine klaren Hinweise für eine Überdrainage und somit bestehe kein akuter Handlungsbedarf bezüglich des VP-Shuntes. Das am 9. August 2016 in der Radiologie D.____ erstellte MRI des Neurocraniums zeige unter



anderem einen kleinen occipitalen Infarkt, welcher jedoch die aktuelle Symptomatik mit Schwindel, Gangunsicherheit und Kopfschmerzen nicht erkläre. Retrospektiv sei der Posteriorinfarkt auch bereits auf dem ersten postoperativen CT vom 6. Mai 2016 zu sehen und auch im Befund beschrieben. Der Versicherte habe sich gegen eine stationäre Untersuchung entschieden und möchte eine Zweitmeinung einholen (UV-act. 5). Für diese konsultierte der Versicherte PD Dr. med. I.____, Leitender Arzt der Klinik G.____ am Universitätsspital J.____. Dieser übernahm in der Folge die Behandlung des Versicherten und stellte eine klare Überdrainagesymptomatik fest. Am 29. August 2016 implantierte er dem Versicherten einen Shuntassistenten. Im weiteren Verlauf war am 9. September 2016 der Austausch des Differentialdruckventils durch ein verstellbares Shuntventil, am 8. November 2016 der Austausch des Shuntassistenten und schliesslich am 6. Januar 2017 die Explantation desselben erforderlich, um eine zufriedenstellende Regulierung des Hirndrucks zu erreichen (vgl. UV-act. 16-1).

A.f. Der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin M.A. HSG in Law K. Herzog, St. Gallen, führte in einem Schreiben an die Swica am 23. Februar 2017 aus, die deutlich zu späte Behandlung des Hydrocephalus, die fehlgeschlagene Ventrikulostomie vom 4. Mai 2016, der Hirninfarkt mit Schädigung des Sehzentrums und weitere Vorkommnisse bei der ärztlichen Behandlung stellten grobe Ungeschicklichkeiten dar. Er bitte um die Eröffnung eines Unfalldossiers und die Leistungsprüfung (UV-act. 6). Am 27. Februar 2017 reichte die Arbeitgeberin des Versicherten eine entsprechende Unfallmeldung ein (UV-act. 8). Die Swica teilte der Arbeitgeberin am 1. März 2017 mit, zur Beurteilung ihrer Leistungspflicht seien weitere Abklärungen notwendig (UV-act. 13).

A.g. Im Auftrag von Rechtsanwältin Herzog erstellte Dr. I.____ am 14. März 2017 eine Beurteilung. Er befand, die Situation mit Zeichen einer akuten Liquorpassagestörung zusammen mit akuten Symptomen am 29. April 2016 sei potentiell lebensbedrohlich gewesen. Es sei retrospektiv nicht möglich zu entscheiden, ob der Hirninfarkt eine Folge der Operation, Folge der Hirndrucksteigerung zwischen den beiden Eingriffen oder Folge des Hydrocephalus an sich gewesen sei. Es sei möglich, dass ein Infarkt eventuell hätte verhindert werden können, wenn direkt bei der Ventrikulostomie eine definitive Wiederherstellung der Liquorpassage durch Shuntimplantation durchgeführt worden wäre (UV-act. 16 f.).



A.h. Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Vertrauensarzt der Swica, beurteilte am 13. Dezember 2017, er könne aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Akten keinen klaren Behandlungsfehler erkennen. Es sei von einem schicksalhaften Verlauf auszugehen, der aufgrund mehrerer Ursachen (länger bestehend Aquäduktstenose, frustraner Entlastungsversuch, perioperativer Posteriorinfarkt) zu einem unerfreulichen Residualzustand geführt habe. Bei fehlender grober Ungeschicklichkeit gehe er nicht von einem "accident médical" aus (UV-act. 22).

A.i. Gestützt auf diese Beurteilung teilte die Swica Rechtsanwältin Herzog am 16. Januar 2018 mit, sie müsse ihre Leistungspflicht ablehnen, und gab ihr Gelegenheit für eine Stellungnahme (UV-act. 26). Rechtsanwältin Herzog führte am 7. August 2018 aus, auf die Beurteilung von Dr. K.____ könne nicht abgestellt werden. Die Fehlbehandlung Ende April bzw. Anfang Mai 2016 sei als Unfall anzuerkennen. Sie reichte ein am 29. Juli 2018 erstelltes Gutachten von Prof. Dr. med. L.____, FMH Neurochirurgie, ein. Dieser hatte befunden, die medizinische Behandlung sei teilweise schwer fehlerhaft gewesen. Bei einem regelrechten ärztlichen Verhalten hätten die Hirndruckkrise am Abend des 4. Mai 2016 und deren Folgen in Form von permanenten neurologischen Defiziten definitiv verhindert werden können (UV-act. 30).

A.j. Im Auftrag der Staatsanwaltschaft des Kantons St. Gallen hatte PD Dr. med. Dr. iur. M.____, FMH Chirurgie und FMH Intensivmedizin, Institut für Rechtsmedizin, Universität Bern, mit Beizug von Prof. Dr. med. N.____, FMH Neurochirurgie, Chefarzt an der Klinik G.____ des Kantonsspitals O.____, am 15. November 2017 ein Aktengutachten erstellt (UV-act. 41).

A.k. Am 19. November 2018 reichte Rechtsanwältin Herzog der Swica den zweiten Teil des Gutachtens von Dr. L.____, datiert mit 15. April 2018, ein. Er hatte sich darin unter anderem zum Gutachten von Dr. M.____ und den an diesen gerichteten Fragen der Staatsanwaltschaft des Kantons St. Gallen geäußert (UV-act. 36). Am 19. Oktober 2018 hatten Dr. M.____ und Dr. N.____ nach Kenntnis des Privatgutachtens von Dr. L.____ ein überarbeitetes Aktengutachten erstellt (UV-act. 38 ff.).

A.l. Dr. K.____ beantwortete am 6. Februar 2019 einen Fragekatalog der Swica. Er befand unter anderem, hätte man nach der frustranen Operation vom 4. Mai 2016 eine



St.Galler Gerichte

externe Ableitung angelegt, wäre der Hirninfarkt wohl nicht eingetreten. Dies sei seines Erachtens der Hauptvorwurf. Inwieweit eine intensivmedizinische Überwachung und eine schnellere zweite Operation den Hirninfarkt hätten vermeiden können, sei weniger klar. Es lägen mehrere Sorgfaltspflichtverletzungen vor. Das überarbeitete Gutachten von Dr. M.____ und Dr. N.____ sei plausibel und schlüssig (UV-act. 44, vgl. UV-act. 42 f.).

A.m. Mit Verfügung vom 26. Februar 2019 lehnte die Swica ihre Leistungspflicht mangels Vorliegens eines Unfallereignisses vollumfänglich ab (UV-act. 49).

B.

B.a. Dagegen liess der Versicherte am 21. März 2019 Einsprache erheben (UV-act. 51).

B.b. Mit Entscheid vom 29. November 2019 wies die Swica die Einsprache ab (UV-act. 55).

C.

C.a. Gegen den Einspracheentscheid vom 29. November 2019 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin Herzog, die vorliegende Beschwerde vom 15. Januar 2020. Er liess darin dessen Aufhebung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen beantragen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Er liess geltend machen, die Voraussetzungen des Unfallbegriffs seien erfüllt, weshalb eine Leistungspflicht bestehe (act. G1).

C.b. Die Swica (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 14. April 2020 die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde; unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie brachte vor, der Unfallbegriff sei nicht erfüllt (act. G7).

C.c. Mit Replik vom 28. August 2020 bzw. Duplik vom 28. Oktober 2020 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (act. G14, G18).

Erwägungen

1.

Umstritten und vorliegend zu prüfen ist, ob die Behandlung des Beschwerdeführers im E.____ vom 29. April bis 11. Mai 2016, speziell das Unterlassen hirndruckreduzierender



Massnahmen, einen Unfall darstellt. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob die Unfallbegriffsmerkmale der Ungewöhnlichkeit und der Plötzlichkeit erfüllt sind.

1.1. Nach Art. 6 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt. Als Unfall gilt gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat.

1.2. Die Verursachung eines Gesundheitsschadens durch einen äusseren Faktor genügt nicht, um einen Unfall im Rechtssinn zu bejahen. Der äussere Faktor muss zudem als ungewöhnlich qualifiziert werden können. Das Kriterium der Ungewöhnlichkeit des auf den Körper einwirkenden schädigenden Faktors dient der Abgrenzung eines Unfalls von Ereignissen, die im Rahmen des Alltäglichen eintreten. Das Begriffselement der Ungewöhnlichkeit bezieht sich nicht auf die Wirkung des äusseren Faktors, sondern nur auf diesen selber (Irene Hofer, N 32 f. zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019 [nachfolgend zitiert: BSK UVG]). Damit ein ärztlicher Eingriff den Unfallbegriff erfüllt, muss er 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 grundsätzlich nicht leistungspflichtig ist, nimmt die Rechtsprechung nur unter gewissen Voraussetzungen einen Unfall an (accident médical). An die aufgrund objektiver medizinischer Kriterien zu erfolgende Beurteilung des Begriffsmerkmals der Ungewöhnlichkeit werden strenge Anforderungen gestellt. Dieses ist nur dann zu bejahen, wenn die ärztliche Vorkehr als solche den Charakter des ungewöhnlichen äusseren Faktors aufweist. Ein Behandlungsfehler kann 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. Nicht massgebend ist, ob in medizinischer Hinsicht ein Kunstfehler vorliegt, der eine (zivil- oder öffentlich-rechtliche) Haftung begründet. Ebenso wenig besteht eine Bindung an eine allfällige strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Verhaltens (BSK UVG-Hofer, N 47 zu Art. 6 mit weiteren Hinweisen; vgl. André Nabold, N 26 zu Art. 6, in Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.],



Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, 2018 [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur medizinischen Behandlungsmassnahme als Unfall wird von einem Teil der Lehre als zu streng kritisiert (vgl. z.B. Ueli Kieser, *Accident médical*, HAVE 4/2009, S. 382 ff.). Dem wird in der jüngeren Lehre entgegengehalten, dass diese Position darauf hinauslaufen würde, jeden misslungenen medizinischen Eingriff als Unfall zu betrachten. Es könne jedoch nicht Sinn und Zweck der Unfallversicherung sein, den Erfolg der Behandlungen von Krankheiten zu garantieren. Müsste sie für jeden ärztlichen Behandlungsfehler aufkommen, würde ihr sonst die Rolle als Haftpflichtversicherung für medizinische Massnahmen zukommen (vgl. KOSS UVG-Nabold, N 27 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 49 zu Art. 6 mit Hinweis auf die Urteile des Bundesgerichts vom 16. April 2019, 8C_235/2018, E. 5.2, und vom 18. Juni 2013, 8C_767/2012, E. 3.2).

1.3. Mit dem Kriterium der Plötzlichkeit wird ein zeitlicher Rahmen gesteckt. Der entsprechende Faktor muss einmalig innerhalb eines relativ kurzen, abgrenzbaren Zeitraums auf den menschlichen Körper eingewirkt haben. Das Kriterium bezieht sich auf die Einwirkung und nicht auf die in der Folge eingetretene Gesundheitsschädigung. Die schädigende Einwirkung muss jedoch nicht auf einen blossen Augenblick beschränkt sein. In aller Regel verwirklicht sich die Einwirkung innert Sekundenbruchteilen oder binnen weniger Sekunden. Trotzdem werden auch Einwirkungen, welche Minuten oder gar einige Stunden gedauert haben, noch als Unfälle anerkannt. Dauert die Einwirkung länger als einige Sekunden, so wird verlangt, dass es sich um einen einzelnen äusseren Faktor handelt, der Gesundheitsschaden also nicht bloss durch die Summe der repetitiven Einwirkungen immer gleicher äusserer Faktoren entsteht. Indem die Einwirkung einmalig sein und plötzlich eingesetzt haben muss, lässt sich zwischen der meist schleichend entstandenen Krankheit und der durch Unfall verursachten Gesundheitsschädigung unterscheiden. Bei wiederholten oder kontinuierlichen gleichartigen Einwirkungen, die wegen der dauernden Einwirkung über einen längeren Zeitraum einen Gesundheitsschaden verursachen, ist die Plötzlichkeit zu verneinen. Die einzelnen Einwirkungen können aber je für sich genommen einen Unfall darstellen. Die Abgrenzung ist oft heikel. Führt beispielsweise die gesamte Lärmbelastung einer Souffleuse während der Operaufführung und nicht ein einzelner Paukenschlag zur Schädigung des Gehörs, liegt kein Unfall im Rechtssinn vor (BSK UVG-Hofer, N 23 zu Art. 6; KOSS UVG-Nabold, N 15 f. zu Art. 6, unter anderem mit Hinweis auf Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 1. Dezember 2005, U 245/05, E. 2.4). Bei medizinischen Unfällen besteht das Unfallereignis in einer genau bezeichneten und



zeitlich umschriebenen Einwirkung im Rahmen einer medizinischen Massnahme (z.B. Bluttransfusion, Anästhesie, chirurgischer Eingriff; BSK UVG-Hofer, N 24 zu Art. 6, mit Verweis auf Urteil des Bundesgerichts vom 31. März 2009, 8C_234/2008, E. 6).

2.

Um zu prüfen, ob ein Unfallereignis vorliegt, ist vorerst festzulegen, was sich im Zeitraum vom 29. April bis 11. Mai 2016 (Dauer der Behandlung im E.____) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zugetragen hat.

2.1. Der Beschwerdeführer begab sich aufgrund zunehmender Kopfschmerzen und Gedächtniseinschränkungen erstmals am 23. April 2016 notfallmässig ins Kantonsspital C.____. Die zuständigen Ärzte äusserten den Verdacht auf chronische Spannungskopfschmerzen bei ausgeprägter HWS-Kyphose und empfahlen weitere Abklärungen. In der Folge wurde am 29. April 2016 ein MRI in der Radiologie D.____ veranlasst, welches den Befund eines supratentoriellen internen Hydrocephalus ergab. Gleichentags stellte sich der Beschwerdeführer erneut im Kantonsspital C.____ vor. Die dort behandelnden Ärzte hielten fest, der Beschwerdeführer sei zu Ort und Person, jedoch nicht zeitlich orientiert gewesen. Er habe sich nur lückenhaft an den Verlauf seiner Krankheitsgeschichte in der letzten Woche erinnern können. Sie überwiesen den Beschwerdeführer an das E.____ zur Mitbeurteilung und gegebenenfalls Evaluation einer endoskopischen Ventrikulostomie des dritten Ventrikels. Dieser Eingriff konnte offenbar im Kantonsspital C.____ nicht durchgeführt werden und die stattdessen empfohlene Shunteinlage wünschte der Beschwerdeführer nicht (UV-act. 2, act. G1.3, vgl. UV-act. 3-1, 4-2). Die Ehefrau des Beschwerdeführers brachte ihn darauf notfallmässig in die Klinik G.____ des E.____. Dort wurde er von Dr. F.____, Dr. med. P.____, Oberarzt, sowie einem Assistenzarzt untersucht. Diese hielten fest, der Beschwerdeführer sei orientiert, habe jedoch Probleme in der Rekonstruktion der vergangenen Wochen und wirke etwas verlangsamt. Aufgrund der Klinik und der Symptomatik empfahlen sie ein rasches Vorgehen zur Therapie des Hydrocephalus. Die Möglichkeit einer Ventrikulostomie des dritten Ventrikels werde durch Dr. F.____ evaluiert und der Beschwerdeführer wolle baldmöglichst entweder zur Ventrikulostomie oder zur VP-Shunteinlage aufgeboten werden (UV-act. 4).

2.2. Aufgrund einer Verschlechterung seines Allgemeinzustandes begab sich der Beschwerdeführer am 2. Mai 2016 erneut notfallmässig ins E.____ (vgl. act. G1.7), wo er stationär aufgenommen wurde. Am 4. Mai 2016 um 08:50 Uhr versuchten Dr. F.____ und Dr. H.____ eine Ventrikulostomie. Sie stellten jedoch erhebliche Verwachsungen im sub-arachnoidalen Raum in der präpontinen Zisterne fest, weshalb ihnen die Erstellung der



nötigen Verbindung nicht gelang. Sie brachen die Operation darauf ohne weitere Vorkehren um 09:35 Uhr ab (UV-act. 3, 10, act. G1.10). Der Beschwerdeführer wurde um 14:15 Uhr vom Aufwachraum auf die normale Bettenstation gebracht (act. G1.11). Nachdem der Beschwerdeführer postoperativ initial unauffällig gewesen war, erbrach er um 16:30 Uhr schwallartig, worauf er ein Medikament gegen Übelkeit bekam. Im Patientenprotokoll hielt die Pflegefachperson fest, der Beschwerdeführer habe um 17:00 Uhr auf die Aufforderung, die Augen zu öffnen, nur kurz reagiert und mit "mhm" geantwortet. Um 17:30 Uhr habe er genervt gewirkt von der Pupillenkontrolle. Er habe aber auf geschlossene Fragen geantwortet. Um 18:00 Uhr sei der Beschwerdeführer gut weckbar gewesen, habe jedoch scheinbar seine Ruhe haben wollen. Als um 19:00 Uhr der Anästhesist zur Aufklärung bezüglich der für den übernächsten Tag geplanten Operation (Implantation eines VP-Shunts) vorbeigekommen sei, habe der Beschwerdeführer geschlafen. Bei der Kontrolle von 20:00 Uhr hielt die zuständige Pflegefachperson fest, der Beschwerdeführer sei agitiert gewesen, die Pupillen hätten stark verzögert reagiert und der gesetzte Schmerzreiz habe keine Reaktion ausgelöst. Sie habe den Dienstarzt der Neurochirurgie angerufen. Um 20:30 Uhr sei der Beschwerdeführer weiterhin agitiert gewesen und habe nicht geantwortet. Gemäss Patientenprotokoll habe der Dienstarzt auf Nachfrage telefonisch mitgeteilt, er sei beim Beschwerdeführer gewesen und bespreche sich nun mit einem anderen Arzt, ob ein CT gemacht werden sollte. Die Pflegefachperson hielt fest, der Beschwerdeführer sei um 21:30 Uhr weiterhin agitiert und nicht ansprechbar gewesen. Um 21:40 Uhr meldete der Dienstarzt sodann ein CT an, welches um 22:00 Uhr durchgeführt wurde. Gemäss Patientenprotokoll wurde der Beschwerdeführer durch den Transport in den CT-Raum und die Umlagerung nicht wach. Nach der Rückkehr auf die Bettenstation lagerten die zuständigen Pflegefachpersonen den Beschwerdeführer in steile Seitenlage aufgrund Aspirationsgefahr bei Emesis (act. G1.11). Das CT zeigte ein neu aufgetretenes generalisiertes Hirnödem, postinterventionelle Gaseinschlüsse rechts nach frustraner Ventrikulostomie und stationär erweiterte innere Liquorräume bei bekannter Aquäduktstenose (act. G1.12). Um 23:30 entschieden sich die zuständigen Ärzte zur Operation. Der Beschwerdeführer reagierte in der Folge nicht mehr auf Ansprechen und war somnolent, bis er am 5. Mai 2016 um 01:00 Uhr in den Operationsraum gebracht wurde (act. G1.11).

2.3. Am 5. Mai 2016, von 02:05 bis 03:41 Uhr, wurde dem Beschwerdeführer ein VP-Shunt rechts mit Bohrloch rechts retroaurikulär angelegt und ein nicht programmierbares Bohrlochventil implantiert. Die Operation verlief komplikationslos und der Beschwerdeführer wurde danach auf der Intensivstation überwacht (UV-act. 19, act. G1.10). Bei einem CT vom 6. Mai 2016 zeigte sich neu ein kortikal/subkortikal



gelegenes hypodenses Areal parietal rechts parasagittal, was der zuständige Radiologe des E.____ differentialdiagnostisch als kleines subakutes Infarktareal interpretierte (act. G1.14). Der Beschwerdeführer befand sich noch bis zum 11. Mai 2016 stationär im E.____ und wurde dann in die Kliniken Valens verlegt (UV-act. 1, 3).

3.

Beim Beschwerdeführer kam es nach der erfolglosen Ventrikulostomie vom 4. Mai 2016 unbestritten zu einer Hirndruckerhöhung, welche in einer Hirndruckkrise gipfelte. Schlussendlich erlitt der Beschwerdeführer einen Hirninfarkt mit entsprechenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Basierend auf dem geschilderten Krankheits- und Behandlungsverlauf ist im Folgenden zu prüfen, ob die Begriffsmerkmale der Ungewöhnlichkeit und der Plötzlichkeit erfüllt sind.

3.1. Der Beschwerdeführer litt unter einem Hydrocephalus. Darunter wird eine krankhafte Erweiterung der mit Hirnwasser gefüllten Flüssigkeitsräume innerhalb des Gehirns (Hydrocephalus internus) oder das Gehirn und Rückenmark umfliessend (Hydrocephalus externus) verstanden. Im Gehirn befinden sich vier Ventrikel/ Hirnkammern, die miteinander über Öffnungen kommunizieren. Der Abfluss des Hirnwassers aus dem System der inneren Hirnkammern in den äusseren Subarachnoidalraum erfolgt auf Höhe des vierten Ventrikels über eine kleine Öffnung, die unterhalb der Region des Kleinhirns gelegen ist. Ergibt sich zwischen den einzelnen Kammern eine Durch- bzw. Abflussbehinderung, zum Beispiel eine Einengung im Aquädukt zwischen dem dritten und vierten Ventrikel, führt dies je nach Ausmass der Abflussbehinderung zu einem krankhaften Anstauen von Hirnwasser und damit schlussendlich zu einer ebenso krankhaften Ausdehnung der Seitenventrikel und des dritten Ventrikels. Eine mögliche Therapie besteht in der Anlage eines VP-Shunts. Dabei wird ein ventrikulärer Katheter chirurgisch durch das Schädeldach in der Regel bis in den rechten Seitenventrikel eingebracht. Der Katheter wird unter der Kopfhaut bis hinter das Ohr geleitet und dort mit einem unter der Haut positionierten Ventil verbunden. Vom Ventil führt ein langer, distaler Katheter unter der Haut verlaufend vom Hals über den Brustkorb zum Bauch, wo das Ende des distalen Katheters in die freie Bauchhöhle platziert wird. Je nach Ausgangssituation stehen weitere Therapieoptionen zur Verfügung, unter anderem eine Ventrikulostomie (künstliche Schaffung einer Öffnung im Boden des dritten Ventrikels) oder eine Aquäduktoplastie (Aufdehnung der Engstellung im Aquädukt) (UV-act. 40-4 ff.).

3.2. Dr. L.____ führte am 15. April 2018 aus, bereits am 29. April 2016 habe sich der Beschwerdeführer in einem lebensbedrohlichen Zustand befunden (vgl. diesbezüglich



auch die Einschätzung von Dr. I.____; UV-act. 16). Die am 4. Mai 2016 durchgeführte endoskopische Ventrikulostomie habe sich erwartungsgemäss schwierig gestaltet und habe letztlich erfolglos abgebrochen werden müssen, da keine ausreichende Kommunikation zwischen dem dritten Ventrikel und der präpontinen Zisterne hergestellt werden können. Diesbezüglich sei kein Fehlverhalten auszumachen. Es sei jedoch völlig unverständlich, warum am Ende der erfolglosen Ventrikulostomie vom 4. Mai 2016 keine offene Drainage über den endoskopischen Zugang in den rechten Seitenventrikel eingelegt worden sei (vgl. auch die Beurteilung von Dr. I.____; UV-act. 16-2). Dies wäre ohne zusätzliche Risiken unkompliziert möglich gewesen und hätte nicht nur eine kontinuierliche und zuverlässige Messung des Hirndrucks, sondern auch das sofortige und unkomplizierte Eingreifen bei tatsächlich erhöhten Hirndrücken durch Öffnen und Ablassen von Hirnwasser ermöglicht. Durch eine solche Drainage hätte die Situation am Abend des 4. Mai 2016 mit Auftreten einer lebensbedrohlichen Hirndruckkrise definitiv verhindert werden können. Der Hirninfarkt sei klar nach der frustranen Operation aufgetreten. Durch die Einlage eines Shunts oder einer Ventrikeldrainage hätte eine Hirndruckkrise nach der ersten Operation sicher vermieden werden können und damit auch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit das Auftreten des Infarkts. Als fehlerhaft müsse ausserdem auch das Vorgehen am Operationstag selber im Anschluss an die frustrane Ventrikulostomie bezeichnet werden. Der Beschwerdeführer sei um 14:15 Uhr in regelrechtem Zustand auf die reguläre Bettenstation verlegt worden. Dies sei nicht adäquat, da durch den erfolglosen Eingriff das Problem des Hydrocephalus nicht habe gelöst werden können und auf eine andere hirndruckkontrollierende Massnahme, wie zum Beispiel die direkte Einlage eines Shunts oder einer Ventrikeldrainage, verzichtet worden sei. Somit habe weiterhin die Gefahr einer akuten Hirndrucksteigerung bestanden, wie sie dann schliesslich auch aufgetreten sei. Durch die vorgängige Operation mit erfolgten Manipulationen sei diese Gefahr zudem höher einzuschätzen gewesen als ohne Operation. Die ersten Anzeichen eines erhöhten Hirndrucks seien gegen 16:30 Uhr in Form von schwallartigem Erbrechen dokumentiert worden. Wenig später sei ein weiterer Hinweis, nämlich die Vigilanzminderung, hinzugekommen. Erst gegen 20:00 Uhr seien aus den sich abzeichnenden Verschlechterungen Konsequenzen gezogen und der diensthabende Arzt informiert worden. Die Indikation für ein Notfall-CT sei dennoch erst weitere eineinhalb Stunden später, nämlich gegen 21:40 Uhr, gestellt worden. Im CT hätten sich als bildgebendes Korrelat für einen lebensbedrohlichen Hirndruck ein vollständiger Aufbrauch der Reserveräume und ein beginnendes Hirnödem gezeigt. Trotz dieser eindeutigen Befunde sei der Beschwerdeführer um 22:30 Uhr wieder zurück auf die reguläre Bettenstation gebracht worden, wo die Pflegekräfte die kritische klinische Situation erkannt hätten und den komatösen Beschwerdeführer in stabile Seitenlage



gebracht hätten. Erst etwa eine Stunde später sei die Indikation zum Notfalleingriff erfolgt, welcher denn wiederum erst weitere zweieinhalb Stunden später, nämlich um kurz nach 02:00 Uhr nachts, begonnen habe. Erwartungsgemäss sei bei dieser Operation ein stark erhöhter Hirndruck gefunden worden. Postoperativ habe der Beschwerdeführer einen deutlich verzögerten Verlauf mit erheblichen und nur langsam bessernden kognitiven Defiziten gezeigt, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf die Hirndruckkrise zurückzuführen sei, die im Zeitraum vom 4. Mai 2016 von 16:30 Uhr bis zur Liquorentlastung im Rahmen der Notfalloperation vom 5. Mai 2016 bestanden habe. Zudem habe sich als Folge der Hirndruckkrise im CT vom 6. Mai 2016 eine zuvor noch nicht darzustellende Durchblutungsstörung gezeigt. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass bei einem regelrechten ärztlichen Verhalten, insbesondere durch Einlage einer offenen Ventrikeldrainage am Ende der frustranen Ventrikulostomie, die Hirndruckkrise und deren Folgen hätten verhindert werden können. Bei fehlender Möglichkeit der direkten Hirndruckmessung hätte bei Auftreten der ersten klinischen Zeichen für einen erhöhten Hirndruck eine Notfall-Bildgebung erfolgen müssen. Spätestens aber nach der Bestätigung des Vorliegens eines kritisch erhöhten Hirndrucks gegen 22:30 Uhr hätte eine sofortige Behandlung erfolgen müssen. Die Verzögerung der Diagnostik um rund fünf Stunden sowie der anschliessend zwingenden Behandlung um weitere drei Stunden stellten zweifelsfrei die Ursache der vollständig vermeidbaren strukturellen Hirnschädigung des Beschwerdeführers dar (UV-act. 36-13 ff., 36-16, 36-20).

3.3. Nach Kenntnis des Gutachtens von Dr. L.____ überarbeiteten Dr. M.____ und Dr. N.____ unter Beizug von Prof. Dr. med. Q.____, Chefarzt Neuroradiologie, Kantonsspital O.____, ihr ursprüngliches Aktengutachten vom 15. November 2017 (vgl. UV-act. 41). Sie hielten am 19. Oktober 2018 fest, am 29. April 2016 habe noch keine lebensbedrohliche Situation bestanden. Die vorübergehende Entlassung am Abend des 29. April 2016 stelle keine Sorgfaltspflichtverletzung dar. Bei der frustranen Ventrikulostomie vom 4. Mai 2016 hätte zumindest eine externe Ableitung eingelegt werden müssen. Beim gegebenen klinischen Sachverhalt sei zumindest eine hypothetische Einwilligung des Beschwerdeführers dazu zu vermuten. Wie Dr. L.____ zu Recht ausgeführt habe, wäre die Anlage einer externen Ableitung ohne zusätzliche Risiken unkompliziert möglich gewesen. Dies hätte es ermöglicht, eine allfällige Hirndruckkrise zeitgerecht zu erkennen und Hirndruck senkende Massnahmen einzuleiten. Auch die Anlage eines VP-Shunts im gleichen Eingriff wäre theoretisch und technisch möglich gewesen. Aufgrund der Analyse des Operationsberichts ergäben sich jedoch keine Hinweise dafür, dass dies zwingend in der gleichen Narkose und nicht zeitlich verzögert zu erfolgen gehabt habe. Einer der Gründe hierfür sei



beispielsweise, dass im Rahmen des frustran verlaufenen Versuchs der Ventrikulostomie Hirnwasser verloren gegangen sei und somit die präoperativ standortbestimmende Bildgebung zur Hirnsituation nicht mehr der neuen Situation während der Operation entsprochen habe. Die Komplikationsrate beim Einlegen eines Shunts sei infolge veränderter Anatomie allenfalls höher gewesen. Zudem habe sich der Beschwerdeführer ausdrücklich deshalb in die Behandlung im E.____ begeben, weil er gegenüber dem Anlegen eines VP-Shunts (im Kantonsspital C.____) eine ablehnende Haltung gezeigt habe. Der Entscheid der operierenden Ärzte, im Rahmen der laufenden Operation keinen VP-Shunt einzusetzen, stelle keinen Ermessensmissbrauch dar. Wäre die Anlage eines VP-Shunts früher erfolgt, wäre das Risiko für die Entwicklung des erhöhten Hirndrucks zwar geringer gewesen, hätte aber nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden können. Ex post lasse sich nicht mehr verbindlich herleiten, zu welchem Zeitpunkt sich der Hirninfarkt entwickelt und verwirklicht habe. Der vermutete Hirninfarkt habe sich aber erst nach der Operation vom 4. Mai 2016 dokumentieren lassen. Am 4. Mai 2016, ab spätestens ca. 20:00 Uhr, hätte der Beschwerdeführer bei dem aktenkundigen klinischen Sachverhalt zwingend auf die Intensivstation zurückverlegt werden müssen. Gleichzeitig hätte damals zwingend notfallmässig ein CT aufgelegt werden müssen und nicht erst um 21:40 Uhr. Den Ärzten der Neurochirurgie und dem Pflorgeteam habe bewusst sein müssen, dass die Problematik des Hydrocephalus nicht behoben sei. Es sei unverständlich, dass das CT erst nahezu zwei Stunden nach eingetretener Vigilanzstörung veranlasst worden sei und dass nicht auch gleichzeitig die Bereitschaft für einen allfälligen Notfalleingriff organisiert worden sei. Angesichts des CT-Befunds hätte der Beschwerdeführer sodann nicht mehr auf die reguläre Bettenstation zurückgebracht werden dürfen (UV-act. 38 ff., insbesondere UV-act. 40-30 ff.).

3.4. Dr. K.____ führte am 6. Februar 2019 aus, es sei medizinisch verständlich und nachvollziehbar, dass die Operation vom 4. Mai 2016 habe abgebrochen werden müssen. Retrospektiv weniger verständlich sei, dass andere hirndrucksenkende Massnahmen, wie zum Beispiel eine relativ einfach anzulegende provisorische Ableitung, nicht durchgeführt worden seien. Andererseits sei der Beschwerdeführer stabil gewesen und es habe keine absolute Notfallsituation vorgelegen. Die "Unterlassung" werde dadurch etwas relativiert. Im Nachgang zur frustranen Ventrikulostomie sei es zu entscheidenden Fehlern gekommen. Mangels externer Ableitung habe der Hirndruck indirekt durch die Klinik (Neurologie, insbesondere den GCS-Wert) festgestellt werden müssen. Dies sei nur verzögert geschehen. Mit einer Überwachung auf der Intensivstation wäre wohl alles schneller abgelaufen und die notfallmässige Operation früher erfolgt. Es sei nicht verständlich, weshalb nach der



klinischen Verschlechterung am Abend des 4. Mai 2016 nicht unverzüglichler gehandelt worden sei. Dies stelle eine Pflichtverletzung dar. Ob aber mit einem schnelleren Management der Hirninfarkt hätte vermieden werden können, sei fraglich (UV-act. 44).

3.5. Dr. L.____, Dr. M.____ und Dr. N.____ sowie Dr. K.____ sind sich insofern einig, als sie beurteilten, die nach der erfolglosen Ventrikulostomie vom 4. Mai 2016 unbestritten eingetretene Hirndruckkrise sei Folge verschiedener medizinischer Massnahmen bzw. Unterlassungen. Sie bemängeln alle, dass beim Beschwerdeführer anlässlich der frustranen Ventrikulostomie von einer Ventrikeldrainage abgesehen und der Beschwerdeführer trotz fehlgeschlagener Operation und bei bekanntem Hydrocephalus postoperativ nicht intensivmedizinisch überwacht sowie angesichts der aufgetretenen Vigilanzminderung nicht schneller reagiert wurde (UV-act. 30-3 ff., 36, 41, 44). Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, die Operation vom 4. Mai 2016 sei als schädigende Einwirkung zu qualifizieren (act. G1). Retrospektiv betrachtet ergibt sich aus den medizinischen Beurteilungen, dass nach der frustranen Ventrikulostomie zwar nicht zwingend umgehend ein VP-Shunt implantiert, aber zumindest eine externe Ableitung hätte angelegt werden sollen. Durch diesen einfachen und praktisch risikofreien Eingriff hätten der Hirndruck postoperativ unkompliziert überprüft und allfällig notwendige medizinische Massnahmen schneller ergriffen werden können. Wie Dr. K.____ ausführt (UV-act. 55), lag anlässlich der Ventrikulostomie kein absoluter Notfall vor, intraoperativ ergaben sich keine Komplikationen und der Beschwerdeführer war postoperativ stabil (vgl. UV-act. 3, 10). Dr. L.____ sowie Dr. M.____ und Dr. N.____ kritisierten die unterlassene Anlegung einer externen Ableitung jedoch deutlich (vgl. UV-act. 36-13 ff., 40-30 ff.). Unabhängig davon, ob eine externe Ableitung eingesetzt wurde, war postoperativ eine Überwachung des Beschwerdeführers notwendig, um bei steigendem Hirndruck rechtzeitig eingreifen zu können. Das Anlegen einer externen Ableitung hätte also - wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (act. G7) - für sich alleine nicht ausgereicht, um einen steigenden Hirndruck mit allfälliger Gesundheitsschädigung zu verhindern. Wie sich aus den Beurteilungen von Dr. M.____, Dr. K.____ und Dr. L.____ (vgl. UV-act. 30, 36, 38 ff., 44) ergibt, kam es jedoch auch postoperativ zu Fehlern in der medizinischen Behandlung. Bei adäquater postoperativer Behandlung hätte trotz fehlender externer Ableitung ein Gesundheitsschaden überwiegend wahrscheinlich verhindert werden können. Ohne externe Ableitung wäre eine besonders sorgfältige klinische Überwachung indiziert gewesen, da der Hirndruck nicht kontinuierlich und zuverlässig gemessen werden konnte. Der Zustand des Beschwerdeführers wurde zwar regelmässig von Pflegefachpersonen überprüft (vgl. act. G1.11), spätestens nach der gegen Abend eingetretenen Vigilanzminderung erfolgten das Notfall-CT sowie die Notfalloperation



jedoch nicht genügend schnell. Auch hätte der Beschwerdeführer spätestens nach Durchführung des Notfall-CTs zur Überwachung auf die Intensivstation verlegt werden müssen. Insgesamt kann den Ärzten des E.____ keine absichtliche Schädigung vorgeworfen werden. Es ist aber davon auszugehen, dass es zu mehreren gravierenden Fehlentscheidungen kam, insbesondere der Unterlassung der Anlage einer externen Ableitung sowie der Nichtunterbringung auf der Intensivstation. Die Frage, ob es sich bei der Abfolge der Fehlleistungen insgesamt um eine grobe Unsorgfältigkeit handelt, kann jedoch im Hinblick darauf, dass - wie sich nachfolgend ergibt - das kumulativ ebenfalls erforderliche Begriffsmerkmal der Plötzlichkeit nicht erfüllt ist, offenbleiben.

3.6. Nach Auffassung des Beschwerdeführers besteht das Unfallereignis in der frustranen Operation vom 4. Mai 2016 (act. G1). Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zu Recht geltend macht (act. G7), sind dieser Operation verschiedene Unterlassungen und unzureichenden Behandlungen gefolgt, welche alle zusammen dafür massgebend gewesen sind, dass es beim Beschwerdeführer zu einer gesundheitlichen Schädigung gekommen ist. Der Umstand, dass die Operation vom 4. Mai 2016 ohne weitere Vorkehrungen erfolglos abgebrochen worden war, führte für sich alleine nicht unmittelbar zu einem Gesundheitsschaden. Wie vorstehend (E. 3.5) erläutert, wäre die Hirndruckkrise mit nachfolgendem Hirninfarkt durch eine adäquate postoperative Behandlung und Überwachung des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich zu verhindern gewesen. Die Unterlassung (kein VP-Shunt implantiert bzw. keine externe Ableitung angelegt) anlässlich der Operation vom 4. Mai 2016 führte damit nicht "plötzlich" zum erlittenen Gesundheitsschaden. Dasselbe gilt für die einzelnen nachfolgenden Behandlungsfehler im Sinne der fehlenden Überwachung auf der Intensivstation spätestens nach Eintreten der Vigilanzminderung, der verspäteten Veranlassung eines Notfall-CTs und der Notoperation erst am 5. Mai 2016 morgens um 02:05 Uhr. Nicht eine medizinische Massnahme bzw. Unterlassung für sich (vgl. E. 1.3 am Ende), sondern das Zusammenspiel mehrerer Massnahmen bzw. Unterlassungen verursachte den Gesundheitsschaden. Das Kriterium der Plötzlichkeit ist damit zu verneinen. Soweit der Beschwerdeführer auf das Urteil des EVG vom 18. Juli 2013, U 56/01, verweist (vgl. act. G14), ist festzuhalten, dass in diesem Fall der Gesundheitsschaden (rezidivierende Makrohämaturie) zwar erst mehrere Wochen nach dem unvollständigen Entfernen eines Blasenkatheters eingetreten war. Der Eintritt des Schadens war aber auf einen einzelnen äusseren Faktor, nämlich die anlässlich einer ambulanten Kontrolle versehentlich nicht entfernte 19cm lange Katheterspitze aus der Blase, zurückzuführen gewesen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass das EVG das Begriffsmerkmal der Plötzlichkeit im genannten Entscheid nicht explizit prüfte.



3.7. Zusammenfassend ist der Unfallbegriff nicht erfüllt, weshalb die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht zu Recht verneinte. Der angefochtene Einspracheentscheid ist damit nicht zu beanstanden.

4.

4.1. Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung).

4.3. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ebenfalls keinen Anspruch auf die beantragte Parteientschädigung (act. G7).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

3.

Für dieses Verfahren wird keine Parteientschädigung zugesprochen.