Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 3. April 2014 (725 13 179)

Unfallversicherung

Leistungspflicht des Unfallversicherers verneint; eine während einer Bronchoskopie eingetretene Komplikation, welche invalidisierende Hirnleistungsstörungen zur Folge hat, erfüllt den Unfallbegriff im Sinne von Art. 4 ATSG nicht

Besetzung	Präsident Andreas Brunner, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler
Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Jürg Tschopp, Advokat, Aeschenvorstadt 67, Postfach, 4010 Basel
	gegen
	Basler Versicherung AG, Aeschengraben 21, Postfach, 4002 Basel, Beschwerdegegnerin, vertreten durch Dr. Manfred Bayerdörfer, Advokat, Rathausstrasse 40/42, 4410 Liestal
Betreff	Leistungen

A. Die 1980 geborene A.____ arbeitet seit 5. Juli 2007 bei der B.____ in X.____ als Assistentin des Managements und ist in dieser Eigenschaft bei der Basler Versicherung AG (Versicherung) gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 18. Mai 2010 unterzog sich die

Versicherte im Rahmen einer krankheitsbedingten Behandlung wegen Morbus Wegener im C.____ einer Bronchoskopie. Bei diesem Untersuchungsverfahren erlitt sie einen doppelseitigen Pneumothorax (Zusammenfallen der Lungenflügel zufolge Luftansammlung im Pleuraspalt). Seither leidet die Versicherte an Hirnleistungsstörungen. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen bezieht die Versicherte seit 1. Juli 2011 eine ganze Invalidenrente der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV; vgl. Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVST vom 24. August 2012). Am 6. Juli 2010 reichte A.____ der Versicherung eine Schadenmeldung ein. Gestützt auf die Stellungnahme ihrer beratenden Ärztin Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin, vom 23. November 2010 lehnte die Versicherung mit Verfügung vom 15. Mai 2012 ihre Leistungspflicht ab. Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache wies sie mit Verweis auf weitere medizinische Stellungnahmen mit Entscheid vom 13. Mai 2013 mangels Vorliegens eines Unfallereignisses oder einer unfallähnlichen Körperschädigung ab.

B. Gegen diesen Einspracheentscheid reichte die Versicherte, vertreten durch Advokat Jürg Tschopp, am 13. Juni 2013 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht, ein. Darin wurde beantragt, es sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung betreffend Versicherungsschutz und Leistungsansprüche an die Vorinstanz zurückzuweisen. Eventualiter sei das Verfahren solange zu sistieren, bis im voraussichtlichen Prozess beim Zivilgericht Y.____ der Verlauf der Bronchoskopie bis zu den heute bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen gutachterlich abgeklärt sei. Subeventualiter sei festzustellen, dass die Folgen aus dem Ereignis vom 18. Mai 2010 unter die Versicherungspflicht gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 falle und es sei die Versicherung zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen; alles unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung wurde geltend gemacht, dass die Versicherte an der behandlungsbedürftigen Krankheit "Morbus Wegener" leide. Zur Kontrolle sei am 18. Mai 2010 eine Bronchoskopie vorgesehen gewesen, welche durch die langjährige behandelnde Ärztin Prof. Dr. med. E.____, FMH Pneumologie, im C.____ hätte vorgenommen werden sollen. Kurzfristig sei die Untersuchung jedoch durch den der Versicherten unbekannten damaligen Assistenzarzt Dr. med. F.____ durchgeführt worden. Die Operation habe den schlimmstmöglichen Verlauf genommen, indem ein beidseitiger Pneumothorax eingetreten sei. Aufgrund einer mangelhaften Dokumentation könne der Ablauf der Bronchoskopie nur schwer nachvollzogen werden. Die Anhäufung von Sorgfaltspflichten der involvierten Mediziner sei jedoch auffallend und sei als grober Verstoss gegen die ärztliche Kunst zu bezeichnen. Damit sei der Unfallbegriff erfüllt, weshalb die Versicherung leistungspflichtig sei.

C. Die Versicherung, vertreten durch Advokat Dr. Manfred Bayerdörfer, nahm am 28. Juni 2013 zum Sistierungsantrag Stellung und beantragte dessen Abweisung. Aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen könne eine ärztliche Fehlbehandlung anlässlich der Bronchoskopie vom 18. Mai 2010, welche den Unfallbegriff erfülle, ausgeschlossen werden. Die von der Versicherten dagegen vorgebrachten Einwände seien nicht stichhaltig. Dazu komme, dass eine in einem Zivilprozess bejahte haftpflichtrechtliche Verantwortlichkeit des C.____ nicht bedeute, dass das Geschehen vom 18. Mai 2010 auch als Unfall im Sinne des Gesetzes zu werten sei.

D. Mit Verfügung vom 2. Juli 2013 wies das Gericht das Sistierungsgesuch der Versicherten ab. Zur Begründung führte es an, dass der von der Beschwerdeführerin angestrebte Zivilprozess erst am Anfang stehe, weshalb sich eine Sistierung des vorliegenden Verfahrens in Erwartung des baldigen Ausgangs des zivilrechtlichen Verfahrens nicht rechtfertige. Da zudem die Beurteilungskriterien im UVG-Verfahren nicht zwingend mit jenen im Haftpflichtprozess übereinstimmten, sei es nicht ersichtlich, welchen verbindlichen Aufschluss der Zivilprozess für die hier strittigen Fragen ergeben könne.

E. In ihrer Vernehmlassung vom 13. September 2013 schloss die Versicherung auf Abweisung der Beschwerde. Soweit die Versicherte ein Feststellungsbegehren stelle, könne mangels Feststellungsinteresses darauf nicht eingetreten werden. In Bezug auf die Leistungsbegehren stehe ausser Zweifel, dass die im Verlauf der Bronchoskopie aufgetretene Komplikation selten sei und für die Versicherte tragische Folgen gehabt habe. Die medizinischen Abklärungen und Stellungnahmen zeigten jedoch, dass sowohl die Bronchoskopie als solche als auch die Massnahmen zur Bewältigung der Komplikation "lege artis" durchgeführt worden seien. Es gebe keine Anhaltspunkte für einen groben und ausserordentlichen Behandlungsfehler, der als Unfall zu taxieren wäre. Da sich die Versicherte nicht auf eine medizinisch fundierte Gegenmeinung stützen könne, sei der Sachverhalt für die vorliegende Rechtsfrage hinreichend abgeklärt, weshalb von einer gerichtlichen Expertise keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sei.

F. Am 14. Oktober 2013 machte die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter geltend, dass die Stellungnahmen von Prof. Dr. med. G.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, H.____, von Prof. Dr. med. I.____, FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. D.____ auf deren Berichte sich die Versicherung bei der Beurteilung des Leistungsanspruches im angefochtenen Einspracheentscheid stütze, widersprüchlich seien. Zudem seien diese Ärzte befangen. Ferner hätten Dr. D.____ nicht alle Unterlagen zu Verfügung gestanden, weshalb auf ihre Stellungnahmen vom 23. November 2010 und 10. Juni 2011 auch nicht abgestellt werden könne. In verfahrensrechtlicher Hinsicht wurde die Durchführung einer Parteiverhandlung beantragt.

G. An der heutigen Parteiverhandlung nehmen die Versicherte und ihr Lebenspartner J.____, ihr Rechtsvertreter und Dr. Manfred Bayerdörfer als Rechtvertreter der Versicherung teil. Advokat Tschopp reichte eine Stellungnahme von Prof. Dr. med. M.____, FMH Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 1. April 2014, die Krankengeschichte der Versicherten sowie das Merkblatt zum ärztlichen Aufklärungsgespräch über die Durchführung der Bronchoskopie vom 18. Mai 2010 ein. Auf die entsprechenden Ausführungen wird in den Erwägungen eingegangen. Nachdem Dr. Bayerdörfer im Rahmen der Parteiverhandlung Gelegenheit hatte zu duplizieren, hielten die Parteien in ihren Plädoyers im Wesentlichen an ihren Anträgen und Standpunkten fest.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1, Art. 57 und 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer über Versicherungsleistungen beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht innert 30 Tagen Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist gemäss Art. 58 Abs. 1 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die betroffene versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hatte. Befindet sich der Wohnsitz der versicherten Person oder des Beschwerde führenden Dritten im Ausland, so ist das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem sich ihr letzter schweizerischer Wohnsitz befand oder in dem ihr letzter schweizerischer Arbeitgeber Wohnsitz hat (Art. 58 Abs. 2 ATSG, 1. Satzteil). Gemäss § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherer. Die Versicherte wohnt in Z.____. Da ihre letzte Arbeitgeberin, die B.____, ihren Sitz in X.____ hat, ist das Kantonsgericht sachlich und örtlich für die Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

2.1 Die Versicherte lässt durch ihren Rechtsvertreter in ihrer Beschwerde vom 13. Juni 2013 beantragen, es sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Im Eventualbegehren stellte sie den Antrag, es sei festzustellen, dass die Folgen aus dem Ereignis vom 18. Mai 2010 unter die Versicherungspflicht gemäss UVG fallen würden und es sei die Versicherung zu Erbringung der gesetzlichen Leistungen zu verpflichten. Damit werden im Eventualantrag sowohl ein Leistungs- als auch ein Feststellungsbegehren gestellt. Es ist zu prüfen, ob auf das Feststellungsbegehren eingetreten werden kann.

2.2 Die formellrechtliche Zulässigkeit eines Feststellungsbegehrens setzt als Sachurteilsvoraussetzung ein schutzwürdiges Interesse der Beschwerdeführerin rechtlicher oder tatsächlicher Natur an der verlangten Feststellung voraus, dass bestimmte Rechte oder Pflichten bestehen oder nicht bestehen. Nur wenn ein unmittelbares und aktuelles Rechtsschutzinteresse in diesem Sinn vorliegt, sind Feststellungsbegehren zulässig. An einem schutzwürdigen Interesse am Erlass eines Feststellungsentscheides fehlt es namentlich dann, wenn das Rechtsschutzinteresse der Beschwerdeführerin durch ein rechtsgestaltendes Urteil gewahrt werden kann (BGE 125 V 24 E. 1b mit Hinweisen, 122 V 30 E. 2b; FRITZ GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Auflage, Bern 1983, S. 151 f.).

2.3 Soweit die Versicherte die Feststellung begehrt, dass die Folgen aus dem Ereignis vom 18. Mai 2010 unter die Versicherungspflicht gemäss UVG fallen würden, besteht kein schutzwürdiges Interesse, da mit dem Antrag auf Leistungspflicht der Versicherung ein Leistungsbegehren gestellt wird. Verfahrensrechtlich hat dies zur Folge, dass auf das Feststellungsbegehren nicht eingetreten werden kann. Bezüglich des Rückweisungs- und Leistungsbegehrens ist das Rechtsschutzinteresse ohne weiteres zu bejahen. Auf die im Übrigen form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 13. Juni 2013 ist demnach einzutreten.

3.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG gewährt die Unfallversicherung Leistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten. Als Unfall gilt nach Art. 4 ATSG die plötzliche, nicht beabsichtigte und 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. Der äussere Faktor ist ungewöhnlich, wenn er den Rahmen des im jeweiligen Lebensbereich Alltäglichen oder Üblichen überschreitet. Ob dies zutrifft, beurteilt sich im Einzelfall, wobei grundsätzlich nur die objektiven Umstände in Betracht fallen (BGE 129 V 402 E. 2.1, 122 V 233 E. 1, 121 V 38 E. 1a, je mit Hinweisen).

3.2 Die Grundsätze zum Begriffsmerkmal der Ungewöhnlichkeit gelten auch, wenn zu beurteilen ist, ob ein ärztlicher Eingriff den gesetzlichen Unfallbegriff erfüllt. Die Frage, ob eine ärztliche Vorkehr als mehr oder weniger ungewöhnlicher äusserer Faktor zu betrachten sei, ist auf Grund objektiver medizinischer Kriterien zu beantworten. Sie ist nur dann zu bejahen, wenn die ärztliche Vorkehr als solche den Charakter des ungewöhnlichen äusseren Faktors aufweist; denn das Merkmal der Aussergewöhnlichkeit bezieht sich nach der Definition des Unfallbegriffs nicht auf die Wirkungen des äusseren Faktors, sondern allein auf diesen selber. Nach der Praxis ist es mit dem Erfordernis der Aussergewöhnlichkeit streng zu nehmen, wenn eine medizinische Massnahme in Frage steht.

3.3 Der Sozialversicherungsprozess ist gemäss Art. 61 lit. c ATSG vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Das Gericht hat den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen, aus eigener Initiative und ohne Bindung an die Vorbringen oder Beweisanträge der Parteien abzuklären und festzustellen (vgl. BGE 117 V 263 E. 3b). Der Untersuchungsgrundsatz gilt aber nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflicht der Parteien ergänzt (vgl. BGE 122 V 158 E. 1a mit Hinweisen). Dazu gehört auch die Substantiierungspflicht, welche besagt, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein müssen (vgl. GYGI, a.a.O., S. 20).

3.4 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Eine Beweislast besteht nur in dem Sinne, dass im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (vgl. THOMAS LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 2003, § 68 N 3 ff. mit weiteren Hinweisen). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264). Das schweizerische Sozialversicherungsrecht kennt demnach keinen Grundsatz, wonach die Versicherungsorgane im Zweifel zu Gunsten der Versicherten zu entscheiden haben. Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind (vgl. ZAK 1983 S. 259).

3.5 Beweise sind im Sozialversicherungsprozess vom Gericht frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG), d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, 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 der Expertin oder des Experten begründet sind. Das Gericht darf unter diesen Voraussetzungen in seiner Beweiswürdigung auch Arztberichten folgen, welche der Unfallversicherer im Administrativverfahren selber einholt, denn in diesem Verfahrensstadium handelt es nicht als Partei, sondern tritt als ein dem Gesetzesvollzug dienendes Verwaltungsorgan auf (BGE 104 V 209; Urteil des Bundesgerichts vom 15. Mai 2008, U 484/06. E. 4.1.2). 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 (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 E. 2a in fine).

4.1 Es ist unbestritten, dass die Versicherte im Rahmen der Bronchoskopie vom 18. Mai 2010 einen doppelseitigen Pneumothorax erlitt und es dadurch zu invalidisierenden Hirnleistungsstörungen kam. Streitig ist hingegen, ob bei der Durchführung der Bronchoskopie oder bei der Behandlung der aufgetretenen Komplikation ein Fehler begangen wurde, der den Unfallbegriff gemäss Art. 4 ATSG erfüllt. Ein solcher liegt bei medizinischen Massnahmen gemäss Rechtsprechung nur dann vor, wenn die ärztliche Vorkehr unter den jeweils gegebenen Umständen vom medizinisch Üblichen erheblich abweicht und dadurch entsprechende Risiken in sich schliesst. Im Rahmen einer Krankheitsbehandlung, für welche die Unfallversicherung nicht leistungspflichtig ist, kann ein Behandlungsfehler ausnahmsweise den Unfallbegriff erfüllen, nämlich wenn es sich um grobe und ausserordentliche Verwechslungen und Ungeschicklichkeiten oder sogar um absichtliche Schädigungen handelt, mit denen niemand rechnet noch zu rechnen braucht (BGE 118 V 283 E. 2b S. 284, E. 3b S. 285; Urteile des Bundesgerichts vom 28. Oktober 2013, 8C_999/2012, E. 4.1 und vom 29. April 2008, 8C_526/2007, E. 3). Erst in einem solchen Fall kann ein Behandlungsfehler ausnahmsweise den Unfallbegriff erfüllen. Ob ein Unfall im Sinne des obligatorischen Unfallversicherungsrechts vorliegt, beurteilt sich unabhängig davon, ob der Arzt oder die Ärztin einen Kunstfehler begangen hat, der eine (zivil- oder öffentlichrechtliche) Haftung begründet. Ebenso wenig besteht eine Bindung an eine allfällige strafrechtliche Beurteilung des ärztlichen Verhaltens (vgl. ALEXANDRA RUMO-JUNGO, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2003, S. 23 ff., mit Hinweisen auf Rechtsprechung und Lehre; BGE 121 V 38 E. 1b, 118 V 284 E. 2b).

4.2 Die Versicherte leidet an der Autoimmunkrankheit "Morbus Wegener". Diese Krankheit manifestiert sich unter anderem durch eine Einengung der Luftröhre und Knoten in der Lunge. Die anfängliche Behandlung bestand in der Abgabe von Kortison und einem Zytostatikum, später in der Verabreichung des Antikörpers Mab Tera. Am 1. Dezember 2009 wurde eine bronchoskopische Injektion mit Kortison vorgenommen. Die Bronchoskopie vom 18. Mai 2010, bei welcher Dr. F.____ die ärztliche Leitung hatte, erfolgte zur Verlaufskontrolle dieser Immunsuppression. Im Zusammenhang mit diesem Eingriff liegen in den Akten der Bronchoskopiebericht von Dr. F.____ vom 23. Juli 2010 und das während der Bronchoskopie erstellte Pneumologie-

Protokollblatt vor. Im Bericht vom 23. Juli 2010 beschrieb Dr. F.____, dass beim Eingriff vom 18. Mai 2010 der rechte Naseneingang wegen engen Verhältnissen und ausgeprägten Borken mit dem Bronchoskop nicht durchgängig gewesen sei. Der linke sei weiter gewesen, habe aber auch viele Borken aufgewiesen. Die Stenose beim Kehlkopf sei mit Bindegewebe umbaut gewesen. Makroskopisch habe kein Anhaltspunkt für eine Entzündung bestanden. Die Stenose habe mit dem Bronchoskop problemlos passiert werden können. Die Trachea sei unauffällig gewesen. Bei der Inspektion des rechten Hauptbronchus sei eine Komplikation eingetreten, als nach der Passage der Stenose eine Desaturation (sinkender Sauerstoffgehalt) bis 74 % eingetreten sei. Über den Hauptkanal habe er Sauerstoff zugeführt und das Bronchoskop in die Luftröhre zurückgezogen. Kurz darauf sei ein Hautemphysem am Hals und Gesicht aufgetreten. Er habe das Bronchoskop entfernt und es sei der REA-Alarm ausgelöst worden. Dem Protokollblatt ist zu entnehmen, dass der Versicherten zwischen 13.18 Uhr und 13.36 Uhr 4 mg vom hustendämpfenden Medikament "Dicocid" verabreicht wurden. Zum Untersuchungsbeginn um 13.36 Uhr erhielt sie 20 mg des Anästhetikums "Propofol". Unter "Total Medikamente" wurden die Abgabe von insgesamt 280 mg Propofol und 4 mg Dicodid notiert. In einer weiteren Spalte wurde vermerkt, dass der Versicherten 4 l Sauerstoff zugeführt wurden. Unter der Rubrik "Bemerkungen" ist Folgendes zu lesen:

13.36 Uhr	Untersuchungsbeginn
13.51 Uhr	Abbruch Broncho
13.59 Uhr	REA
14.04 Uhr	Bülau-Drg 24CH li
14.26 Uhr	40 mg Solu-Medrol I.v.
14.32 Uhr	Bülau-Drg 24CH re

Dem Bericht von Prof. Dr. G.____ vom 18. August 2011 zufolge existiert ein Kurvenblatt über die Sauerstoffsättigung für die Zeit von 13.16 Uhr bis 14.15 Uhr. Danach seien gegen 13.40 Uhr für 3 bis 5 Minuten, gegen 13.50 Uhr für 2 Minuten und vor 14.00 Uhr und nach 14.15 Uhr für je 40 Sekunden keine Aufzeichnungen über die Sauerstoffsättigung vorhanden. Prof. Dr. G.____ erläuterte, dass Pulsfrequenz und Sauerstoffsättigung im Blut mit einem Kurvenschreiber, dessen Messsonde an einem Finger befestigt sei, aufgezeichnet würden. Die Aufzeichnungsunterbrüche seien mit dem zeitweise Lösen der Messsonde vom Finger zu erklären. Weiter bestätigte er, dass die Sättigungswerte unmittelbar nach den Unterbrüchen jeweils mindestens 90 % betragen hätten.

4.3 Den Akten ist weiter zu entnehmen, dass keine Reanimation der Versicherten durchgeführt werden musste. Kurz nach dem REA-Alarm um 13.59 Uhr war Prof. Dr. E.___ im Bronchoskopieraum anwesend. Sie röntgte die Versicherte sofort mit dem im Raum befindlichen mobilen Röntgengerät. Als sich ihr Verdacht auf Vorliegen eines Pneumothorax bestätigte, legte sie auf der linken Seite eine Bülau-Drainage an, was um 14.04 Uhr stattfand. In der gleichen Zeit wurde die zweite Bülau-Drainage vorbereitet, welche sodann um 14.32 Uhr eingesetzt wurde. Darauf begleitete Prof. Dr. E.____ die Versicherte zur thorakalen CT-Untersuchung (vgl. Bericht von Prof. Dr. G.____ vom 18. August 2011). Zu diesem Zeitpunkt reagierte die Versicherte auf Ansprechen. Gemäss Bericht der Abteilung Radiologie und Nuklearmedizin vom

18. Mai 2010 seien auf der CT kleinere Pneumothoraces beidseits, ein ausgedehntes Weichteilemphysem zervikal und thorakal beidseits im Pneumomediastinum und Pneumo(retro)peritoneum feststellbar gewesen. Da die Versicherte unmittelbar nach der CT-Untersuchung nicht mehr bei Bewusstsein war, vermutete Prof. Dr. E.____ eine zerebrale Problematik (vgl. Bericht der Abteilung Intensivmedizin vom 28. Mai 2010). Sie liess deshalb kurz danach eine CT und eine Arteriografie des Schädels durchführen. Der Befund lautete: "Keine Frühzeichen einer Ischämie, regelrechte Darstellung der intra- und extrakraniellen Gefässe, keine intrakranielle Luft nachweisbar, Mediastinalemphysem mit Ausbreitung subkutan und entlang der Gefässe (vgl. Bericht der Abteilung Radiologie und Nuklearmedizin vom 18. Mai 2010). Daraufhin überwies Prof. Dr. E.____ die Versicherte an die intensivmedizinische Klinik des C.____.

4.4 Über den weiteren Verlauf geben mehrere Berichte der Abteilung Intensivmedizin Auskunft, wo die Versicherte vom 18. Mai 2010 bis 28. Mai 2010 behandelt wurde. Insbesondere dem Bericht vom 28. Mai 2010 kann der Verlauf in der Abteilung Intensivmedizin entnommen werden. Zu Beginn der Aufnahme wurde die Versicherte bei erhaltenem Schluckreflex und reduzierter Glasgow-Koma-Skala (GCS) sofort respiratorisch unterstützt. Es sei danach zu zwei Krampfanfällen gekommen, welche nach Abgabe eines Dormicums rückläufig gewesen seien. Am Folgetag habe eine respiratorische Dekompensation eingesetzt. In der Folge sei am 19. Mai 2010 eine Tracheotomie durchgeführt worden. In der Nacht sei es zur Dislokation der Trachealkanüle gekommen, so dass eine orale Intubation und eine Re-Kanüleneinlage notwendig geworden seien. Die Kanüle und die Bülau-Drainage auf der rechten Seite hätten am 25. Mai 2010 entfernt werden können (vgl. auch Bericht der Radiologie und Nuklearmedizin vom 27. Mai 2010). Gleichentags habe die Sedation gestoppt werden können. Die Versicherte sei langsam erwacht; es hätten sich dabei kognitive und sprachliche Einschränkungen gezeigt. Anlässlich der radiologischen Kontrolle sei am 27. Mai 2010 ein erneut auftretender Pneumothorax rechts und freie Luft unterhalb des rechten Zwerchfelles festgestellt worden. Es sei deshalb eine Minidrainage eingelegt worden. Die postinterventionelle Kontrolle vom 28. Mai 2010 habe eine entfaltete Lunge rechts ohne klinischen Luftaustritt gezeigt. Danach befand sich die Versicherte bis 1. Juni 2010 auf der Abteilung Innere Medizin. Bei Übertritt hätten immer noch deutliche Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten, eine Amnesie und eine Apraxie (= hirnpathalogische Störungen des Handelns und der Bewegungsabläufe trotz intakten Bewegungsapparates und erhaltener Motilität) bestanden. Als der Pneumothorax auf der linken Seite verschwunden war, wurde die Bülau-Drainage auf der linken Seite entfernt (vgl. Berichte der Abteilungen Innere Medizin vom 1. Juni 2010 sowie der Radiologie und Nuklearmedizin vom 1. Juni 2010). Anschliessend war die Versicherte bis 17. September 2010 stationär in der N.____ stationiert (vgl. Bericht vom 29. Oktober 2010).

4.5.1 Die Versicherung unterbreitete die medizinische Aktenlage ihrer beratenden Ärztin Dr. D.____. Diese führte in ihrer Stellungnahme vom 23. November 2010 aus, dass bei der Versicherten 2007 erstmals eine Wegener-Granulomatose bzw. ein Morbus Wegener diagnostiziert worden sei. Trotz einer systemischen Immuntherapie sei die Krankheit fortgeschritten und habe Ende 2009 die Trachea unterhalb des Kehlkopfes stenosiert. Diese sei mit einer Infiltration von Kortikosteroiden behandelt worden. Deren Wirkung hätte mit der am 18. Mai 2010 durchgeführten Bronchoskopie kontrolliert werden sollen. Während dieser Untersuchung sei ein Abfall

der Sauerstoffsättigung im Blut bemerkt worden. Dr. F.____ habe daraufhin 6 bis 8 l Sauerstoff via Endoskop verabreicht. In der Folge sei zuerst ein Hautemphysem im Hals- und Gesichtsbereich sichtbar geworden und danach ein beidseitiger Pneumothorax eingetreten, welcher mit einer beidseitigen Thorax-Drainage behandelt wurde. Im MRI vom 20. Mai 2010 habe sich eine Schädigung des Gehirns gezeigt. Die Ursache des Pneumothorax sei nicht klar. Es liege entweder ein krankhaftes Geschehen im Rahmen einer gravierenden Grunderkrankung vor oder es sei eine schwere Komplikation im Verlauf eines indizierten und lege artis durchgeführten Eingriffs aufgetreten. Sie gehe davon aus, dass die Hirnschädigung auf eine Sauerstoffunterversorgung zurückzuführen sei, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge der ungenügenden Atmung bei doppelseitigem Pneumothorax gewesen sei. Es sei unwahrscheinlich, dass durch das flexible Endoskop ein Schaden verursacht worden sei. Denn in der Bildgebung seien keine Hinweise für eine Luftembolie, Verletzungen an der Trachea oder an den Bronchien nachweisbar. Zudem sei das Lungengewebe der Versicherten durch ihre Krankheit bereits geschädigt und brüchig gewesen, was durch die Behandlung mit Immunsuppressiva verstärkt worden sei. Ein spontanes Einreissen des Lungengewebes sei daher wahrscheinlich. Gut denkbar wäre auch, dass der Luftstrom beim Einblasen von Sauerstoff zu einer Blähung der Lungenbläschen oder zu einem Ventilmechanismus geführt habe, welcher das fragile Gewebe habe einreissen lassen. Am 10. Juni 2011 nahm Dr. D.____ Stellung zu den Einwänden des Rechtsvertreters der Versicherten.

4.5.2 Im an den Rechtsvertreter der Versicherten gerichteten Schreiben vom 18. Mai 2011 wies Prof. Dr. I.____ darauf hin, dass im Zusammenhang mit der am 18. Mai 2010 durchgeführten Bronchoskopie ein ärztlicher Bronchoskopiebericht von Dr. F.____ vom 23. Juli 2010 und ein Protokollblatt vom 18. Mai 2010 vorlägen. Im Bericht von Dr. F.____ seien sämtliche notwendigen Daten korrekt vermerkt. Zudem sei die Stenose fotografisch dokumentiert. Das Protokollblatt gebe Auskunft über Zeitdauer, Situation und Vitalparameter. Diese Art von Dokumentation entspreche einem standardisierten Vorgehen, welches im Jahr 2010 bei über 1800 Bronchoskopien durchgeführt worden sei. Während der fraglichen Bronchoskopie sei es zu keinem Herz- und Kreislaufstillstand gekommen. Dagegen habe die pulsoxymetrisch gemessene Sauerstoffsättigung abgenommen. Kurz nach dem Sättigungsabfall sei ein Hautemphysem festgestellt worden, was ein typisches klinisches Zeichen für ein Pneumothorax sei. Zum Zeitpunkt der Einlage der Bülau-Drainagen sei die Sauerstoffsättigung wieder normal gewesen. Die Versicherte habe bis zum Abbruch der Bronchoskopie 100 mg Propofol erhalten. Da das Einlegen des Drainagen-Systems schmerzhaft sei, sei ihr nochmals Propofol zugeführt worden. Die verabreichte Gesamtdosis von 280 mg Propofol liege im Durchschnitt. Aufgrund des Hautemphysems und des Abfalls der Sauerstoffsättigung habe die Diagnose eines Pneumothorax in Betracht gezogen werden müssen. Bei Bronchoskopien ohne Biopsien - wie vorliegend - sei das Auftreten eines Pneumothorax selten. Weiter erklärte Prof. Dr. I.____, dass im Bronchoskopieraum eine Durchleuchtungsanlage zur Verfügung stehe. Da der Verdacht auf ein Pneumothorax bestanden habe, sei die Anlage sofort installiert worden. Prof. Dr. E.____, die kurz nach dem REA-Alarm anwesend gewesen sei, habe sich nach bestätigtem Pneumothorax sofort zur Einlegung der Drainagen entschieden, was weniger als 20 Minuten gedauert habe. Zuerst sei eine Bülau-Drainage auf der linken, dann auf der rechten Seite eingesetzt worden. Da Sauerstoffsät-

tigung und Kreislauf stabil gewesen seien, habe Prof. Dr. E.____ notfallmässig eine CT des Thorax angeordnet.

4.5.3 Prof. Dr. G.____ äusserte sich am 18. August 2011 gegenüber dem Haftpflichtversicherer. Nach Durchsicht der medizinischen Akten und der Besichtigung des Ortes, wo die Bronchoskopie vorgenommen worden sei, komme er zum Schluss, dass den beteiligten medizinischen Fachpersonen kein Behandlungsfehler und keine Sorgfaltspflichtverletzung vorgeworfen werden könne. Bei Dr. F.____ handle es sich um einen erfahrenen Arzt, der bereits mehr als 200 Bronchoskopien durchgeführt habe. Er besitze seit Juli 2007 den Facharzttitel für Innere Medizin und verfüge seit September 2010 auch über einen solchen für Pneumologie. Das anlässlich der Bronchoskopie anwesend gewesene Pflegepersonal des C.____ sei bestens für Bronchoskopien geschult und die Ausstattung sei auf neuestem Stand. Zudem verfüge das C.____ über einen effizienten REA-Alarm. Die Sicherheitsvorkehren seien auf hohem Niveau. Dank des eingespielten Teams und den ausgezeichneten Sicherheitsvorkehrungen habe die Versicherte die schwere Komplikation überleben können.

5.1 In Würdigung dieser ärztlichen Stellungnahmen ist festzustellen, dass sich aus ihnen keine Anhaltspunkte für gravierende ärztliche Fehlleistungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte des C.____ ergeben. Auch den übrigen medizinischen Berichten sind keine solchen Hinweise zu entnehmen. Insbesondere bestehen keine Aussagen, dass Dr. F.____ im Rahmen der am 18. Mai 2010 vorgenommenen Bronchoskopie Fehler beging, die als grob qualifiziert werden müssten. Auch in der anlässlich der Parteiverhandlung vom 3. April 2014 eingereichten Stellungnahme von Prof. Dr. M.____vom 1. April 2014 sind keine derartigen Aussagen enthalten. Prof. Dr. M.____ glaubt zwar, dass die Ärzteschaft des C.____ ihre Sorgfaltspflicht verletzt habe. Er konkretisiert diese jedoch nicht, so dass nicht nachvollziehbar ist, worin und in welchem Ausmass eine solche Sorgfaltspflichtverletzung bestanden habe.

5.2 Die von der Versicherten geltend gemachten Sorgfaltspflichtverletzungen erweisen sich nicht als stichhaltig genug, um einen groben Behandlungsfehler von Dr. F.____ oder den weiteren behandelnden medizinischen Fachpersonen zu bejahen. Sie bringt in dieser Hinsicht vor, dass anstelle von Prof. Dr. E.____ der unerfahrene Assistenzarzt Dr. F.____ den Eingriff am 18. Mai 2010 vorgenommen habe. Dieser habe es gemäss Protokollblatt unterlassen, die körperlichen Voraussetzungen der Versicherten zu prüfen. Zudem sei der Eingriff mangelhaft oder unvollständig dokumentiert worden und im Ablauf beständen Ungereimtheiten. Entgegen der Ansicht der Versicherten kann Dr. F.____ nicht als unerfahrener Facharzt bezeichnet werden. Dr. F.____ verfügte zum Zeitpunkt des Eingriffs am 18. Mai 2010 über eine mehrjährige ärztliche Berufserfahrung, davon die letzten beiden Jahre im Fachgebiet der Pneumologie. Wie Prof. Dr. I.____ bestätigte, hatte er damals schon mehr als doppelt so viele Bronchoskopien durchgeführt, als für den Facharzttitel für Pneumologie erforderlich waren. Den Akten ist weiter zu entnehmen, dass sich die Versicherte am Morgen des Eingriffs vom 18. Mai 2010 mehreren Untersuchungen unterzog. So geht aus der Eintrittsverordnung vom 18. Mai 2010 hervor, dass um 8.30 Uhr eine Lungenfunktionsüberprüfung und um 11.30 Uhr eine CT des Thorax durchgeführt wurden (vgl. auch Überwachungsblatt Nr. 1 und Ergebnisse der Lungenfunktionsprüfung vom 18. Mai 2010). Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 11. Januar 2010 konnte anhand der CT

vom 18. Mai 2010 eine Grössenregredienz der bekannten Läsion im Unterlappen links mit narbigen Veränderungen festgestellt werden (vgl. Bericht der Abteilung Radiologie und Nuklearmedizin vom 18. Mai 2010). In der Anmeldung zum Eingriff vom 18. Mai 2010 (datiert vom 25. Februar 2010) wurde unter Komorbiditäten eine subglottische Stenose, ein cavernierender Prozess im linken Unterlappen und eine Osteoporose notiert (vgl. auch Eintrittsverordnung). Dem körperlichen Zustand der Versicherten wurde zudem Rechnung getragen, in dem auf dem "Pneumologie-Protokollblatt" vom 18. Mai 2010 die ASA-Klassifizierung II (= ASA-Physical Status) vorgenommen wurde (vgl. Vorderseite Protokollblatt). Inwiefern diese Klassifizierung falsch gewesen sein soll, kann entgegen dem Vorbringen der Versicherten den Stellungnahmen von Prof. Dr. I.____ und Prof. Dr. G.____ nicht entnommen werden. Aufgrund dieser Voruntersuchungen und der im Universitätsspital seit 2009 vorhandenen Krankengeschichte wusste Dr. F.____, dass die Versicherte an Morbus Wegener leidet und wo die Atemwege befallen waren. Er war sich somit des Risikos bei der Durchführung einer Bronchoskopie bewusst. Die Versicherte kann deshalb aus dem Umstand, dass auf dem Protokollblatt Angaben zum Mallampati-Score (= Fachbegriff aus der Anästhesiologie, dient zur Abschätzung des Schwierigkeitsgrades einer endotrachealen Intubation vor einer Narkose) fehlen, nichts zu ihren Gunsten ableiten; zumal allein schon die Aussagekraft des Mallampati-Scores in der Fachwelt umstritten ist (vgl. WOLFGANG BERGLER u.a., Der Mallampati-Score, in: Der Anaesthesist, 1997, S. 437 ff.).

5.3 Weiter führt die Versicherte an, dass gemäss Protokollblatt beim Zurückziehen des Bronchoskops um 13.51 Uhr eine Sättigung von 95 % bestanden habe. Dies stehe im Widerspruch zum Bericht von Dr. F.____ vom 23. Juli 2010, wonach die Desaturation zu diesem Zeitpunkt minimal 74 % betragen habe. Werde zudem berücksichtigt, dass die Sauerstoffmessung zwischen 13.51 und 14.00 ausgefallen sei, sei darauf zu schliessen, dass die Desaturation bereits früher eingetreten sei und somit mehr als nur für 9 Minuten (gemäss Replik 10 Minuten) gedauert habe. Diesen Schlussfolgerungen kann nicht zugestimmt werden. Unbestritten ist, dass während der Bronchoskopie eine Desaturation von 74 % eintrat und Dr. F.____ daraufhin der Versicherten über das Bronchoskop Sauerstoff zuführte. Wann genau dies stattfand, lässt sich aufgrund der Akten nicht eruieren. Fest steht aber, dass zum Zeitpunkt des Abbruchs der Bronchoskopie um 13.51 Uhr wieder eine genügende Sauerstoffsättigung bestand. Folglich muss die von Dr. F.____ beschriebene Desaturation vor 13.51 Uhr eingetreten sein. Gemäss den Ausführungen von Prof. Dr. G.____ zeigt das Kurvenblatt über die Sauerstoffsättigung bis zum Abbruch der Bronchoskopie um 13.51 Uhr gegen 13.40 Uhr einen 3 - 5-minütigen und gegen 13.50 Uhr einen 2-minütigen Unterbruch in den Aufzeichnungen. Da auf dem Kurvenblatt kein Abfall der Sauerstoffsättigung aufgezeichnet wurde, muss die Desaturation somit während eines dieser beiden Aufzeichnungsunterbrüchen stattgefunden haben. Dabei kann sie höchstens 5 Minuten gedauert haben. Aus der Tatsache, dass die Sättigung unmittelbar nach beiden Unterbrüchen um 13.45 Uhr bzw. 13.51 Uhr wieder 99 bzw. 97 % betrug, ergibt sich, dass Dr. F.____ mit der Zuführung von Sauerstoff richtig auf die Desaturation reagierte. Dies wird von Prof. Dr. G.____ auch bestätigt (vgl. Stellungnahme vom 18. August 2011).

5.4 Nicht ganz nachvollzogen werden, kann der Einwand der Versicherten, dass die eingetretene Komplikation auf dem Protokollblatt nicht erwähnt worden sei und keine weiteren Ausführungen zum REA-Alarm sowie zu den getroffenen Massnahmen gemacht worden seien. Der

auf dem Protokollblatt vermerkte Abbruch der Bronchoskopie und das Auslösen des REA-Alarms implizieren, dass eine Komplikation eingetreten war. Die entsprechenden Massnahmen wurden mit dem Anlegen der Bülau-Drainagen dokumentiert. Inwieweit eine weitergehende Erörterung des REA-Alarms entscheidrelevant wäre, ist nicht ersichtlich. Dem Einwand, dass das Gehirn der Versicherten bis zum Anlegen der ersten Bülau-Drainage mit Sauerstoff unterversorgt war, widersprechen die Oxymetrie-Aufzeichnungen. Weiter erklärte Prof. Dr. G.____ einleuchtend, weshalb die Bülau-Drainagen nicht gleichzeitig angelegt wurden. Da beidseitige Pneumothoraces im Rahmen einer Bronchoskopie sehr selten seien, sei nur ein Drainage-System zum sofortigen Einsatz bereit gewesen; das zweite habe dafür erst noch vorbereitet werden müssen. Da die erste Bülau-Drainage die Funktionstüchtigkeit der Lunge wieder hergestellt habe, habe keine Notwendigkeit bestanden, die zweite Bülau-Drainage gleichzeitig mit der ersten anzulegen.

5.5 Die weiteren Vorbringen der Versicherten zum Verlauf der Bronchoskopie sind Mutmassungen, für deren Richtigkeit Anhaltspunkte fehlen. So ist die Behauptung, dass das Eintreten eines beidseitigen Pneumothorax nur durch eine Fehlmanipulation zu erklären sei, unbegründet und deshalb auch nicht nachvollziehbar. Nicht gefolgt werden kann der Annahme der Versicherten, dass das erste Drainage-System auf der falschen Seite angelegt worden sei. Dafür fehlen jegliche Hinweise. Entgegen den Ausführungen der Versicherten wurde kurz nach Auslösen des REA-Alarms mit einem im Bronchoskopieraum befindlichen mobilen Röntgengerät radiologisch abgeklärt, ob ein Pneumothorax eingetreten war (vgl. Berichte von Prof. Dr. I.____ vom 18. Mai 2011 und Prof. Dr. G.____ vom 18. August 2011). Es trifft zu, dass in mehreren Berichten der Abteilung Intensivmedizin von einer iatrogenen (= durch einen Arzt verursacht) Perforation der Trachea/Hauptbronchien oder einem iatrogenem bilateralem Pneumothorax die Rede ist. Es ist dabei jedoch zu beachten, dass diese Berichte vor der nachfolgenden Untersuchung mit dem Bronchoskop vom 20. Mai 2010 erstellt wurden (vgl. u.a. Verlaufseintrag vom 19. Mai 2010, Eintrag in die Diagnose-/Problemliste vom 18. Mai 2010, EEG-Befund vom 19. Mai 2010). Bis zu dieser Untersuchung wurde in Betracht gezogen, dass der beidseitige Pneumothorax infolge einer Läsion der Trachea oder der Bronchien eingetreten war. Aufgrund des Befundes anlässlich der Bronchoskopie vom 20. Mai 2010 konnte jedoch ausgeschlossen werden, dass Dr. F.____ mit dem Bronchoskop die Luftröhre oder die Bronchien verletzte (vgl. Gastroskopie vom 20. Mai 2010 und Bronchoskopiebericht vom 20. Mai 2010). Der Umstand, dass die in den nachfolgenden Diagnose-/Problemlisten die Diagnose “ausgedehnte vorwiegend corticale Ischämie bds. bei iatrogenem bilateralem Pneumothorax, Pneumomedastinum & Pneumoperitoneum“ weiterhin aufgeführt wurde, ist darauf zurückzuführen, dass diese Listen lediglich mit Neueinträgen ergänzt und die bestehenden Einträge nicht verändert werden.

5.6 In Bezug auf die Medikation während des Eingriffs macht die Versicherte geltend, dass Dr. F.____ in seinem Bericht vom 23. Juli 2010 unter Prämedikation die Abgabe von 280 mg Disoprivan und 4 mg Dicodid aufgeführt habe. Folglich seien der Versicherten vor dem Eingriff bereits 280 mg Disoprivan (Propofol) und während des Eingriffs nochmals 280 mg, d.h. insgesamt 560 mg Propofol, abgegeben worden. Es sei zu vermuten, dass der Versicherten eine Überdosis dieses Sedativs verabreicht worden sei. Diese Vermutung findet in den Akten keine Stütze. Gestützt auf das Protokollblatt ist davon auszugehen, dass die Versicherte insgesamt

280 mg Propofol erhielt. Es besteht kein Anlass, an der Richtigkeit der eingetragenen Gesamtmenge zu zweifeln. Propofol wird zur Sedierung von beatmeten Erwachsenen während - und nicht vor - der Intensivbehandlung eingesetzt (vgl. www.kompendium.ch). Wie die Versicherung zutreffend darauf hinweist, ist es aufgrund der kurzen Wirkung dieses Sedativs unwahrscheinlich, dass der Versicherten bereits vor Untersuchungsbeginn 280 mg Propofol verabreicht wurden. Dem Protokollblatt kann zwar nur teilweise entnommen werden, wann genau die Abgabe von Propofol erfolgte. Diese Frage ist jedoch nicht entscheidrelevant, liegt doch die verabreichte Gesamtdosierung von 280 mg im Durchschnitt. Dazu kommt, dass gemäss Rechtsprechung eine falsche Medikation nur dann den Unfallbegriff erfüllt, wenn es sich um eine grobe und ausserordentliche Verwechslung handelt. So sah das Bundesgericht das Einspritzen eines falschen Kontrastmittels in zu starker Dosis zu diagnostischen Zwecken, welche zum Tod des Patienten führte, als Unfall an (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Dezember 2006, U 135/06, E. 4.2 mit Hinweis). Da nicht geltend gemacht wird und sich aus den Akten auch keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass ein falsches Medikament verabreicht wurde, ist auf die Frage einer Überdosierung nicht näher einzugehen.

5.7.1 Weiter bringt die Versicherte in der Beschwerde vor, dass gemäss Prof. Dr. I.____ das Eindringen von Sauerstoff zur Hirnschädigung geführt habe (Ziffer 22). In der Replik weist sie demgegenüber darauf hin, dass Prof. Dr. I.____ eine Unterversorgung des Hirns mit Sauerstoff als die wahrscheinlichste Ursache des beidseitigen Pneumothorax betrachte (Ziffer 20). Dieser Widerspruch ist aufgrund ihrer Ausführungen nicht auflösbar, zumal dem Bericht von Prof. Dr. I.____ vom 18. Mai 2011 keine Äusserungen über die Ursache der Hirnschädigung zu entnehmen sind. Was die Ursache der Hirnleistungsstörungen betrifft, steht aufgrund der Akten fest, dass infolge der Nachweisbarkeit von Komponenten beider Ätiologien nicht unterschieden werden kann, ob diese auf eine Luftembolie oder auf eine Hypoxämie zurückzuführen sind (vgl. Berichte der Radiologie und Nuklearmedizin vom 21. Mai 2010 inkl. Zusatzbefund vom 28. Mai 2010 sowie der Abteilung der Inneren Medizin vom 1. Juni 2010). Es ist somit nicht möglich, die Ursache der Hirnschädigung zuverlässig zu ermitteln. Selbst wenn die Ursache klar wäre, gebe dies noch keinen Aufschluss über die Frage, ob bei der Durchführung der Bronchoskopie oder bei der Behandlung der Komplikation ein Fehler begangen wurde, der den Unfallbegriff erfüllt.

5.7.2 Die Versicherte wirft in diesem Zusammenhang mit Hinweis auf die Einwilligung der Versicherten zur Biopsieentnahme auf dem Merkblatt zum ärztlichen Aufklärungsgespräch über die Durchführung der Bronchoskopie vom 18. Mai 2010 die Frage auf, ob eine Biopsie die Ursache des beidseitigen Pneumothorax sei. Für diese Annahme bestehen keine Anhaltspunkte. Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise, dass eine Biopsie geplant war und auch vorgenommen wurde. Beim Merkblatt handelt es sich vielmehr um ein standardmässiges Formular bei Bronchoskopien. Dabei werden die Patienten unter anderem gefragt, ob im Falle einer Biopsie das entnommene Gewebe und Blut für wissenschaftliche Studien verwendet werden dürften. Aus der entsprechenden Einwilligung der Versicherten kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass tatsächlich am 18. Mai 2010 eine Biopsie vorgenommen wurde. Dagegen spricht auch die Indikation der Bronchoskopie, wonach diese lediglich zur Verlaufskontrolle der Immunsuppressionstherapie diente.

5.8 Schliesslich macht die Versicherte eine Befangenheit von Prof. Dr. G.____ und Prof. Dr. I.____ geltend. Prof. Dr. G.____ sei befangen, weil Mitarbeiter des H.____ in der Pneumologieabteilung des C.____ ausgebildet würden. Die Befangenheit von Prof. Dr. I.____ sei darin begründet, dass es sich bei seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2014 um eine Rechtfertigung für das korrekte Vorgehen seiner Abteilung handle. Zudem sei die Unbefangenheit von Dr. D.____ fraglich, da sie in mehrfacher Weise direkt oder indirekt durch ihre Tätigkeiten (Assistenz, Weiterbildung etc.) mit dem C.____ verbunden sei. Befangenheit ist rechtsprechungsgemäss anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die in objektiver Weise und nicht bloss aufgrund des subjektiven Empfindens der Partei geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person zu erwecken (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2009, 9C_893/2009, E. 1.1; BGE 132 V 109 E. 7.1 mit Hinweis). Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche medizinischen Gutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit der begutachtenden Ärztinnen und Ärzte ein strenger Massstab anzulegen (BGE 132 V 110 E. 7.1, 120 V 367 E. 3b in fine mit Hinweisen). Anhaltspunkte dafür, dass Prof. Dr. G.____, Prof. Dr. I.____ und Dr. D.____ sich nicht von objektiven Kriterien haben leiten lassen, werden nicht konkret dargetan und sind auch nicht aus den Akten ersichtlich. Die Tatsache, dass sie für das Universitätsspital arbeiteten bzw. gearbeitet haben oder dort Mitarbeiter ausbilden lassen, lässt noch nicht auf mangelnde Objektivität schliessen.

5.9 Es ist der Versicherten zuzustimmen, dass die Stellungnahmen von Dr. D.____ vom 23. November 2010 und 10. Juni 2011 nicht in allen Belangen den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an einen beweistauglichen Arztbericht gerecht werden. Einerseits beruhen ihre Ausführungen auf einer unvollständigen Aktenlage, weil sie ihre Beurteilungen ohne das Protokollblatt vom 18. Mai 2010 und den Bronchoskopiebericht von Dr. F.____ vom 23. Juli 2010 vornahm. Andererseits wendet die Versicherte zu Recht ein, dass die Frage, ob bei der Durchführung der Bronchoskopie oder bei der Behandlung der Komplikation der Ärzteschaft des Universitätsspitals ein gravierender Fehler unterlaufen sei, derart fachspezifisch sei, dass sie von einer qualifizierten Pneumologin oder einem Pneumologen zu beurteilen sei. Aus diesem Grund zog die Versicherung im Einspracheverfahren die Stellungnahmen der Pneumologen Prof. Dr. G.____ vom 18. August 2011 und Prof. Dr. I.____ vom 18. Mai 2011 bei, welche übereinstimmend mit Dr. D.____ zum Ergebnis gelangten, dass keiner der medizinischen Fachpersonen konkrete Behandlungsfehler vorgeworfen werden könne, welche vom medizinisch Üblichen abweichen würden.

5.10.1 Die Versicherte wirft der Versicherung vor, sie habe den Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Sowohl das sozialversicherungsrechtliche Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Sozialversicherungsträger und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert aber nur so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. März 2008, 9C_456/2007, E. 2.2). Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1

S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vor (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. SVR 2001 IV Nr. 10 S. 27 E. 4 S. 28; zu Art. 4 Abs. 1 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162, je mit Hinweisen). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts vom 25. Februar 2008, 8C_323/2007, E. 3.3 und vom 19. November 2007, 8C_364/2007, E. 3.2 mit Hinweis).

5.10.2 Aufgrund dieser Ausführungen steht fest, dass der Umstand allein, dass die Versicherung darauf verzichtete, alle von der Versicherten beantragten Beweisunterlagen einzuholen, nicht bereits eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes bedeutet. Die Versicherung ist nur zur Vornahme weiterer Beweismassnahmen verpflichtet, wenn sie zum Schluss kommt, dass für weitere Abklärungen eine Notwendigkeit besteht. Die Versicherte versucht mit Hinweisen auf eine unvollständige Dokumentation und mit Hypothesen Zweifel an den Beurteilungen der vorliegenden ärztlichen Berichte zu erwecken. Dieses Vorgehen ist zwar verständlich, sind doch die Folgen der bei der Bronchoskopie vom 18. Mai 2010 eingetretenen Komplikation tragisch. Es ist jedoch zu betonen, dass für die Bejahung eines ungewöhnlichen äusserlichen Faktors ein grober Verstoss gegen die Sorgfaltspflichten der behandelnden Fachpersonen vorliegen muss. Aufgrund der vorliegenden Berichte ist jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, dass den Ärzten, insbesondere Dr. F.____, bei der Einschätzung und der Behandlung der Komplikation schwerwiegende Fehler unterlaufen sind. Auch wenn sich der Verlauf der Bronchoskopie aufgrund des Protokollblattes, des Berichts von Dr. F.____ vom 23. Juli 2010 und der Oxymetrie-Aufzeichnungen echtzeitlich nicht mehr lückenlos rekonstruieren lässt, gibt es keine Hinweise, dass die von der Versicherten gezogenen abweichenden Schlussfolgerungen zutreffen. Die Versicherung sah deshalb zu Recht davon ab, weitere Abklärungen vorzunehmen. Von einer gerichtlichen Expertise sind ebenfalls keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten, ergeben die vorhandenen Unterlagen doch ein zuverlässiges Bild des relevanten Sachverhaltes. Zudem ist eine retrospektive Rekonstruktion des genauen Ablaufs der Bronchoskopie vom 18. Mai 2010 schwierig und es sind daher kaum neue Erkenntnisse zu erwarten. Es wird deshalb auf die Anordnung weiterer Beweismassnahmen verzichtet (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 131 I 153 E. 3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen).

5.11. Aufgrund dieser Ausführungen ist festzuhalten, dass die am 18. Mai 2010 vorgenommene Bronchoskopie und die Behandlung der Komplikation nicht als ungewöhnlicher äusserer Faktor und somit nicht als Unfall im Rechtssinne qualifiziert werden kann. Demzufolge hat die Versicherte keinen Leistungsanspruch gegenüber der Versicherung, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6. Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.

http://www.bl.ch/kantonsgericht