

100.2020.138U
BUC/IMA/SRE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Verwaltungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Dezember 2024

Verwaltungsrichter Daum, Abteilungspräsident
Verwaltungsrichter Bürki, Verwaltungsrichter Häberli
Gerichtsschreiberin Imfeld

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt ...
Beschwerdeführerin

gegen

Insel Gruppe AG
handelnd durch die statutarischen Organe, Freiburgstrasse 18, 3010 Bern
vertreten durch Rechtsanwalt Dr. ...
Beschwerdegegnerin

betreffend Spitalhaftung (Verfügung der Insel Gruppe AG vom
30. März 2020)



Prozessgeschichte:

A.

Am Abend des 17. Mai 2003 suchte A._____ wegen einer beinbetonten Hemiparese links, einer unvollständigen Lähmung der linken Körperhälfte, die Notfallstation des Inselspitals auf. Nach Durchführung einiger Untersuchungen und der Verabreichung von Medikamenten wurde A._____ nach Mitternacht ins Regionalspital B._____ verlegt. Am Mittag des 18. Mai 2003 verschlechterte sich ihr Zustand; es trat eine linksseitige Hemiplegie, eine vollständige Lähmung der linken Körperhälfte, auf, weswegen sie notfallmässig ins Inselspital zurückverlegt und dort operiert wurde. In den folgenden Monaten waren weitere Eingriffe sowie Aufenthalte im Spital und in der Rehabilitation notwendig. Heute ist A._____ halbseitig gelähmt und pflegebedürftig.

A._____ machte gegenüber der Inselspital-Stiftung eine Entschädigung wegen ärztlicher Sorgfaltspflichtverletzung geltend und versuchte, sich zunächst gütlich mit der Stiftung bzw. deren Haftpflichtversicherung zu einigen. Dabei haben die Parteien gemeinsam ein Gutachten in Auftrag gegeben. Zudem hat A._____ drei Parteigutachten eingeholt.

Da keine Einigung erzielt werden konnte, stellte A._____ am 2. November 2012 bei der Inselspital-Stiftung ein Staatshaftungsgesuch um Ausrichtung einer Teilgenugtuung von Fr. 50'000.--. Nach Einholung eines Verwaltungsgutachtens bei Prof. Dr. med. C._____ wies die Inselspital-Stiftung das Begehren mit Verfügung vom 24. März 2016 ab.

B.

Dagegen erhob A._____ am 28. April 2016 Beschwerde beim Verwaltungsgericht. Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 24. März 2016 und eine Teilgenugtuung von mindestens Fr. 50'000.--; eventuell sei die Angelegenheit zur Sachverhaltsklärung an die Inselspital-Stiftung zurückzuweisen. Mit Entscheid vom 20. Februar 2018 hiess das Verwaltungsgericht die Beschwerde teilweise gut. Es hob die Verfügung vom

24. März 2016 auf und wies die Sache zur weiteren Behandlung an die Inselspital-Stiftung zurück, da der entscheidrelevante Sachverhalt in mehreren Punkten nicht genügend abgeklärt worden war. Im Übrigen wies es die Beschwerde ab (VGE 2016/131 vom 20.2.2018).

Das Verwaltungsverfahren wurde neu von der Insel Gruppe AG übernommen, die das Inselspital seit der zweiten Jahreshälfte 2016 für die Inselspital-Stiftung führt. Die Insel Gruppe AG holte ein Verwaltungsgutachten und ein Ergänzungsverwaltungsgutachten bei Prof. Dr. med. K. _____ ein. Mit Verfügung vom 30. März 2020 wies sie das Gesuch um Ausrichtung einer Teilgenugtuung ab.

C.

Gegen diese Verfügung hat A. _____ am 30. April 2020 Verwaltungsgerichtsbeschwerde erhoben. Sie stellt folgende Rechtsbegehren:

«Hauptsächlich

1. Die Verfügung der Inselspital-Stiftung vom 30. März 2020 sei zu annullieren.
2. Es sei der Beschwerdeführerin eine Teilgenugtuung von mindestens Fr. 50'000.-- nebst Zins zu 5 % ab dem 19. Mai 2003 durch das Inselspital zu bezahlen.

Eventuell

3. Die Verfügung sei an die Behörde zur korrekten Sachverhaltsklärung und zur Beantwortung der offenen Fragen zurückzuweisen.»

Die Insel Gruppe AG beantragt mit Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2020 die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei.

A. _____ hat am 21. September 2020 eine Replik mit zusätzlichen Unterlagen eingereicht und an ihren Rechtsbegehren festgehalten. Die Insel Gruppe AG hat sich mit Duplik vom 20. November 2020 vernehmen lassen und an ihren Anträgen ebenfalls festgehalten. Am 22. Dezember 2020 hat A. _____ Bemerkungen zur Duplik mit weiteren Unterlagen eingereicht. Die Insel Gruppe AG hat in der Folge auf weitere Bemerkungen verzichtet.

Der Instruktionsrichter hat mit Verfügung vom 7. Dezember 2022 von den Parteien weitere medizinische Unterlagen eingeholt. Mit Verfügung vom

23. Dezember 2022 hat er in Aussicht gestellt, ein gerichtliches Gutachten einzuholen, um den medizinischen Sachverhalt vollständig abzuklären, und A. _____ um Zustimmung zur Herausgabe der sie betreffenden medizinischen Unterlagen an eine sachverständige Person ersucht, da sie zuvor ein (weiteres) Verwaltungs- bzw. Gerichtsgutachten als nicht sinnvoll bezeichnet hatte. Nach Vorliegen der Zustimmung hat der Instruktionsrichter am 19. April 2023 den Parteien Prof. Dr. med. D. _____ als Gutachter vorgeschlagen und Gelegenheit gegeben, sich dazu und zu den vorgesehenen Gutachterfragen zu äussern sowie allfällige Ergänzungs- bzw. Zusatzfragen vorzuschlagen. Nach Äusserung der Parteien hat der Instruktionsrichter Prof. D. _____ mit der Ausarbeitung eines Gutachtens beauftragt, das dieser am 25. Juli 2023 erstattet hat. Am 1. November 2023 und 12. April 2024 hat der Instruktionsrichter dem Gutachter Ergänzungsfragen unterbreitet. Die Parteien erhielten jeweils vorab Gelegenheit, sich dazu zu äussern, wobei die Insel Gruppe AG als weitere Unterlagen eine medizinische Stellungnahme eines Arztes sowie Artikel aus Fachzeitschriften eingereicht hat. Der Gutachter hat die Ergänzungsfragen mit Ergänzungsgutachten vom 15. November 2023 und vom 26. April 2024 beantwortet.

Mit Eingaben vom 30. Mai und 1. Juli 2024 haben die Parteien zum Ergebnis des Beweisverfahrens Stellung genommen und mit Eingaben vom 5. September 2024 Schlussbemerkungen eingereicht; sie halten an ihren Rechtsbegehren fest. Die Insel Gruppe AG hat mit der ersten Eingabe und A. _____ mit den Schlussbemerkungen je eine medizinische Stellungnahme eines Arztes eingereicht, die der Instruktionsrichter als Teil der Parteibehauptungen zu den Akten erkannt hat.

Erwägungen:

1. Eintreten

1.1 Entscheide über medizinische Staatshaftung, die das Bundesgericht als zivilrechtsnah der Beschwerde in Zivilsachen zuweist (Art. 33 Abs. 1

Bst. d des Reglements vom 20. November 2006 für das Bundesgericht [BGerR; SR 173.110.131] i.V.m. Art. 72 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht [Bundesgerichtsgesetz, BGG; SR 173.110]), werden dementsprechend seit dem 1. Februar 2019 gestützt auf Art. 104a Abs. 3 des Personalgesetzes vom 16. September 2004 (PG; BSG 153.01) auf dem Zivilrechtsweg bzw. kantonal letztinstanzlich durch das Obergericht beurteilt. Das neue Verfahrensrecht findet Anwendung auf alle Ansprüche auf Schadenersatz oder Genugtuung gegen die im Kanton gelegenen Listenspitäler und Listengeburtshäuser sowie gegen die im Kanton zugelassenen Rettungsdienste, über die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung noch nicht verfügt worden ist (Art. T2-1 PG). Die erste Verfügung der Inselehospital-Stiftung erging am 24. März 2016 und damit vor dem 1. Februar 2019, womit das alte Recht zur Anwendung gelangt. Danach beurteilen sich Ansprüche gegen die Inselehospital-Stiftung bzw. die Insel Gruppe AG (vgl. dazu E. 1.2 hiernach) aus fehlerhafter ärztlicher Behandlung oder mangelhafter Aufklärung aufgrund der öffentlich-rechtlichen Haftungsordnung (vgl. BVR 2012 S. 252 E. 1.1; VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 1.1; vgl. auch BGE 139 III 252 E. 1.3 [Pra 102/2013 N. 95] mit Hinweisen). Das Verwaltungsgericht ist zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde als letzte kantonale Instanz gemäss Art. 74 Abs. 1 i.V.m. Art. 76 und 77 des Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) zuständig (vgl. auch Art. 104a Abs. 2 PG).

1.2 Die Beschwerdeführerin hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen, ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 79 Abs. 1 VRPG). Sie richtet ihre Beschwerde gegen die «Inselgruppe, Inselehospital». Im ersten Rechtsgang des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens trat die Inselehospital-Stiftung als Beschwerdegegnerin auf, die damals und zum Zeitpunkt der streitigen Behandlung 2003 (direkte) Trägerin des Inselehospital war. Am 1. Juli 2016 hat die Insel Gruppe AG «gemäss Vermögensübertragungsvertrag vom 24.05.2016 und Inventar per 31.12.2015 sowie Verfügung der Aufsichtsbehörde vom 27.05.2016» einen Teil der Aktiven und Passiven der Inselehospital-Stiftung übernommen. Seither führt die Inselehospital-Stiftung das Inselehospital über die Insel Gruppe AG, an der sie die Aktien- und Stimmenmehrheit halten muss (vgl. Auszüge Handelsregister, einsehbar unter:

<<https://be.chregister.ch>>; Michel Daum, in Herzog/Daum [Hrsg.], Kommentar zum bernischen VRPG, 2. Aufl. 2020, Art. 2 N. 22). Unter den Parteien ist unbestritten, dass allfällige Schadenersatz- und Genugtuungsansprüche der Beschwerdeführerin aus der Behandlung im Jahr 2003 von der Vermögensübertragung auf die Insel Gruppe AG erfasst sind und diese als Rechtsnachfolgerin der Inselehospital-Stiftung im vorliegenden Verfahren als Beschwerdegegnerin zu behandeln ist.

1.3 Die Beschwerdeführerin macht eine «Teilgenugtuung von mindestens Fr. 50'000.--» geltend (Rechtsbegehren 2; vorne Bst. C). Damit bringt sie zum Ausdruck, dass sie vom Bestehen einer höheren Genugtuungsforderung ausgeht und bloss einen Teilbetrag ins Recht legen will. Dies ist aufgrund der im Verwaltungsprozess geltenden Dispositionsmaxime zulässig (vgl. BVR 2011 S. 97 [VGE 23495 vom 24.6.2010] nicht publ. E. 1.2 mit Hinweisen; VGE 2009/317 vom 26.11.2010 E. 1.2). Die Bestimmungen über Form und Frist sind eingehalten (Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 VRPG). Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.4 Das Verwaltungsgericht überprüft die angefochtene Verfügung auf Rechtsverletzungen hin (Art. 80 Bst. a und b VRPG).

2. Anwendbares Recht

2.1 Haftungsansprüche sind nach den Bestimmungen zu beurteilen, die zu jener Zeit in Kraft standen, in der sich das haftungsbegründende Ereignis zugetragen hat. Die Beschwerdeführerin stützt ihre Ansprüche im vorliegenden Verfahren insbesondere auf die Behandlung im Inselehospital am Abend des 17. Mai 2003 (vgl. zum Streitgegenstand hinten E. 4). Zu diesem Zeitpunkt galt noch das Gesetz vom 5. November 1992 über das öffentliche Dienstrecht (altes Personalgesetz, aPG; GS 1993 S. 64, in Kraft bis 30.6.2005). Die Haftung der Insel Gruppe AG richtet sich somit nach Art. 47 ff. aPG. Soweit hier interessierend, hat sich mit dem Inkrafttreten des geltenden Personalgesetzes an der Haftungsordnung jedoch nichts geändert (vgl. Art. 101 PG; BVR 2012 S. 252 [VGE 2010/493 vom 14.11.2011] nicht publ. E. 2.3, 2008 S. 163 E. 2).

2.2 Gemäss Art. 48 Abs. 1 aPG haften private Organisationen, die unmittelbar mit kantonalen öffentlichen Aufgaben betraut sind, für den Schaden, den sie bzw. ihre Organe oder Angestellten in Erfüllung ihrer Aufgabe Dritten widerrechtlich zugefügt haben. Ein Verschulden ist nicht vorausgesetzt; es handelt sich um eine Kausalhaftung. Soweit das Personalgesetz keine besonderen Vorschriften enthält, kommen die Bestimmungen des Schweizerischen Obligationenrechts (OR; SR 220) als ergänzendes kantonales Recht zur Anwendung (Art. 51 Abs. 1 aPG). Nach Art. 47 Abs. 3 aPG haben die Geschädigten für Verletzungen der körperlichen Integrität und schwere Persönlichkeitsverletzungen, die ihnen durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kantons in Ausübung amtlicher Tätigkeiten widerrechtlich zugefügt wurden, zudem Anspruch auf eine angemessene Genugtuung. Ein solcher Anspruch besteht auch gegenüber Organisationen ausserhalb der Kantonsverwaltung, obschon Art. 48 aPG nicht ausdrücklich eine entsprechende Regelung enthält (vgl. Art. 51 Abs. 1 aPG i.V.m. Art. 47 OR; BVR 2007 S. 213 [VGE 22623 vom 21.12.2006] nicht publ. E. 4.1, 2000 S. 438 E. 2; VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 2.1, 2012/249 vom 26.9.2013 E. 4.2). Nach dieser Haftungsordnung setzt ein Schadenersatz- bzw. Genugtuungsanspruch einen materiellen bzw. immateriellen Schaden, eine widerrechtliche amtliche Handlung sowie einen (natürlichen und adäquaten) Kausalzusammenhang zwischen dieser und dem Schaden voraus; die Haftungsvoraussetzungen müssen kumulativ erfüllt sein (vgl. statt vieler BVR 2022 S. 433 E. 2.2.1, 2014 S. 297 [VGE 2012/65/66 vom 16.4.2014] nicht publ. E. 3.3, 2011 S. 200 E. 2.4.1 f., mit Hinweisen).

3. Sachverhalt und Beweismittel

3.1 Die Beschwerdeführerin wirft der Insel Gruppe AG verschiedene Sorgfaltspflichtverletzungen im Zusammenhang mit der Behandlung im Inselfspital am Abend des 17. Mai 2003 vor. Aus den Akten ergibt sich dazu folgender unbestrittener Sachverhalt:

3.1.1 Am 7. Mai 2003 bemerkte die Beschwerdeführerin beim Gehen eine Schwäche im linken Bein. Am 17. Mai 2003 traten bei ihr um ca. 18.00 Uhr plötzlich eine erneute Schwäche im linken Bein und ein Schweregefühl im

linken Arm auf. Auf Anraten des telefonisch kontaktierten Hausarztes fuhr der Ehemann der Beschwerdeführerin diese mit dem Auto zur Notfallstation des Inselspitals. Dort wurde sie neurologisch untersucht. Die behandelnden Ärzte hielten dazu fest:

«NIH Score: 4. Hirnnerven unauffällig. Leichte Pronation links im Vorhal-
teversuch. MER links lebhaft, rechts mittellebhaft. Parese des linken
Beines Grad M3, im Verlauf langsam regredient. Sensibilität intakt. Ba-
binski Zeichen bds negativ.»

Weiter wurden Röntgen-Thoraxaufnahmen im Liegen gemacht, die unauffällig waren. Zudem wurde ein Elektrokardiogramm erstellt, das keine Hinweise auf eine frische ischämische Läsion zeigte (vgl. Verlegungsbericht vom 18.5.2003 [nachfolgend: Verlegungsbericht], act. 36A Ziff. I/1 S. 1 f.; VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 4.1). Um 21.50 Uhr wurde eine Computertomografie (CT; bildgebendes Verfahren) des Schädels vorgenommen, zunächst ohne und danach mit Kontrastmittel. Die CT ergab eine fehlende Kontrastierung der rechten Arteria carotis interna (ACI; innere Halsschlagader) unmittelbar unterhalb der Schädelbasis, aufgrund welcher differenzialdiagnostisch an einen Verschluss oder an eine hochgradige Abgangsstenose (Verengung) der rechten ACI zu denken war. Zusätzlich wurde eine CT-Perfusion durchgeführt, die ein Perfusionsdefizit (Durchblutungsdefizit) im rechten Medialstromgebiet (Bereich im Gehirn) zeigte ohne sonstige Infarktfrühzeichen (vgl. CT-Befund der Radiologie vom 17.5.2003 [datiert auf den 7.8.2007], in act. 38A). Den behandelnden Ärzten war am Abend des 17. Mai 2003 nicht der ganze CT-Befund bekannt: Sie hatten keine Kenntnis davon, dass eine hochgradige Stenose oder ein Verschluss der ACI rechts mit daraus resultierendem Perfusionsdefizit im rechten Medialstromgebiet vorlagen. Ob die Ärzte den Befund nicht vollständig zur Kenntnis genommen hatten oder er ihnen von der Radiologie unvollständig übermittelt worden war, lässt sich nicht feststellen (VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 4.3 und 4.4.1; Verfügung Insel Gruppe AG vom 24.3.2016 E. 7.2, act. 6C pag. 306). Aufgrund der schlagartig aufgetretenen Parese (unvollständige Lähmung) bei bekannten Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Nikotinabusus, positive Familienanamnese, Adipositas) gingen die behandelnden Ärzte im Inselspital am Abend des 17. Mai 2003 als Diagnose am ehesten von einer «vaskulären Läsion» aus und hielten einen «Verdacht auf CVI» fest (kann hier für cerebrovaskulärer Insult [Schlaganfall] oder cerebrovaskuläre Insuffizienz

[Störung der Blutversorgung des Gehirns durch Gefässläsionen] stehen; vgl. Verlegungsbericht S. 1 f.; Gutachten Dr. med. E. _____ vom 21.8.2011 S. 8, act. 6B pag. 255; Gutachten Prof. Dr. med. F. _____ vom 17.3.2008 S. 1, act. 6B pag. 7). Als Differenzialdiagnose hielten sie eine «entzündliche Erkrankung» für unwahrscheinlich, konnten eine solche jedoch nicht ausschliessen. Im Inselehospital wurde der Beschwerdeführerin Aspirin verabreicht und zwecks Blutdrucksenkung ein Nitrodermpflaster angebracht (Verlegungsbericht S. 1 f.; VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 4.1).

3.1.2 Nach Mitternacht wurde die Beschwerdeführerin aufgrund von Bettenmangel im Inselehospital mit der Ambulanz ins Regionalspital B. _____ verlegt (vgl. Klinikeintrittsbericht vom 18.5.2003, act. 36A Ziff. I/1 S. 3; Schreiben Inselehospital vom 7.4.2004, in act. 38A). Als Prozedere hielt der Verlegungsbericht des Inselehospital Folgendes fest (a.a.O. S. 2):

«Nachkontrolle der Herzenzyme am 18.06.03 um 06:00 bei Ihnen. Einstellung der Hypertonie. Mobilisation nach Stroke-Schema. Aspirin 300mg/d. Vaskuläre Abklärung mit Herzecho, Doppler-Untersuchung der Halsgefässe, Labor mit Lipidstatus. Zur Bestätigung der vaskulären Läsion sowie Ausschluss einer demyelinisierenden Erkrankung bitten wir Sie um Organisation einer Schädel-MR Untersuchung».

Beim Eintritt ins Regionalspital B. _____ am 18. Mai 2003 um 1.20 Uhr konnte die Beschwerdeführerin ihr linkes Bein nicht anheben und der linke Arm war leicht geschwächt (Pflegerbericht Regionalspital B. _____ vom 18.5.2003, act. 36A Ziff. II/5). Gegen Mittag verschlechterte sich ihr neurologischer Zustand akut; sie erlitt ein weiteres cerebrovaskuläres Ereignis mit einer linksseitigen Hemiplegie, einer vollständigen Lähmung der linken Körperhälfte. Sie konnte nur noch verwaschen sprechen und die Mimik war nicht mehr seitengleich. Die Beschwerdeführerin wurde notfallmässig mit der Ambulanz ins Inselehospital zurückverlegt. Für die Fahrt wurde bei ihr wiederum ein Nitrodermpflaster angebracht (Pflegerbericht und Austrittsbericht Regionalspital B. _____ vom 18.5.2003, act. 36A Ziff. II/5 und II/7; Protokoll Krankentransport ...-Bern vom 18.5.2003, act. 6C pag. 48). Im Inselehospital wurde sie erneut untersucht, wobei eine CT und eine konventionelle Angiografie (Darstellung der Blutgefässe) durchgeführt wurden. Diese zeigten einen Verschluss der rechten ACI und der rechten mittleren Gehirnschlagader (Arteria cerebri media; ACM). Erstere konnte mittels Ballondilatation und Stenteinlage wieder geöffnet werden, Letztere hingegen nicht. Als es um Mitternacht

zu einer weiteren Verschlechterung des neurologischen Zustands der Beschwerdeführerin kam, wurde eine Schädel-CT durchgeführt. Diese zeigte eine ausgedehnte Einblutung ins Infarktgebiet, woraufhin notfallmässig eine Ventrikeldrainage, eine Ableitung von Flüssigkeit aus der Schädelhöhle mittels eines Katheters, vorgenommen wurde. Bei einer weiteren am 19. Mai 2003 durchgeführten CT zeigte sich eine Zunahme des perifokalen Ödems, der Flüssigkeitsansammlung rund um die Schädigung, und es wurde eine dekompressive Hemikraniektomie, eine Entfernung von Teilen des Schädeldachs, beschlossen, die am darauffolgenden Tag, am 20. Mai 2003, durchgeführt wurde. Anschliessend blieb die Beschwerdeführerin bis zum 6. Juni 2003 auf der Überwachungs- bzw. Intensivstation, worauf sie auf die neurologische Bettenstation und am 23. Juni 2003 in die Neurorehabilitation verlegt wurde. Die Beschwerdeführerin ist seither halbseitig gelähmt und pflegebedürftig (VGE 2016/131 vom 20.2.2018 Bst. A und E. 4.1; Verlaufsbericht Inselspital vom 20.5.2003, act. 36A Ziff. I/1 S. 5 f.; Austrittsbericht Inselspital vom 27.06.2003, act. 36A Ziff. I/1 S. 16 f.).

3.2 Für die Beurteilung der gerügten Sorgfaltspflichtverletzungen liegen neben der Krankengeschichte, der Pflegedokumentation und weiteren medizinischen Unterlagen verschiedene Gutachten und Auskünfte von medizinischen Fachpersonen vor. Diese werden im Folgenden chronologisch dargestellt und einstweilen beweisrechtlich eingeordnet.

3.2.1 Die Beschwerdeführerin hat selber vier Gutachten in Auftrag gegeben: Das Gutachten von Dr. med. G._____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 2. November 2007 (act. 6B pag. 31-29; nachfolgend: Gutachten G._____), das Gutachten von Prof. Dr. med. F._____, emeritierter Direktor der Neurologischen Universitätsklinik ..., vom 17. März 2008 (act. 6B pag. 7-3; nachfolgend: Gutachten F._____) sowie das Gutachten von Dr. med. E._____, Facharzt für Radiologie, ... (D), vom 21. August 2011 (act. 6B pag. 263-214; nachfolgend: Gutachten E._____) hat sie während der aussergerichtlichen Verhandlungen mit der Inselspital-Stiftung eingeholt. Im ersten Rechtsgang vor Verwaltungsgericht hat die Beschwerdeführerin zusätzlich das Gutachten von Dr. med. H._____, Facharzt für Innere Medizin, ... (D), ins Recht gelegt (act. 18A Beilage 5). Das Verwaltungsgericht hat bereits in seinem ersten Urteil (VGE 2016/131 vom

20.2.2018 E. 3.1) dargelegt, dass es sich dabei um blosse Privat- bzw. Parteigutachten handelt, die keine Beweismittel darstellen, sondern beweisrechtlich bloss den Stellenwert von Parteibehauptungen haben. Sie können aber im Rahmen der freien Beweiswürdigung berücksichtigt werden und insbesondere geeignet sein, erhebliche Zweifel an einem bestehenden Verwaltungs- oder Gerichtsgutachten zu wecken (vgl. BVR 2012 S. 252 E. 3.4.4; BGE 141 IV 369 E. 6.2; Michel Daum, a.a.O., Art. 19 N. 102). Entscheide dürfen indes nicht ausschliesslich auf Parteigutachten abgestützt werden (BGE 141 IV 369 E. 6.2). Insofern die Beschwerdeführerin den Nachweis der Haftungsvoraussetzungen bereits gestützt auf die Parteigutachten als erbracht erachtet (vgl. etwa Schlussbemerkungen vom 5.9.2024 S. 2, act. 75), kann dem nicht gefolgt werden. Im Einzelnen wird auf die Privatgutachten, soweit von Bedeutung, bei der Beurteilung der Haftungsvoraussetzungen eingegangen.

3.2.2 Zusätzlich haben die Parteien vor Eröffnung des Staatshaftungsverfahrens gemeinsam ein Gutachten bei Prof. Dr. med. I. _____, Facharzt FMH für Neurologie am Universitätsspital ..., in Auftrag gegeben (act. 6B pag. 87), das dieser am 23. September 2011 erstattete (act. 6B pag. 135-109; nachfolgend: Gutachten I. _____). Dabei handelt es sich ebenfalls um ein Privatgutachten, dem bloss die Bedeutung eines Bestandteils der Parteivorbringen zukommt (vgl. ausführlich im ersten Rechtsgang VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 3.2).

3.2.3 Nach Eröffnung des Staatshaftungsverfahrens hat die Inselspital-Stiftung bei Prof. Dr. med. C. _____, Assistenzprofessor und Leitender Arzt an der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals ..., ein Gutachten eingeholt. Dieses wurde von Prof. C. _____ zusammen mit Dr. med. J. _____, Oberarzt der Klinik für Neurologie, am 3. Oktober 2014 erstattet (act. 6C pag. 78-65; nachfolgend: Gutachten C. _____). Im Anschluss haben die Sachverständigen mit Schreiben vom 20. Mai 2015 Zusatzfragen zum Gutachten beantwortet (act. 6C pag. 207-202; nachfolgend: Zusatzgutachten C. _____). Hierbei handelt es sich um Verwaltungsgutachten (vgl. Art. 19 Abs. 1 Bst. g VRPG). Die Behörden sind aufgrund des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung nicht an Gerichts- und Verwaltungsgutachten

gebunden. Diesen kommt aber ein hoher Beweiswert zu. In Fachfragen dürfen die Behörden nur aus triftigen Gründen davon abweichen. Kriterien für die Beweiswürdigung bilden die Vollständigkeit, Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit der Darlegungen (statt aller BGE 141 IV 369 E. 6.1, 136 III 161 E. 3.4.2; Michel Daum, a.a.O., Art. 19 N. 38, 92). Auf sie kann nicht abgestellt werden, wenn gewichtige, zuverlässig begründete Tatsachen oder Indizien ihre Überzeugungskraft ernstlich erschüttern. Das trifft etwa zu, wenn die Expertise die gestellten Fragen nicht beantwortet, die Erkenntnisse und Schlussfolgerungen nicht begründet werden oder in sich widersprüchlich sind oder die Ausführungen sonstwie an Mängeln krankt, die derart offensichtlich sind, dass sie auch ohne spezielles Fachwissen erkennbar sind (BGE 141 IV 369 E. 6.1; Michel Daum, a.a.O., Art. 19 N. 38). Die Inselehospital-Stiftung stützte ihre erste abweisende Verfügung vorwiegend auf das Gutachten und das Zusatzgutachten C._____ ab. Das Verwaltungsgericht hat diese Gutachten im ersten Rechtsgang ausführlich gewürdigt. In seinem Urteil vom 20. Februar 2018 hat es zusammengefasst Folgendes festgehalten: Gestützt auf das Gutachten C._____ kann nicht gesagt werden, dass sich die bleibende Hirnschädigung der Beschwerdeführerin nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die damals zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten hätte verhindern lassen bzw. dass die unterlassene Untersuchung für den eingetretenen Gesundheitsschaden nicht kausal war. Der Gutachter hatte bei der Erstellung des Gutachtens keine Kenntnis vom Inhalt des CT-Befunds, der von einer hochgradigen Stenose oder gar einem Verschluss der ACI spricht. Im Widerspruch zu dem ihm nicht vorliegenden CT-Befund hat Prof. C._____ festgehalten, dass der Grad der Stenose am fraglichen Abend unbekannt sei, und Aussagen unter Annahme einer mittelgradigen Stenose getroffen. Für das Zusatzgutachten wurde ihm der entsprechende Befund vorgelegt. Jedoch hat Prof. C._____ die Frage, ob sich dadurch etwas an seiner Risikoabwägung ändert, weder eindeutig verneint noch die von ihm angegebene Wahrscheinlichkeit eines erneuten Schlaganfalls korrigiert. Zudem gibt das Gutachten keine Antwort auf die Frage nach der Wahrscheinlichkeit, dass eine (operative) Behandlung den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert hätte; insofern fehlt es an einer fundierten Einschätzung des hypothetischen Kausalverlaufs. Das Gutachten C._____ erwies sich somit in verschiedener Hinsicht als weder schlüssig noch vollständig, so dass ihm beweismässig keine tragende

Bedeutung zukommt (vgl. VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 4.4 f.). An dieser Würdigung ist im zweiten Rechtsgang festzuhalten, zumal auch die Insel Gruppe AG nichts Gegenteiliges vorbringt.

3.2.4 Angesichts der Mängel des Gutachtens C._____ hat das Verwaltungsgericht die Verfügung der Inselehospital-Stiftung vom 24. März 2016 wegen unvollständiger Abklärung des Sachverhalts aufgehoben und die Sache zur Fortsetzung des Verfahrens an die Vorinstanz zurückgewiesen. Die Insel Gruppe AG hat im zweiten Rechtsgang ein Gutachten bei Prof. Dr. med. K._____, Facharzt FMH für Neurologie am ... in ..., eingeholt. Prof. K._____ hat das Gutachten am 11. Januar 2019 erstattet (act. 6A pag. 64-60; nachfolgend: Gutachten K._____) und am 12. Dezember 2019 Ergänzungsfragen zum Gutachten beantwortet (act. 6A pag. 119-117; nachfolgend: Ergänzungsgutachten K._____). Es handelt sich hierbei um Verwaltungsgutachten im Sinn von Art. 19 Abs. 1 Bst. g VRPG. Aktenkundig sind sodann die beiden folgenden, von der Beschwerdeführerin im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten ärztlichen Stellungnahmen:

- Parteigutachten von Dr. med. L._____, Facharzt FMH für Anästhesie an der Klinik ... in ..., vom 25. Februar 2019 betreffend die Blutdruckwerte und die Verlegung der Beschwerdeführerin ins Regionalspital B._____ (act. 6A pag. 90-89),
- (undatierte) Stellungnahme von Dr. med. H._____, Facharzt für Innere Medizin, ... (D), zum Ergänzungsgutachten K._____ (vgl. act. 6A pag. 154-149).

3.2.5 Das Verwaltungsgericht hat seinerseits ein Gutachten bei Prof. Dr. med. D._____, ehemaliger Chefarzt der Neurologischen Klinik des Kantonsspitals ..., in Auftrag gegeben, um den medizinischen Sachverhalt vollständig abzuklären (vgl. Verfügung vom 23.12.2022, act. 35). Prof. D._____ hat das Gutachten am 25. Juli 2023 erstattet (act. 52; nachfolgend: Gutachten D._____) und mit Ergänzungsgutachten vom 15. November 2023 (act. 58A; nachfolgend: Ergänzungsgutachten I D._____) und vom 26. April 2024 (act. 68A; nachfolgend: Ergänzungsgutachten II D._____) zusätzliche Fragen beantwortet. Es handelt sich hierbei um Gerichtsgutachten im Sinn von Art. 19 Abs. 1 Bst. g VRPG. Als Beilage zu

ihren Stellungnahmen zu den Ergänzungsgutachten von Prof. D. _____ hat die Insel Gruppe AG medizinische Stellungnahmen von Dr. med. M. _____, Facharzt FMH für Neurologie, beratender Arzt der Haftpflichtversicherung des Inselspitals, vom 22. Februar 2024 (act. 63A Beilage 1) und vom 26. Mai 2024 (act. 72A) sowie verschiedene Artikel aus Fachzeitschriften (act. 63A Beilagen 2-9 und act. 65A) und die Fachinformation zum Medikament Actilyse (act. 63A Beilage 10) eingereicht. Einen nach Schliessung des Beweisverfahrens eingereichten Artikel hat der Instruktionsrichter aus den Akten gewiesen (vgl. Verfügung vom 5.7.2024, act. 73). Die Beschwerdeführerin ihrerseits hat mit ihren Schlussbemerkungen eine Stellungnahme vom 25. August 2024 von Dr. med. E. _____, Facharzt für Diagnostische Radiologie, ... (D), zu den Akten gegeben (act. 75A). Im Gegensatz zum Gutachten und den Ergänzungsgutachten von Prof. D. _____ kommt den erwähnten Stellungnahmen der Stellenwert von Parteibehauptungen zu (vorne E. 3.2.1).

4. Streitgegenstand

4.1 Die Beschwerdeführerin wirft der Insel Gruppe AG verschiedene Verletzungen der ärztlichen Sorgfaltspflicht vor. Die angeblichen Pflichtverletzungen beziehen sich insbesondere auf die Vorgänge im Inselspital am Abend des 17. Mai 2003, namentlich betreffend die Diagnostik, die Behandlung und den Entscheid, die Beschwerdeführerin ins Regionalspital B. _____ zu verlegen. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden demnach die Untersuchung und Behandlung im Inselspital am Abend des 17. Mai 2003 und die nach Mitternacht, am 18. Mai 2003, durchgeführte Verlegung ins Regionalspital. Davon ist auch die Insel Gruppe AG in der angefochtenen Verfügung ausgegangen (vgl. auch VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 4.2). Vor der Vorinstanz und auch vor Verwaltungsgericht nicht Streitgegenstand waren bzw. sind hingegen allfällige Ansprüche der Beschwerdeführerin aus ihrer Behandlung im Regionalspital B. _____ am 18. Mai 2003. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ändert daran auch die «Übernahme des Regionalspitals B. _____ am 1. Januar 2016 durch die Insel Gruppe AG» nichts (vgl. Replik S. 2 und 5). Der Streitgegenstand kann sich im Verlauf des Verfahrens grundsätzlich nicht erweitern (BVR 2017

S. 514 E. 1.2; Michel Daum, a.a.O., Art. 20a N. 5). Eine Ausnahme von diesem Grundsatz kommt hier nicht in Betracht, zumal die Inselehospital-Stiftung bereits 2013 von einer Beiladung der O._____ AG als Betreiberin des Regionalspitals B._____ abgesehen hatte (vgl. Verfügung vom 31.1.2013 S. 2, act. 6C pag. 6). Ferner hat die Beschwerdeführerin gegen die O._____ AG ein eigenes Verfahren auf Schadenersatz eingeleitet (vgl. Eröffnungsverfügung der O._____ AG vom 26.8.2013, act. 6C pag. 44-43); dem Verwaltungsgericht ist nicht bekannt, in welchem Stadium sich dieses befindet.

4.2 Die Insel Gruppe AG hat das Staatshaftungsbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 30. März 2020 (erneut) abgewiesen. Sie verneint eine Sorgfaltspflichtverletzung und damit die Widerrechtlichkeit. Im Übrigen würde es auch an der Kausalität zwischen Sorgfaltspflichtverletzung und Schaden fehlen. Die Insel Gruppe AG bestreitet jedoch nicht, dass die Beschwerdeführerin durch den am Mittag des 18. Mai 2003 erlittenen Schlaganfall in Person und Vermögen geschädigt worden ist (vgl. im zweiten Rechtsgang etwa Stellungnahme Insel Gruppe AG vom 1.7.2024 Rz. 4, 20 f., 39, act. 72; Schlussbemerkungen Insel Gruppe AG vom 5.9.2024 Rz. 58, act. 76; angefochtene Verfügung E. 2, 6.3.1, 7.3.2, 8.2; s. auch bereits VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 4.5, 5.2; Verfügung Insel Gruppe AG vom 24.3.2016 E. 7.1, 7.4.5, act. 6C pag. 319-299, mit Verweis auf Gutachten C._____ S. 11, Gutachten I._____ S. 21 und Gutachten F._____ S. 4). Ebenso ist unbestritten, dass die behandelnden Ärzte als Angestellte des Inselehospital und damit in Erfüllung öffentlicher Aufgaben handelten (vgl. Art. 48 Abs. 1 aPG).

4.3 Im vorliegenden Fall ist zunächst die Widerrechtlichkeit (E. 5) zu beurteilen und dabei in einem ersten Schritt zu prüfen, ob am 17. Mai 2003 im Inselehospital bei der Diagnostik der Beschwerdeführerin die gebotene Sorgfalt eingehalten wurde (E. 6). In einem zweiten Schritt ist zu klären, ob durch allfällige Diagnosefehler oder aus anderen Gründen eine falsche Behandlung der Beschwerdeführerin in die Wege geleitet worden ist (E. 7). Gegebenenfalls ist anschliessend der Kausalzusammenhang und insofern im We-

sentlichen zu beurteilen, ob sorgfaltswidrig ergriffene oder unterlassene medizinische Massnahmen den der Beschwerdeführerin entstandenen Schaden verursacht oder begünstigt haben (E. 8).

5. Haftungsvoraussetzung Widerrechtlichkeit

5.1 Widerrechtlich ist die Behandlung in einem öffentlichen Spital in der Regel dann, wenn gegen die objektiv gebotene Sorgfaltspflicht verstossen wurde, wobei für die öffentlich-rechtliche Haftungsordnung insoweit die gleichen Grundsätze gelten wie für die privatrechtliche (BVR 2011 S. 97 E. 4.1, 2007 S. 203 E. 4.1 [bestätigt durch BGer 4P.237/2006 vom 16.1.2007]; VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 2.2). Ausgangspunkt für das Mass der anzuwendenden Sorgfalt bildet die die Ärzteschaft treffende allgemeine Pflicht, die Heilkunst nach anerkannten Grundsätzen der ärztlichen Wissenschaft und Humanität auszuüben, alles zu unternehmen, um die Patientinnen und Patienten zu heilen, und alles zu vermeiden, was diesen schaden könnte. Nach der Rechtsprechung liegt die Besonderheit der ärztlichen Kunst darin, dass Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Wissen und Können auf einen erwünschten Erfolg hinzuwirken haben, diesen aber nicht herbeiführen oder gar garantieren müssen. Die Anforderungen an die den Ärztinnen und Ärzten zuzumutende Sorgfaltspflicht richten sich nach den Umständen des Einzelfalls, namentlich nach der Art des Eingriffs oder der Behandlung, den damit verbundenen Risiken, dem Beurteilungs- und Bewertungsspielraum, der den Ärztinnen und Ärzten zusteht, sowie den Mitteln und der Dringlichkeit der medizinischen Massnahme. Die Haftung des Spitals beschränkt sich dabei nicht auf grobe Verstösse gegen die Regeln der ärztlichen Kunst. Vielmehr hat die Ärztin bzw. der Arzt Patientinnen und Patienten stets fachgerecht zu behandeln, zum Schutz ihres Lebens und ihrer Gesundheit insbesondere die nach den Umständen gebotene und zumutbare Sorgfalt zu beachten und grundsätzlich für jede Pflichtverletzung einzustehen. Der Begriff der Pflichtverletzung darf jedoch nicht so verstanden werden, dass darunter jede Massnahme oder Unterlassung fällt, welche aus nachträglicher Betrachtungsweise den Schaden bewirkt oder vermieden hätte. Die Ärztinnen und Ärzte können im Allgemeinen nicht für jene Gefahren und Risiken belangt werden, die immanent mit jeder ärztlichen Handlung und auch mit der Krankheit an

sich verbunden sind. Zudem steht ihnen sowohl in der Diagnose wie auch in der Bestimmung therapeutischer oder anderer Massnahmen nach dem objektiven Wissensstand oftmals ein Entscheidungsspielraum zu, welcher eine Auswahl unter verschiedenen in Betracht fallenden Möglichkeiten zulässt. Sie verletzen ihre Pflichten nur dort, wo sie eine Diagnose stellen bzw. eine Therapie oder ein sonstiges Vorgehen wählen, das nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und daher den objektivierten Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht genügt. Die Ärztin bzw. der Arzt handelt mithin unsorgfältig, wenn sich ihr bzw. sein Vorgehen nicht nach den durch die medizinische Wissenschaft aufgestellten und generell anerkannten Regeln richtet und dem jeweiligen Stand der Wissenschaft nicht entspricht (BGE 133 III 121 E. 3.1 [Pra 96/2007 Nr. 105], 130 IV 7 E. 3.3; BGer 4A_255/2021 vom 22.3.2022 E. 3.1.3; BVR 2011 S. 97 E. 4.1, 2007 S. 203 E. 4.2 [bestätigt durch BGer 4P.237/2006 vom 16.1.2007]; Regina E. Aebi-Müller et al., *Arztrecht*, 2016, § 7 N. 25 ff.). Die Beurteilung der Widerrechtlichkeit erfolgt dabei nicht nach dem Sachverhalt, wie er sich nachträglich darstellt; massgebend ist vielmehr, was die Ärztin oder der Arzt im Zeitpunkt, in dem sie bzw. er sich für eine Massnahme entschied oder eine solche unterliess, von der Sachlage halten musste (also eine Betrachtung «ex ante»; vgl. BGE 132 II 305 E. 4.4 [Pra 96/2007 Nr. 53], 130 I 337 E. 5.3; BVR 2011 S. 200 E. 4.4, 2007 S. 145 E. 6.3).

5.2 Eine unrichtige Diagnose allein führt in der Regel nicht zur Haftung des Spitals. Wenn die Medizinalperson die Diagnose gewissenhaft vornimmt, nachdem sie die Patientin bzw. den Patienten nach den Regeln der Kunst und mit der erforderlichen Zeit und Aufmerksamkeit untersucht hat, anschliessend die geeignete Behandlung anordnet und diese unter Beachtung der allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Wissenschaft ausführt, kann ihr keine Nachlässigkeit oder Unvorsichtigkeit vorgeworfen werden (BGE 149 II 109 E. 10.2 [Pra 112/2023 Nr. 59], 105 II 284 E. 1 [Pra 69/1980 Nr. 135]; VGE 20628/21271 vom 4.12.2006 E. 4.2).

5.3 In beweisrechtlicher Hinsicht gilt Folgendes: Gemäss Art. 18 VRPG stellen die Behörden den Sachverhalt von Amtes wegen fest. Sie bestimmen Art und Umfang der Ermittlungen, ohne an die Beweisanträge der Parteien

gebunden zu sein. Ein Beweis gilt als erbracht, wenn die Behörde nach objektiven Gesichtspunkten von der Richtigkeit einer Sachbehauptung überzeugt ist. Absolute Gewissheit kann dabei nicht verlangt werden. Es genügt, wenn die Behörde am Vorliegen der behaupteten Tatsache keine ernsthaften Zweifel mehr hat oder allenfalls verbleibende Zweifel als leicht erscheinen (BVR 2011 S. 97 E. 4.2.3; VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 2.3; BGE 148 III 105 E. 3.3.1, 130 III 321 E. 3.2, 128 III 271 E. 2b/aa). Allenfalls gelten von diesem Beweismass (keine ernsthaften Zweifel) abweichende Voraussetzungen (Beweiserleichterungen bei Verletzungen der Dokumentationspflicht und Regelbeweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit bei der Kausalität, vgl. hinten E. 7.6 und 8.1). Während die geschädigte Person gemäss der allgemeinen Beweislastregel von Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) die (objektive) Beweislast für die Haftungsvoraussetzungen – so auch für die widerrechtlichkeitsbegründende Sorgfaltspflichtverletzung – trägt, ist die Insel Gruppe AG beweispflichtig (bzw. hat die negativen Folgen einer sich nach behördlicher Sachverhaltsermittlung einstellenden Beweislosigkeit zu tragen) hinsichtlich möglicher Entlastungstatbestände (Rechtmässigkeit der Amtshandlung, Selbstverschulden etc.; vgl. BVR 2022 S. 433 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

6. Widerrechtlichkeit: Beurteilung Diagnose

Die Beschwerdeführerin wirft dem Inselspital zunächst Sorgfaltspflichtverletzungen in Zusammenhang mit der Diagnose vor. Die behandelnden Ärzte hätten am Abend des 17. Mai 2003 die Diagnostik rascher vornehmen und zusätzliche Untersuchungen (insb. der Halsgefässe) durchführen müssen.

6.1 Nach ihrer Ankunft in der Notfallstation des Inselspitals am 17. Mai 2003 wurde die Beschwerdeführerin neurologisch untersucht; als Resultat wurde ein NIHSS von 4 festgehalten («National Institutes of Health Stroke Score»; Behinderungsgrad durch den Schlaganfall; Skala 0-42, wobei 0 «keine Symptome» bedeutet). Um 21.50 Uhr wurde eine CT des Schädels zuerst ohne und dann mit Kontrastmittel sowie zusätzlich eine CT-Perfusion durchgeführt. Die Radiologie erstellte zuhanden der Notfallstation einen CT-

Befund. Gemäss diesem ergab das CT keine Infarktfrühzeichen, zeigte jedoch eine fehlende Kontrastierung der rechten ACI unmittelbar unterhalb der Schädelbasis und ein Perfusionsdefizit im rechten Medialstromgebiet, weshalb von einem Verschluss oder einer hochgradigen Abgangsstenose der ACI auszugehen war. Es ist unbestritten, dass den neurologisch behandelnden Ärzten im Inselspital am Abend des 17. Mai 2003 der CT-Befund nicht vollständig übermittelt wurde bzw. sie diesen nicht vollständig zur Kenntnis nahmen (vorne E. 3.1.1). Sie fällten ihren Entscheid, die Beschwerdeführerin mit Aspirin zu behandeln, ihr ein Nitrodermpflaster zur Blutdrucksenkung anzubringen und sie wenige Stunden später aus Platzgründen («Bettmangel») zu «weiteren Abklärungen» (Klinikeintrittsbericht vom 18.5.2003, act. 36A Ziff. I/1 S. 3) ins Regionalspital B._____ zu verlegen, gestützt auf einen CT-Befund, der keine Hinweise auf eine aktuelle ischämische Läsion enthielt, ohne zu wissen (oder zu berücksichtigen), dass aufgrund der Ergebnisse der CT inkl. Perfusionsmessung von einem Verschluss oder einer hochgradigen Stenose der ACI auszugehen war und ein Perfusionsdefizit bestand. Sie hatten damit keine Kenntnis der prekären Durchblutungsverhältnisse der rechten Hirnhälfte (vgl. Gutachten D._____ Ziff. 3.1 S. 5 f.). Die fehlerhafte oder unvollständige Übermittlung der medizinischen Unterlagen ist der Insel Gruppe AG anzulasten. Es stellt eine Sorgfaltspflichtverletzung dar, dass die behandelnden Ärzte ihren Behandlungsentscheid auf Grundlage einer fehlerhaften bzw. unvollständigen Diagnose fällten (vgl. auch Verfügung Insel Gruppe AG vom 24.3.2016 E. 7.4.2, act. 6C pag. 305-304). Inwiefern sich diese auf die Wahl der Behandlung auswirkte, wird noch im Einzelnen zu beurteilen sein. Es ist jedoch bereits hier festzuhalten, dass das Vorliegen zumindest einer starken Verengung der ACI und die damit einhergehende verminderte Durchblutung in diesem Zusammenhang durchaus von Bedeutung sind (vgl. zur Relevanz mit Blick auf therapeutische Massnahmen [namentlich: Thrombolyse] hinten E. 7.4).

6.2 Zu prüfen ist als nächstes, ob mit weiteren diagnostischen Massnahmen hätte geklärt werden können und müssen, ob ein Verschluss oder (bloss) eine hochgradige Stenose der ACI rechts vorlag.

6.2.1 Im ersten Rechtsgang hielt die Inselspital-Stiftung in ihrer Verfügung fest, dass die Beschwerdeführerin am 17. Mai 2003 im Inselspital auch nach

den damals geltenden Regeln der ärztlichen Kunst weiter hätte untersucht werden müssen. Sie erkannte in der Unterlassung von gebotenen und technisch möglichen Untersuchungen eine Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht (Verfügung vom 24.3.2016 E. 7.4.3 und 8, act. 6C pag. 319-299). Das Verwaltungsgericht bestätigte dies in seinem Urteil (vgl. VGE 2016/131 vom 20.2.2018 E. 4.3 und 4.4.1). In der Verfügung im zweiten Rechtsgang hat die Insel Gruppe AG nun aber erwogen, es sei fraglich, ob am 17. Mai 2003 mit einer CT-angiografischen oder sonografischen Untersuchung der hirnversorgenden Halsgefässe hätte geklärt werden können, ob ein Verschluss oder eine Stenose der ACI vorliege. Der CT-Scan sei gemäss dem Gutachter Prof. K. _____ in der Regel sehr präzise. Wegen der im Befundbericht genannten fehlenden Kontrastierung gehe Prof. K. _____ von einem Verschluss der ACI aus und nicht von einer hochgradigen Stenose. Eine zusätzliche Untersuchung mit «écho-doppler» hätte lediglich einen Verschluss bestätigen können, d.h. einen Befund, der sich aus der durchgeführten Diagnostik ohnehin ergeben habe, da der Gutachter von einem Verschluss der ACI ausgehe. Die diagnostischen Massnahmen hätten somit keinen zusätzlichen Erkenntnisgewinn gebracht, weshalb deren Nichtdurchführen keine Sorgfaltspflichtverletzung darstelle (angefochtene Verfügung E. 5).

6.2.2 Prof. K. _____ hat festgehalten, dass der Befund der CT-Untersuchung vom 17. Mai 2003 es nicht zulasse, mit Sicherheit zwischen einer hochgradigen Stenose oder einem Verschluss zu unterscheiden, jedoch eher für Letzteres spreche (Gutachten K. _____ Ziff. 2.1). Im Ergänzungsgutachten hat er angefügt, dass eine Doppler-Untersuchung (Ultraschalldiagnostik zur Bestimmung von Flussprofil und Flussgeschwindigkeit in Blutgefässen) hätte vorgenommen werden können, um den Verschluss zu bestätigen. Jedoch sei der CT-Scan in der Regel sehr präzise. Im Fall einer hochgradigen Stenose wäre eine Kontrastierung der ACI zu erwarten gewesen, wenn auch mit einer deutlichen Verzögerung (Ergänzungsgutachten K. _____ Ziff. 1). Prof. D. _____ geht grundsätzlich davon aus, dass bei Verdacht auf einen akuten Schlaganfall nach den körperlichen Befunderhebungen oder nach der CT rasch eine CT-Angiografie oder eine Ultraschalluntersuchung der Halsschlagadern erfolgen sollte, so auch im Fall der Beschwerdeführerin. Dadurch hätten die konkreten Durchblutungsverhält-

nisse abgeschätzt werden können, was der Gerichtsgutachter für den Behandlungsentscheid und gegebenenfalls die Durchführung einer Behandlung für relevant erachtet (vgl. Gutachten D._____ Ziff. 3.1 S. 5 f. und Ziff. 3.4.1.5 S. 14; Ergänzungsgutachten II D._____ Ziff. ix S. 6). Mit einer CT-Angiografie oder einer Doppler-Sonografie hätte die Diagnose mit hoher Wahrscheinlichkeit und Verlässlichkeit gestellt werden können (vgl. Gutachten D._____ Ziff. 3.3.2.1 f. S. 8 f.). Auch den verschiedenen früheren Partei- und Verwaltungsgutachten ist zu entnehmen, dass bei einem cerebrovaskulären Ereignis, wie es bei der Beschwerdeführerin am 17. Mai 2003 vorlag, unter anderem eine zeitnahe bzw. notfallmässige Untersuchung der hirnversorgenden Arterien erforderlich sei (vgl. Zusatzgutachten C._____ S. 3 f.; Gutachten E._____ S. 11 f.; Gutachten F._____ Ziff. 3.1.2; Gutachten G._____ S. 2 f.; vgl. auch Gutachten I._____ S. 24, wonach die Untersuchung der Halsgefässe am 18.5.2003 frühmorgens hätte vorgenommen werden müssen, wobei deren Resultat aber keine andere evidenzbasierte Massnahme unmittelbar zur Folge gehabt hätte).

6.2.3 Prof. K._____ hat die Frage der Insel Gruppe AG nicht direkt beantwortet, ob weitere Abklärungen hätten vorgenommen werden müssen, um zu klären, ob bei der Beschwerdeführerin ein Verschluss oder eine hochgradige Abgangsstenose der ACI vorlag. Er hat lediglich CT-Scans als in der Regel sehr präzise bezeichnet und anhand des schriftlichen CT-Befunds einen Verschluss angenommen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass im Befund festgehalten worden wäre, wenn die Bilder der CT-Untersuchung, die Prof. K._____ nicht vorlagen, eher für einen Verschluss gesprochen hätten als für eine hochgradige Stenose. Das ist aber gerade nicht der Fall; vielmehr werden im schriftlichen CT-Befund Verschluss oder hochgradige Stenose als Differenzialdiagnose gleichermassen genannt. Im Fall der Beschwerdeführerin lieferte die CT demnach kein eindeutiges Ergebnis. Die Diagnose war damit am Abend des 17. Mai 2003 nicht klar. Mit zusätzlichen Untersuchungen (CT-Angiografie, Doppler-Sonografie) hätte höchstwahrscheinlich geklärt werden können, ob ein Verschluss oder eine Stenose vorlag, was eine zusätzliche Erkenntnis darstellt. Davon geht auch Prof. K._____ aus, indem er festgehalten hat, eine Doppler-Untersuchung

hätte den (von ihm vermuteten) Verschluss bestätigen können (E. 6.2.2 hier-
vor). Nach Ansicht des Gerichtsgutachters wären die zusätzlichen Untersu-
chungen für die Beschwerdeführerin kaum mit Risiken verbunden gewesen,
insbesondere im Vergleich zum zu erwartenden Nutzen (vgl. Gutachten
D. _____ Ziff. 3.3.2.1 S. 8 f. und Ziff. 3.3.2.2 S. 9; vgl. auch Gutachten
C. _____ S. 8). Genauere Kenntnisse der Verengung der rechten ACI er-
weisen sich im Fall der Beschwerdeführerin nach den nachvollziehbaren
Aussagen des Gerichtsgutachters speziell mit Blick auf den Behandlungs-
entscheid nicht als unbedeutend. Die Klärung der konkreten Durchblutungs-
verhältnisse scheint auch angesichts der Erkenntnisse von Prof. K. _____
relevant, der für einen Verschluss und für eine hochgradige Abgangsstenose
verschiedene Behandlungsansätze empfohlen hat, auch wenn diese seiner
Ansicht nach zum Teil nicht schon am 17. Mai 2003 selber vorzunehmen
waren (vgl. Gutachten K. _____ Ziff. 2.1; hinten E. 7.3). Die Ausführun-
gen in den Gutachten zu den Behandlungsmöglichkeiten werden im Folgen-
den zu würdigen sein, zeigen jedoch, dass die behandelnden Ärzte am
17. Mai 2003 aus einer «ex ante»-Perspektive die Verengung der ACI nicht
nur weiter hätten abklären können, sondern mit Blick auf den nachfolgenden
Behandlungsentscheid auf jeden Fall auch müssen. Der Grund für die unter-
lassenen Untersuchungen könnte in der fehlenden Kenntnis des vollständi-
gen CT-Befunds (Vorliegen einer hochgradigen Stenose oder eines Ver-
schlusses der ACI, Perfusionsdefizit) liegen, braucht hier jedoch nicht weiter
erörtert zu werden.

6.3 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, die gebotenen Dia-
gnosemassnahmen (und in der Folge die entsprechende Behandlung) hät-
ten am Abend des 17. Mai 2003 rascher durchgeführt werden müssen (Stel-
lungnahme vom 30.5.2024, act. 70).

6.3.1 Gemäss Prof. D. _____ hätten die Untersuchung und die Dia-
gnostik nach Eintreffen der Beschwerdeführerin auf der Notfallstation des In-
selspitals wesentlich rascher erfolgen müssen. Er erkennt darin das Grund-
problem der Behandlung der Beschwerdeführerin; sie sei zunächst nicht als
neurologischer Notfall angesehen worden, weshalb viel Zeit verstrichen sei.
Damit sei die bereits 2003 bei akuten Hirnschlägen geltende Regel «Time is

Brain» verletzt worden, wonach Diagnostik und Therapie so rasch als möglich durchzuführen seien, um durch eine wirksame Behandlung Hirngewebe, das noch nicht abgestorben sei (Penumbra), durch Reperfusion (erneute Durchblutung) des Infarktgebiets zu retten. Insbesondere habe durch eine verzögerte Diagnostik das Zeitfenster von drei Stunden nach Symptombeginn für die Behandlung mit einer intravenösen Thrombolyse (vgl. hinten E. 7.4.1) nicht gewahrt werden können. Für eine solche sei unter anderem rechtzeitig eine CT durchzuführen, um eine Blutung ausschliessen zu können (Gutachten D. _____ Ziff. 3.1 S. 5, Ziff. 3.3.3 S. 10, Ziff. 3.4.3 S. 18 und Ziff. 3.7 S. 27 f.; Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.5 S. 10 f.; Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. viii und ix S. 5-7). Prof. K. _____ hat sich mit den zeitlichen Abläufen der diagnostischen Abklärungen am Abend des 17. Mai 2003 nicht auseinandergesetzt, zumal er nicht danach gefragt wurde (vgl. Verfügung Insel Gruppe AG vom 10.10.2018 S. 5 f., act. 6A pag. 47-46). Die Behandlung mit einer intravenösen Thrombolyse hat er allein aufgrund des neurologischen Defizits bei der Beschwerdeführerin am 7. Mai 2003 ausgeschlossen (vgl. hinten E. 7.4.4) und sich folglich auch nicht mit den zeitlichen Limiten für eine solche Behandlung auseinandergesetzt (vgl. Gutachten K. _____ Ziff. 2.3). Jedoch hat er festgehalten, derzeit werde davon ausgegangen, dass nach Ablauf der ersten Stunden nach einem neurologischen Ereignis eine Intervention bei einer komplett verschlossenen Halsschlagader nicht von Nutzen sei (Gutachten K. _____ Ziff. 2.2). Zudem hat er auf die Frage nach den Vorteilen einer Unterbringung im Inselspital statt im Regionalspital B. _____ angefügt, dass ein chirurgischer Eingriff oder das Einsetzen eines Stents nur in den allerersten Stunden nach Auftreten der Symptome infrage kämen (Gutachten K. _____ Ziff. 4.3).

6.3.2 Die Aussagen des Gerichts- und des Verwaltungsgutachters stimmen damit insofern überein, als es laut beiden für bestimmte, wenn auch unterschiedliche Behandlungen bloss ein enges Zeitfenster von drei bzw. von wenigen Stunden nach Auftreten der Symptome des Schlaganfalls gegeben hätte. Entsprechend sind die üblichen diagnostischen Massnahmen bei einem Schlaganfall, insbesondere die neurologische Untersuchung, die CT und gegebenenfalls die Untersuchung der Halsgefässe (vgl. vorne

E. 6.2), so rasch als möglich und vor Ablauf der relevanten Zeitfenster vorzunehmen, um nach Vorliegen der Ergebnisse einen fundierten Behandlungsentscheid treffen zu können. Die Symptome traten bei der Beschwerdeführerin am 17. Mai 2003 um ca. 18.00 Uhr auf. Gemäss der Verfügung der Inselspital-Stiftung im ersten Rechtsgang, die allerdings durch das Verwaltungsgericht aufgehoben wurde, traf die Beschwerdeführerin um 18.30 Uhr in der Notfallstation des Inselspitals ein (vgl. Verfügung vom 24.3.2016 E. 7.2, act. 6C pag. 306, worauf mangels Dokumentation in der Krankengeschichte abzustellen ist). Die CT des Schädels wurde um 21.50 Uhr und damit knapp vier Stunden nach Auftreten der Symptome durchgeführt. Das Zeitfenster von drei Stunden für eine intravenöse Thrombolyse war damit bereits verstrichen (vgl. hierzu hinten E. 7.4). Der Krankengeschichte und den übrigen Akten sind keine Hinweise dazu zu entnehmen, weshalb die CT-Untersuchung nicht früher erfolgte. Der Gerichtsgutachter geht davon aus, dass die Beschwerdeführerin – trotz eines Erstereignisses zehn Tage zuvor – mangels Kenntnis des Perfusionsdefizits gemäss CT-Befund fälschlicherweise nicht als akuter Notfall angesehen und deshalb eine intravenöse Thrombolyse von vornherein nicht in Betracht gezogen worden sei (vgl. Gutachten D. _____ Ziff. 3.7 S. 27 f.; Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.5 S. 10; Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. i S. 2; vgl. auch hiervor E. 6.3.1 und zum Ganzen hinten E. 7.4 f.).

6.3.3 Nach dem Gesagten wurde insbesondere die CT erst nach Ablauf des Zeitfensters für eine intravenöse Thrombolyse durchgeführt. Dies hatte zur Folge, dass Behandlungsoptionen allein aus zeitlichen Gründen nicht mehr in Frage kommen konnten. Die Insel Gruppe AG macht insofern geltend, das Ergebnis der CT sei kein entscheidendes Kriterium für den Behandlungsentscheid gewesen. Die behandelnden Ärzte hätten gestützt auf die körperliche Untersuchung zulässigerweise annehmen dürfen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der leichten und teilweise regredienten Symptome nicht für eine intravenöse Thrombolyse qualifiziere. Somit sei nicht von Bedeutung, dass die Ergebnisse der CT erst nach Ablauf des Zeitfensters für eine intravenöse Thrombolyse vorgelegen hätten. Die zeitlich späte CT stelle keine Sorgfaltspflichtverletzung dar (Schlussbemerkungen Insel Gruppe AG vom 5.9.2024 Rz. 40, act. 76). Dem CT-Befund kam nach Ansicht von Prof. D. _____ im Fall der Beschwerdeführerin indes durchaus

Bedeutung zu für die Wahl der Behandlung (vgl. zur Würdigung dieser Aussagen hinten E. 7.4). Ohnehin lässt sich vor der Durchführung der Schädel-CT, die als bildgebendes Verfahren eine genauere Einordnung des cerebrovaskulären Ereignisses ermöglicht, die Bedeutung der Ergebnisse für die weitere Behandlung kaum zuverlässig abschätzen. Insgesamt entsprach es somit nicht den Regeln der ärztlichen Kunst, die CT erst mehrere Stunden nach Eintreffen der Beschwerdeführerin und nach Ablauf des Fensters für eine intravenöse Thrombolyse durchzuführen.

6.4 Zusammengefasst haben die behandelnden Ärzte im Inselehospital am Abend des 17. Mai 2003 die Diagnose insofern nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst bzw. gewissenhaft vorgenommen, als die CT verspätet durchgeführt, der Befund der CT nicht vollständig übermittelt oder zur Kenntnis genommen und weitere gebotene diagnostische Massnahmen unterlassen wurden. Damit sind in Bezug auf die Diagnose Sorgfaltspflichtverletzungen zu bejahen, was bereits im ersten, mit dem Urteil 2016/131 vom 20. Februar 2018 abgeschlossenen Rechtsgang konstatiert worden ist und im Übrigen von der Insel Gruppe AG damals grundsätzlich auch anerkannt wurde (vgl. E. 4.3 ff., wo u.a. die Insel Gruppe AG zitiert wird, die damals noch eingestanden habe, dass zusätzlich eine Untersuchung der Halsgefässe hätte durchgeführt werden müssen und dies zu unterlassen eine Sorgfaltspflichtverletzung darstelle, die jedoch für den geltend gemachten Schaden nicht kausal gewesen sei). Dies gilt umso mehr, als hier – wie sich nachfolgend ergibt (E. 7) – nicht gesagt werden kann, es sei anschliessend an die (mangelhafte) Diagnose (dennoch) eine «geeignete Behandlung» angeordnet worden (vgl. allgemein vorne E. 5.2).

7. Widerrechtlichkeit: Beurteilung Behandlung

Da Mängel bei der Diagnostik allein noch keine Haftung begründen (vgl. vorne E. 5.2), ist weiter zu prüfen, ob – ausgehend von einer gewissenhaft vorgenommenen Diagnose – die Behandlung der Beschwerdeführerin am Abend des 17. Mai 2003 den Regeln der ärztlichen Kunst entsprach.

7.1 Die Beschwerdeführerin wurde am Abend des 17. Mai 2003 medikamentös mit Aspirin behandelt. Die Insel Gruppe AG hat erwogen, der Entscheid zu dieser Therapie sei vertretbar. Gemäss dem Gutachten von Prof. K. _____ stelle Aspirin bei Vorliegen eines Verschlusses der ACI die korrekte medizinische Behandlung dar («le traitement de premier choix»). Es hätten keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten mit besseren Chancen bestanden. Eine chirurgische Intervention oder das Einsetzen eines Stents sei medizinisch nicht indiziert, sondern risikobehaftet gewesen und hätte mit erheblicher Wahrscheinlichkeit einen Schlaganfall ausgelöst. Bei einem Karotisverschluss bringe eine chirurgische Intervention nach Ablauf der ersten Stunden keinen Nutzen mehr. Das Komplikationsrisiko einer chirurgischen Intervention sei höher einzuschätzen als bei einer Behandlung mit Aspirin (angefochtene Verfügung E. 6.2.1 und 6.3.1). Hingegen sei im Fall einer hochgradigen Stenose der ACI ein chirurgisches Vorgehen oder das Einsetzen eines Stents angezeigt, auch weil das Risiko von Komplikationen in diesem Fall geringer sei als bei einem Verschluss. Der optimale Zeitpunkt sei in der Regel 15 Tage nach dem Auftreten der Symptome. Am 17. Mai 2003 sei eine sofortige und notfallmässige Intervention nicht angezeigt gewesen, da ein sofortiges Vorgehen mit erhöhten Risiken verbunden gewesen wäre. Aufgrund dessen und den Aussagen von Prof. C. _____, wonach das Risiko eines Hirninfarkts bei Vorliegen einer hochgradigen Stenose nicht mit Bestimmtheit quantifiziert werden könne, sei der Behandlungsentscheid am Abend des 17. Mai 2003 nicht pflichtwidrig gewesen, auf eine sofortige chirurgische Intervention bzw. das Einlegen eines Stents zu verzichten und die Beschwerdeführerin medikamentös zu behandeln (angefochtene Verfügung E. 6.2.2 und 6.3.2).

7.2 Bei cerebrovaskulären Ereignissen bestanden 2003 je nach konkreter Diagnose verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, was grundsätzlich unbestritten ist. Im Fall der Beschwerdeführerin stehen laut Verwaltungs- bzw. Gerichtsgutachten die medikamentöse Behandlung mit Aspirin, ein chirurgischer Eingriff (wozu hier die operative Behandlung mittels einer Carotisendarterectomie sowie das Einsetzen eines Stents gezählt werden [vgl. Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.1 S. 11 ff.; Gutachten K. _____ Ziff. 2.1 f.]) sowie die Vornahme einer intravenösen oder intraarteriellen Thrombolyse zur Diskussion. Diese Behandlungsansätze sind im Folgenden

zu prüfen. Da infolge mangelhafter Diagnostik (vgl. vorne E. 6) ungeklärt ist, ob bei der Beschwerdeführerin am 17. Mai 2003 ein Verschluss oder eine hochgradige Stenose der ACI rechts vorlag, ist dabei jeweils auf beide Annahmen einzugehen.

7.3 Zunächst ist ein *chirurgischer Eingriff* zu beurteilen.

7.3.1 Prof. D. _____ hält betreffend Risiken und Chancen eines chirurgischen Eingriffs bei einem Verschluss oder einer hochgradigen Stenose der ACI fest (Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.1.2 und 3.4.2.2 S. 12 bzw. 15 f.):

«Ein chirurgischer Eingriff in der Akutsituation am 17.5. mittels Carotidendarterectomie wäre mit hohem letalen Risiko (ca. 20 %) und dem Risiko von Einblutung in das Infarktareal verbunden gewesen [...].

Der Zeitbedarf für die Vorbereitung dieser Operation wäre beträchtlich gewesen und die zwischenzeitlich zu erwartende Demarkierung des Infarktes vom 17.5. hätte dann voraussichtlich zu einer Einblutung in das Infarktareal geführt.

[...]

Ich sehe keine Chancen in dieser Behandlungsmethode zu diesem Zeitpunkt (siehe auch GA K. _____).

[...] Das Ereignis vom 18.5. wäre durch die Operation wahrscheinlich vermieden worden, jedoch unter Inkaufnahme anderer möglicherweise schwerwiegender Komplikationen.» bzw. «[...] anderer schwerer Komplikationen.»

Gemäss Prof. D. _____ war damit ein chirurgisches Vorgehen am Abend des 17. Mai 2003 nicht angezeigt. – Diese Ausführungen sind klar, schlüssig und nachvollziehbar. Sie stimmen zudem im Ergebnis mit dem Gutachten von Prof. K. _____ überein. Dieser hat festgehalten, dass im Fall einer hochgradigen Stenose der ACI ein chirurgischer Eingriff oder das Einsetzen eines Stents vorzunehmen gewesen wäre. Optimaler Zeitpunkt für diese Behandlung sei 15 Tage nach Auftreten der Symptome. Bei einem notfallmässigen Eingriff sei das Risiko (etwas) erhöht, da davon ausgegangen werde, dass die atheromatöse Plaque (cholesterinhaltige Ablagerungen) in diesem Fall noch instabil sei. Bei hochgradigen Stenosen werde empfohlen, die Plaque medikamentös stabiler zu machen und erst nach einigen Tagen zu operieren oder einen Stent einzusetzen (Gutachten K. _____ Ziff. 2.1; Ergänzungsgutachten K. _____ Ziff. 2.1 f. und 3). Bei der Beschwerdeführerin sei zu beachten, dass sie bereits zehn Tage zuvor ein erstes cerebrovasculäres Ereignis erlitten habe, weshalb in ihrem Fall ein solcher Eingriff

nach einer Frist von mindestens fünf Tagen nach dem (zweiten) Ereignis vom 17. Mai 2003 mit einer guten Sicherheit hätte vorgenommen werden können. Bei einem Verschluss der ACI ist gemäss Prof. K. _____ eine medikamentöse Behandlung mit Aspirin die erste Wahl («le traitement de premier choix»). Bei einem chirurgischen Eingriff oder beim Einsetzen eines Stents bestehe ein relativ hohes Risiko («un risque relativement important») für ein cerebrovasculäres Ereignis. Der Gutachter schätzt das Komplikationsrisiko bei einem Verschluss höher ein als bei einer hochgradigen Stenose (Gutachten K. _____ Ziff. 2.1 f.).

7.3.2 Die Beschwerdeführerin hat in ihrer Beschwerde mit Blick auf das Gutachten K. _____ geltend gemacht, dass der chirurgische Eingriff, wie er am 18. Mai 2003 durchgeführt worden sei, nach den Regeln der ärztlichen Kunst bereits am 17. Mai 2003 hätte vorgenommen werden müssen. Sie hat dazu auf die von ihr eingeholte Stellungnahme von Dr. med. H. _____ verwiesen, wonach sowohl bei einer Stenose als auch bei einem Verschluss der ACI insbesondere im Fall einer transitorisch ischämischen Attacke (TIA) «von einem vorrangig notfallmässigen Soforteingriff» mittels einer Carotiseröffnung profitiert werden könne. Weiter hat sie auf das Parteigutachten von Dr. med. E. _____ abgestellt (vgl. Beschwerde S. 18, 21 und 23), wonach die Vorstufe des Schlaganfalls am 17. Mai 2003 «mit einer zeitgerechten Gefässdiagnostik und PTA [perkutane transluminale Angioplastie] (oder OP) der ACI mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit definitiv therapiert worden wäre» (Gutachten E. _____ S. 18). In ihrer Stellungnahme zum Gutachten D. _____ ist die Beschwerdeführerin auf dessen Ausführungen zu den erheblichen Risiken eines chirurgischen Vorgehens nicht eingegangen. Der blosser Verweis auf ihre früheren Eingaben und von ihr eingereichte Gutachten (vgl. Schlussbemerkungen Beschwerdeführerin vom 5.9.2024, act. 75) stellt keine substantiierte Kritik am Gutachten D. _____ in diesem Punkt dar. Auf dieses ist insofern abzustellen. Prof. D. _____ hat darin auch nachvollziehbar dargelegt, weshalb am Abend des 17. Mai 2003 im Gegensatz zum 18. Mai 2003 ein chirurgischer Eingriff nicht angezeigt war. Er hat dazu ausgeführt, die Situation am 18. Mai 2003 sei völlig anders gewesen, da gegen Mittag ein weiterer, diesmal schwerer Schlaganfall aufgetreten sei und die gegen 16.10 Uhr durchgeführte Untersuchung der Halsgefässe den Verschluss der ACI sowie der ACM rechts nachgewiesen habe.

Die Situation der Beschwerdeführerin sei am 18. Mai 2003 gegenüber dem Vortag wesentlich schlechter gewesen und das Risiko für eine Einblutung höher, da zwischen den beiden Ereignissen über 20 Stunden vergangen seien, in denen der Schlaganfall zu Gewebeveränderungen im Sinn von Nekrosen in der betroffenen Hirnregion geführt habe (Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.1.5 und 3.4.2.5 S. 14 bzw. 17 f.).

7.3.3 Zusammenfassend war gestützt auf die beiden insoweit übereinstimmenden Gutachten D. _____ und K. _____ ein chirurgischer Eingriff am Abend des 17. Mai 2003 mit hohen Risiken verbunden und daher nicht angezeigt. Die behandelnden Ärzte haben vertretbar gehandelt bzw. nicht gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstossen, indem sie einen solchen Eingriff unterliessen.

7.4 Zu prüfen ist weiter, ob die *medikamentöse Behandlung* der Beschwerdeführerin mit Aspirin korrekt war oder ob stattdessen eine Thrombolyse indiziert gewesen wäre, wenn die behandelnden Ärzte im Insepsital diagnostisch nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgegangen wären bzw. die Diagnose gewissenhaft vorgenommen hätten. Eine Thrombolyse kann entweder systemisch (d.h. den ganzen Organismus betreffend) verabreicht (intravenöse Thrombolyse) oder mit einem Gefässkatheter direkt an der Verschlussstelle eingebracht werden (intraarterielle Thrombolyse; vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Auflage 2017, S. 1767 und 1796).

7.4.1 Bezüglich der medikamentösen Behandlung hat Prof. D. _____ in *allgemeiner Hinsicht* sowohl für den Fall einer hochgradigen Stenose als auch eines Verschlusses der ACI Folgendes festgehalten: Die medikamentöse Behandlung mit Aspirin (Acetylsalicylsäure) sei bei einem nicht akuten Schlaganfall bzw. einem Schlaganfall ohne eindeutige zusätzliche Risiken adäquat. Nach Gabe von Aspirin bestehe bei jedem nachfolgenden Eingriff ein erhöhtes Blutungsrisiko. Als Chance der Behandlung mit Aspirin sieht er bei einem Schlaganfall ohne Risikofaktoren, dass es zu einer Stabilisierung kommen könne mit der Möglichkeit, zu einem späteren Zeitpunkt den Verschluss bzw. die hochgradige Stenose der ACI mit einem operativen Eingriff zu beseitigen. Hingegen sei «beim akuten Schlaganfall im sogenannten Lysefenster» die Thrombolyse die «Behandlung der Wahl», sofern keine Ausschlusskriterien vorlägen (Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.1.1 und

3.4.2.1 S. 11 bzw. 15). 2003 hätten zur intravenösen Thrombolyse zahlreiche Daten vorgelegen, die den Vorteil dieser Behandlung bei eher seltenen gravierenden Nebenwirkungen in einem engen Zeitfenster von drei bis maximal sechs Stunden nachwiesen. Auch bezüglich der intraarteriellen Thrombolyse kombiniert mit einer operativen Behandlung hätten damals verschiedene, jedoch keine grösseren Studien vorgelegen, weshalb es sich hierbei um einen individuellen Heilversuch gehandelt hätte. Immerhin sei die intraarterielle Thrombolyse zusammen mit einer operativen Behandlung damals im Inselspital besonders gepflegt und auch wissenschaftlich bearbeitet worden (Gutachten D. _____ Ziff. 3.1 S. 4). Bei einem akuten Schlaganfall und Verfügbarkeit eines Stroke-Teams, das damals im Inselspital bestanden habe (vgl. Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.3 S. 18), hätte grundsätzlich innert drei Stunden und maximal innert sechs Stunden eine intravenöse Thrombolyse zumindest erwogen werden sollen, insbesondere wenn ein Verschluss oder eine hochgradige Stenose der ACI vermutet werde, und zudem «im CT keine Hinweise für einen frischen Infarkt oder eine Blutung bestehen» (mithin: «Ausschluss einer Hirnblutung»). Letzteres stelle eine Kontraindikation für eine intravenöse Thrombolyse dar (Gutachten D. _____ Ziff. 3.1 S. 5; Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/k S. 8 [Zitate]; vgl. dazu auch Gutachten D. _____ Ziff. 3.1 S. 5, wonach laut den «verschiedenen [damaligen] Guidelines [...] nach der neurologischen Befunderhebung und Beurteilung der zeitlichen Abläufe und der Schwere des Schlaganfalles [...] unmittelbar danach oder parallel eine Computertomographie des Schädels ohne und mit Kontrastmittel [erfolgte], speziell zum Ausschluss einer Blutung»).

7.4.2 *Bezogen auf den Fall der Beschwerdeführerin am Abend des 17. Mai 2003* hat Prof. D. _____ ausgeführt, es müsse von einem rezidivierenden (d.h. wiederkehrenden) akuten Schlaganfall ausgegangen werden, da bereits zehn Tage zuvor eine TIA aufgetreten sei (Erstereignis). Angesichts des zweiten cerebrovaskulären Ereignisses am 17. Mai 2003 und damit innert zehn Tagen sei die Situation an diesem Tag speziell gewesen, da von einem erhöhten Risiko für einen weiteren Schlaganfall (mithin: ein Drittereignis) ausgegangen werden müsse. Ein weiterer Schlaganfall sei statistisch am wahrscheinlichsten unmittelbar nach einem erfolgten Schlaganfall (Gutachten D. _____ Ziff. 3.1 S. 5). Die behandelnden Ärzte hätten am Abend

des 17. Mai 2003 die Dringlichkeit der Abklärung der Beschwerdeführerin offensichtlich nicht richtig eingeschätzt und das Zeitfenster für eine intravenöse Thrombolyse verstreichen lassen. Sie hätten fälschlicherweise angenommen, dass die Beschwerdeführerin nicht für eine intravenöse Thrombolyse-Behandlung qualifiziere, indem sie ausschliesslich auf den NIHSS abgestellt hätten, wie sich aus ihrer Befragungen im Rahmen einer früheren Begutachtung ergebe (vgl. Gutachten I. _____ S. 10 Frage 6). Dabei sei ausser Acht gelassen worden, dass die Indikation für eine intravenöse Thrombolyse nicht nur von einem NIHSS zwischen 8 und 22 abhänge, sondern auch Faktoren wie der rezidivierende Schlaganfall und der Nachweis einer Perfusionsstörung mit Verdacht auf Gefässverschluss mitberücksichtigt werden müssten. Für den Entscheid gegen eine Akutbehandlung sei von Bedeutung, dass den Ärzten die Perfusionsergebnisse der ersten CT vom 17. Mai 2003 nicht bekannt gewesen seien. Da die Beschwerdeführerin nicht als Thrombolyse-Kandidatin angesehen worden sei, sei der Schlaganfall am 17. Mai 2003 nicht als absoluter Notfall betrachtet worden (Gutachten D. _____ Ziff. 3.3.3 und 3.4.3 S. 10 bzw. 19 f.). Prof. D. _____ erachtet eine intravenöse Thrombolyse am Abend des 17. Mai 2003 innerhalb eines Intervalls bis drei Stunden nach Symptombeginn als gute Behandlungsmöglichkeit, die mit sehr wenig Komplikationen, namentlich einem geringen Einblutungsrisiko verbunden gewesen wäre. In einem Zeitfenster ab drei bis sechs Stunden nach dem Schlaganfall sei eine intravenöse Thrombolyse im Rahmen einer individuellen Heilbehandlung möglich mit etwas höherem Risiko der Einblutung und auch niedrigerem Nutzen. Eine intraarterielle Thrombolyse kombiniert mit einer operativen Behandlung bei der Beschwerdeführerin am Abend des 17. Mai 2003 bezeichnet der Gutachter ebenfalls als individuelle Heilbehandlung. Die Aussagen gelten sowohl im Fall einer hochgradigen Stenose als auch im Fall eines Verschlusses (Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.1.3 und 3.4.2.3 S. 12 f. bzw. 16 f.). Bei einer hochgradigen Stenose der ACI wäre es zu einer Stabilisierung der Thrombenbildung gekommen, so dass das cerebrovaskuläre Ereignis vom 18. Mai 2003 wahrscheinlich hätte vermieden werden können (Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.2.3 S. 16). Auch bei einem Verschluss der ACI sei eher eine Stabilisierung möglicher Thromben zu erwarten, so dass das Ereignis vom 18. Mai 2003 möglicherweise hätte vermieden werden können (Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.1.3 S. 12 f.). Konkret gefragt nach den Chancen, das

Ereignis vom 18. Mai 2003 zu vermeiden, geht der Gerichtsgutachter von einer hohen Wahrscheinlichkeit aus (vgl. zur Kausalität insb. hinten E. 8.2.1).

7.4.3 Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen hat der Gerichtsgutachter festgehalten, dass die im Inselspital konkret durchgeführte Behandlung der Beschwerdeführerin am Abend des 17. Mai 2003 medizinisch nicht vertretbar gewesen sei (Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.1.5 und 3.4.2.5 S. 13 f. bzw. 17). Zusammengefasst sieht er das Grundproblem der Behandlung darin, dass die Beschwerdeführerin nicht als neurologischer Notfall betrachtet worden sei. Er führt dies namentlich auf die fehlende Kenntnis des Perfusionsdefizits in der rechten Hemisphäre und die Tatsache zurück, dass der TIA zehn Tage zuvor keine Bedeutung für die Diagnostik und Therapie beigegeben worden sei. Damit sei schon frühzeitig auf Therapieoptionen verzichtet worden, insbesondere auf eine intravenöse Thrombolyse innert drei Stunden oder eine intraarterielle Thrombolyse innert sechs Stunden; stattdessen habe die Beschwerdeführerin eine Standardbehandlung mit Aspirin erhalten (Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.3 S. 18). Er spricht von einem «Systemversagen»; die Richtlinien zur Behandlung eines Schlaganfalls, die schon 2003 in zahlreichen Publikationen vorgelegen hätten, seien nicht befolgt worden (Gutachten D. _____ Ziff. 3.7 S. 27; zum Ganzen ebenso die abschliessende Beurteilung in Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.5 S. 10 f., bestätigt in Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. ix S. 6 f.).

7.4.4 Demgegenüber hat Prof. K. _____ sowohl bei einem Verschluss als auch einer hochgradigen Stenose der ACI die der Beschwerdeführerin verabreichte medikamentöse Behandlung mit Aspirin am Abend des 17. Mai 2003 als korrekt bezeichnet (vgl. Gutachten K. _____ Ziff. 2.1 und 2.3; Ergänzungsgutachten K. _____ Ziff. 2.1 und 3). Die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines weiteren Hirnschlags bei der Beschwerdeführerin sei trotz der ihr verabreichten aggregations- bzw. gerinnungshemmenden Behandlung bei einem Verschluss der ACI relativ hoch («relativement important») bzw. bei einer hochgradigen Stenose hoch («important») gewesen, auch in Anbetracht der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin zehn Tage zuvor eine TIA erlitten hatte (Gutachten K. _____ Ziff. 2.4; Ergänzungsgutachten K. _____ Ziff. 2.3). Zu einer Behandlung der Beschwerdeführerin am

17. Mai 2003 mit einer Thrombolyse hält er, unter der Annahme eines Verschlusses der ACI, lediglich Folgendes fest (Gutachten K. _____ Ziff. 2.3):

«Comme la patiente avait eu un épisode de déficit neurologique 10 jours auparavant, une thrombolyse soit par voie intraveineuse ou intra-artérielle ne pouvait pas entrer en ligne de compte.»

Im Ergänzungsgutachten, mit dem Prof. K. _____ Fragen zur Behandlung der Beschwerdeführerin unter der Annahme einer hochgradigen Stenose der ACI beantwortet hat, war eine Thrombolyse als Behandlungsmöglichkeit kein Thema.

7.4.5 Die beiden Sachverständigen Prof. D. _____ und Prof. K. _____ haben sich demnach zur Frage der Behandlung der Beschwerdeführerin mit Aspirin oder einer Thrombolyse unterschiedlich geäußert. Inwiefern welches Gutachten massgebend ist oder nicht, ist durch Würdigung zu klären (vgl. vorne E. 3.2.3). Uneinig sind sich die Gutachter insbesondere bezüglich der Frage, ob eine intravenöse Thrombolyse am 17. Mai 2003 vorzunehmen gewesen wäre, wie es Prof. D. _____ für angezeigt erachtet. Er hält auch eine intraarterielle Thrombolyse für eine gute Behandlungsmöglichkeit, hat eine solche aber klar und durchwegs als individuellen Heilversuch bezeichnet, also als Behandlung, die damals für den Fall der Beschwerdeführerin nicht dem medizinischen Standard entsprach. Den behandelnden Ärzten am Inselspital kann somit nicht vorgeworfen werden, am 17. Mai 2003 bei der Beschwerdeführerin keine intraarterielle Thrombolyse vorgenommen zu haben. Genauer einzugehen ist hingegen auf die Möglichkeit einer intravenösen Thrombolyse. Prof. D. _____ hält eine solche sowohl im Fall einer hochgradigen Stenose als auch im Fall eines Verschlusses der ACI bei der Beschwerdeführerin als indiziert und deren Unterlassen als nicht vertretbar. Seine Ausführungen hierzu sind (gerade auch im Vergleich mit dem Gutachten K. _____; vgl. E. 7.4.6 hiernach) detailliert, differenziert und fundiert. Insbesondere geht er ausführlich auf die konkrete Situation der Beschwerdeführerin am Abend des 17. Mai 2003 ein. Er legt nachvollziehbar dar, weshalb bei der Beschwerdeführerin für den Behandlungsentscheid nicht nur auf den eher leichten Behinderungsgrad aufgrund des cerebrovaskulären Ereignisses (NIHSS 4) abzustellen gewesen wäre, sondern das erste Ereignis vom 7. Mai 2003 und die prekären Durchblutungsverhältnisse

aufgrund des Verschlusses oder der hochgradigen Stenose der ACI am Abend des 17. Mai 2003 weitere Risikofaktoren darstellten, die für den Therapieentscheid hätten mitberücksichtigt werden sollen bzw. müssen. Er hat dies in den Ergänzungsgutachten bestätigt und punktuell (entlang der gestellten zusätzlichen Fragen) weiter präzisiert. So hat er ausgeführt, die Thrombolyse-Indikation hänge nicht (immer) allein vom NIHSS ab, dessen Einstufung subjektiv sei, sondern es hätten zwei weitere Faktoren vorgelegen, die für eine intravenöse Thrombolyse gesprochen hätten: Bei der Beschwerdeführerin habe aufgrund des Verschlussprozesses der ACI und der Tatsache, dass es sich am 17. Mai 2003 um ein Rezidiv einer Ischämie (Verminderung oder Unterbrechung der Durchblutung) handelte, ein erhöhtes Risiko für einen weiteren Schlaganfall bestanden. Eine intravenöse Thrombolyse schütze vor einem Rezidiv und hätte wahrscheinlich auch die «nachgeschaltete Thrombosierung» der ACM rechts verhindern können, die am 18. Mai 2003 am Mittag zum erneuten Schlaganfall geführt habe, dies indem entweder «das frische Gerinnsel stabilisiert wird oder sofern es sich ablöst und die [ACM] rechts zu verschliessen droht, dieses aufzulösen in der Lage ist». Die Gabe von Aspirin habe zwar einen statistisch nachweisbaren, jedoch geringen positiven Effekt im Hinblick auf ein Rezidiv eines Schlaganfalls (Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/d S. 4 f., Ziff. 2.2/e S. 6 und Ziff. 2.5 S. 10; vgl. Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. i S. 2; zur Wirkungsweise einer intravenösen Thrombolyse hinten E. 8.2.3). Wenn der Gerichtsgutachter zudem festgehalten hat, eine intravenöse Thrombolyse hätte am Abend des 17. Mai 2003 zumindest erwogen werden müssen (vgl. Gutachten D. _____ Ziff. 3.1 S. 5; Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. i S. 2), ist darin nicht etwa eine Relativierung dahingehend zu erkennen, dass er den behandelnden Ärzten insoweit einen Ermessensspielraum zugestehen würde. Diese präzisierende Bemerkung hat der Gerichtsgutachter vielmehr jeweils im Zusammenhang mit den verzögerten zeitlichen Abläufen bei der Diagnostik der Beschwerdeführerin angebracht, aufgrund derer eine intravenöse Thrombolyse nicht (genügend) als Behandlungsmöglichkeit in Betracht gezogen wurde. Zudem hat er im zweiten Ergänzungsgutachten – im Anschluss an die bestätigende Gesamtbeurteilung («die im Inselfspital Bern am 17.5.2003 [...] durchgeführte Behandlung war nicht vertretbar») – etwa bemerkt, dass «die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Zeitpunkt

17.5.2003 [...] im vorliegenden Fall keinen Ermessensspielraum für ein Vorgehen wie bei der [Beschwerdeführerin]» belassen (Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. viii S. 6). Aus dem Kontext und seinen übrigen Ausführungen ergibt sich im Übrigen, dass er klar der Meinung ist, dass nach dem «Erwägen» einer intravenösen Thrombolyse der ärztliche Therapieentscheid eben gerade in diesem Sinn hätte ausfallen müssen.

7.4.6 Im Vergleich zum Gutachten D. _____ hat sich Prof. K. _____ bezüglich einer Thrombolyse nur sehr knapp geäussert und nicht weiter erläutert, weshalb die TIA vom 7. Mai 2003 eine intravenöse Thrombolyse am 17. Mai 2003 ausschloss (vgl. vorne E. 7.4.4). Im Übrigen bezog er sich – soweit ersichtlich – nur auf den Fall eines Verschlusses der ACI. In diesem Punkt ist das Gutachten K. _____ nicht ausreichend begründet. Im Gegensatz dazu und entgegen der Ansicht der Insel Gruppe AG hat Prof. D. _____ nachvollziehbar ausgeführt, weshalb die TIA vom 7. Mai 2003 keine Kontraindikation für eine intravenöse Thrombolyse darstellt. Dabei ist zunächst festzuhalten, dass beim Ereignis vom 7. Mai 2003 – anders als die Insel Gruppe AG geltend macht – tatsächlich von einer TIA auszugehen ist. Darunter war damals unstreitig ein cerebrovaskuläres Ereignis zu verstehen, dessen Symptome innert 24 Stunden wieder vollständig verschwunden waren (vgl. Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. i S. 2; Stellungnahme Insel Gruppe AG vom 26.2.2024 Rz. 12, act. 63). Das Ereignis vom 7. Mai 2003 wurde von den behandelnden Ärzten im Inselehospital als TIA diagnostiziert (vgl. Verlaufsbericht Inselehospital vom 20.5.2003 S. 1, act. 36A Ziff. I/1 S. 5). Prof. D. _____ und Prof. K. _____ gehen beide ebenfalls von einer TIA aus (Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. i S. 2; Ergänzungsgutachten K. _____ Ziff. 2.3 und 3). An dieser Diagnose vermag nichts zu ändern, dass im Verlegungsbericht des Inselehospital von «spontaner Regredienz» und nicht von Verschwinden der Symptome die Rede ist, und die Beschwerdeführerin im Regionalspital B. _____ erklärt hat, sie habe sich seit dem Ereignis vom 7. Mai 2003 «nie mehr richtig wohl gefühlt» (vgl. aber Stellungnahme Insel Gruppe AG vom 26.2.2024 Rz. 12, act. 63). An einer Befragung durch Prof. I. _____ hat sie demgegenüber angegeben, die Episode am 7. Mai 2003 habe einige Minuten gedauert, bis das Schwächegefühl vollständig verschwunden gewesen sei (vgl. Gutachten I. _____ S. 14). Wie Prof. K. _____ erkennt die Insel Gruppe AG in der TIA eine

Kontraindikation für eine intravenöse Thrombolyse. Sie macht geltend, gemäss Fachinformation des Medikaments für die Thrombolyse habe 2003 «jeder Hinweis auf früheren Hirnschlag» eine Kontraindikation dargestellt (vgl. Schlussbemerkungen Insel Gruppe AG vom 5.9.2024 Rz. 42, act. 76). Darauf angesprochen, hat Prof. D. _____ ausgeführt, das Medikament Actilyse sei von der Swissmedic 2002 offiziell zugelassen worden, wobei gemäss Fachinformation des Pharmaunternehmens als Kontraindikation «der Hirnschlag oder ein schweres Schädel-Hirn-Trauma innert der letzten 3 Monate genannt» seien; damit aber sei «eine TIA nicht gemeint! Eine stattgehabte TIA ist keine Kontraindikation für eine [intravenöse] Lyse» (Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. vi S. 5). Es gebe keinen Grund, nach einer TIA auf eine intravenöse Thrombolyse zu verzichten, sofern die CT keine Hinweise für einen frischen Infarkt oder eine Blutung ergeben habe. Den Studien und der Literatur habe er nichts Gegenteiliges entnehmen können (vgl. Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/k S. 8; Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. vi S. 5; vgl. auch Gutachten D. _____ Ziff. 3.1 S. 5, wonach Frühzeichen eines frischen Schlaganfalls im CT eine Kontraindikation gegen eine intravenöse Thrombolyse gewesen wären; vgl. zu dieser – hier aber unstrittig nicht zur Diskussion stehenden Kontraindikation vorne E. 7.4.1). Diese zusätzlichen Erläuterungen des Gutachters, weshalb eine TIA keine Kontraindikation darstellt, erscheinen dem Gericht nachvollziehbar und schlüssig, weshalb darauf und nicht auf die sehr knappe und nicht belegte Aussage von Prof. K. _____ abzustellen ist.

7.4.7 Die Insel Gruppe AG ist aus weiteren Gründen der Ansicht, auf das Gutachten D. _____ könne nicht abgestellt werden. Sie kritisiert, der Gutachter bewerte den Behandlungsentscheid der Ärzteschaft des Inselspitals, auf eine intravenöse Thrombolyse zu verzichten, aus heutigem Blickwinkel. Gleiches gelte für die Interpretation der im Mai 2003 bekannten Studien und Literatur. Es liege ein Rückschaufehler vor. Damals habe bei Patientinnen und Patienten mit leichten Schlaganfällen und einem NIHSS von unter 5-8 hinsichtlich der Behandlung mittels intravenöser Thrombolyse keineswegs ein gefestigter Konsens bestanden. Die damals bestehenden Studienergebnisse hätten nicht auf soliden wissenschaftlichen Grundlagen beruht und hätten vertretbarerweise auch anders und zurückhaltender interpretiert werden

dürfen. Das damals nicht abschliessend geklärte Schadensrisiko (Einblutungsrisiko) habe bei leichten Hirninfarkten höher bewertet werden dürfen als der bei leichten Hirninfarkten damals wie heute nicht nachgewiesene Nutzen der intravenösen Thrombolyse. Die Insel Gruppe AG verweist hierbei auf medizinische Stellungnahmen von Dr. med. M. _____, Facharzt Neurologie und beratender Arzt der Haftpflichtversicherung der Insel Gruppe AG, der unter anderem verschiedene, von Prof. D. _____ zitierte Studien und Artikel aus Fachzeitschriften analysiert habe. Zudem würden zwei 2024 erschienene Studien bestätigen, dass bisher und damit auch im Mai 2003 der Nutzen einer intravenösen Thrombolyse bei leichten Schlaganfällen (NIHSS \leq 5) nicht nachgewiesen (gewesen) sei. Im zweiten Ergänzungsgutachten habe Prof. D. _____ seine Aussagen dahingehend relativiert, dass die Arbeiten aus den Jahren 2000 bis 2003 das Bewusstsein für die Rolle der intravenösen Thrombolyse «geschärft» hätten. Die Empfehlungen der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft von 1998 hätten im Mai 2003 weiterhin formal gegolten. Nach diesen sei der NIHSS massgebend für die Indikationsstellung einer intravenösen Thrombolyse. Der Gerichtsgutachter weiche davon scheinbar ab, wenn er festhalte, es hätte auf zwei weitere Aspekte (Ereignis vom 7.5.2003 und Unklarheit des CT-Befundes) abgestellt werden müssen. Der Gutachter lege nicht dar, weshalb und inwiefern diesen Aspekten gegenüber den Empfehlungen von 1998 Vorrang zukomme. Die entsprechende Frage nach weiteren Faktoren für eine Indikation nebst dem NIHSS habe er nicht überzeugend und nachvollziehbar beantwortet. Er räume damit indirekt ein, dass beim Behandlungsentscheid für oder gegen eine intravenöse Thrombolyse jedenfalls bei einem NIHSS von weniger als 8 ein breites ärztliches Ermessen bestanden habe bei der Bewertung weiterer Faktoren. Die Auffassung des Gutachters widerspiegeln bloss dessen persönliche subjektive Einschätzung. Im Übrigen sei der Ärzteschaft im Inselhospital das Ereignis vom 7. Mai 2003 bekannt gewesen, weshalb davon auszugehen sei, dass diesem beim Behandlungsentscheid Rechnung getragen worden sei (vgl. insb. Stellungnahme Insel Gruppe AG vom 1.7.2024 und Schlussbemerkungen vom 5.9.2024, act. 72 und 76).

7.4.8 Angesprochen auf die Kritik der Insel Gruppe AG hat Prof. D. _____ zusammengefasst Folgendes festgehalten: 1998 habe eine «ad

hoc Kommission» im Auftrag des Vorstands der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft und der Konferenz der Chefärzte der Schweizerischen Neurologischen Kliniken erste Regeln für die Akutbehandlung des Schlaganfalls mittels intravenöser Thrombolyse publiziert. Diese seien bei dem damaligen Kenntnisstand sehr restriktiv ausgefallen und hätten eine Applikation innerhalb eines Zeitfensters von drei Stunden bei mittelschwerem und schwerem Schlaganfall (NIHSS zwischen 8 und 22) vorgesehen, sofern keine Kontraindikationen vorlagen. In den folgenden Jahren hätten zahlreiche Studien betreffend die Behandlung des akuten Schlaganfalls zu einem grenzüberschreitenden Konsens über Perspektiven und Regeln der Notfallbehandlung des Hirnschlags geführt. Die im Mai 2003 auch für die Schweiz relevanten Guidelines, die sich in allen Eckpunkten von Diagnostik und Behandlung einig seien, stammten aus Publikationen verschiedener Arbeitsgruppen, der American Stroke Association und der European Stroke Initiative, welche die Empfehlungen von 1998 ergänzt und erweitert hätten. Bezüglich der spezifischen Therapie von akuten Hirnschlägen habe ein Konsens bestanden, dass nach Durchführung einer CT und unter Berücksichtigung verschiedener Ausschlusskriterien eine intravenöse Thrombolyse in einem Zeitfenster bis maximal drei Stunden zu prüfen sei; ausserhalb dieses Zeitfensters sei eine intravenöse Thrombolyse als individuelle Heilbehandlung anzusehen. Für Personen mit schweren Schlaganfällen (NIHSS > 22) sei wegen des grossen Blutungsrisikos von der Behandlung abgeraten worden, nicht hingegen bei leichteren Folgeschädigungen (NIHSS ≤ 8); eine NIHSS-Untergrenze sei nicht gezogen worden. Entscheidend sei die Frage, ob eine bleibende Behinderung durch die Thrombolyse-Therapie vermieden werden könne (Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.1 S. 1 ff.). Die Guidelines der European Stroke Initiative und der American Stroke Association hätten zu einer wesentlich besseren Nutzen-Risiko-Abschätzung beigetragen. Die entsprechenden Inselspital-internen Richtlinien zur Behandlung akuter Schlaganfälle seien aus den verschiedenen aktenkundigen Dokumenten ersichtlich, unter anderem aus einer Publikation [eines] Oberarztes zusammen mit zwei Professoren des Inselspitals (vgl. act. 6B pag. 204-202). Für den Fall der Beschwerdeführerin würden die Studien keine alternative medikamentöse Akuttherapie aufzeigen. Die Behandlung mit Aspirin habe zwar einen statistisch nachweisbaren, jedoch geringen positiven Effekt im Hinblick auf ein Rezidiv eines Schlaganfalls (Ergänzungsgutachten I

D._____ Ziff. 2.1 S. 3 und Ziff. 2.2/b-d S. 4 f.). Direkte Vergleichsstudien von Aspirin und intravenöser Thrombolyse sind dem Gutachter nicht bekannt. Allerdings gebe es Studien, die nachweisen würden, dass gerade auch bei Schlaganfallpatientinnen und -patienten mit einem NIHSS ≤ 9 der höchste Prozentsatz von Patientinnen und Patienten mit günstigem «Outcome» beobachtet worden sei (Ergänzungsgutachten I D._____ Ziff. 2.2/g S. 6; vgl. Ergänzungsgutachten II D._____ Ziff. v S. 4). Insgesamt würden ausführliche Studien zeigen, dass mit einer intravenösen Thrombolyse in einem Zeitfenster bis drei Stunden ein deutlich besseres «Outcome» erreicht werde als bei einer Vergleichsgruppe. Die Hauptkomplikation einer Einblutung trete etwas häufiger auf als bei der Vergleichsgruppe, nicht aber Todesfälle. Als Fazit hält Prof. D._____ fest, die Vorteile der Behandlung würden die Nachteile klar überwiegen; es sei nachgewiesen worden, dass die intravenöse Thrombolyse einen entscheidenden Vorteil für Patientinnen und Patienten mit akutem Hirnschlag bedeute (Ergänzungsgutachten I D._____ Ziff. 2.2/h S. 6 f.; vgl. Ergänzungsgutachten II D._____ Ziff. iv S. 4). Im Übrigen sei ein «leichter Schlaganfall», wie die Insel Gruppe AG das cerebrovaskuläre Ereignis am 17. Mai 2003 werte, nicht einheitlich definiert. Das Abstellen auf einen NIHSS von 0-5, wie in der von Dr. med. M._____ zitierten Publikation, sei zwar eine Möglichkeit. Die Bestimmung des NIHSS sei aber subjektiv. Er selber habe die bei der Beschwerdeführerin vorliegende Behinderung durch eine Beinparese in die Bewertung einfließen lassen, auch wenn im Übermittlungsbericht von einer teilweisen Regredienz der Symptome gesprochen werde, zumal keine Dokumentation des Aufnahmebefunds und des Verlaufs der Parese auf der Notfallstation des Inselspitals vorliege. Daneben würden aber auch weitere Faktoren beeinflussen, wie die Schwere des Schlaganfalls und die Indikation zu einer intravenösen Thrombolyse einzuschätzen seien. Im Fall der Beschwerdeführerin seien dies das Erstereignis vom 7. Mai 2003 und die nicht wahrgenommene Perfusionsminderung der rechten Hemisphäre gewesen (Ergänzungsgutachten II D._____ Ziff. i S. 1 f.; Ergänzungsgutachten I D._____ Ziff. 2.2/d S. 4). Die zeitlichen Abläufe auf der Notfallstation des Inselspitals am 17. Mai 2003 zeigten, dass eine intravenöse Thrombolyse «schon initial» nicht erwogen worden sei, da sonst die CT-Bildgebung zügiger, und nicht nach Ablauf des Zeitfensters von drei Stunden durchgeführt worden wäre (Ergänzungsgutachten II D._____ Ziff. i S. 2).

7.4.9 Anders als die Insel Gruppe AG hat Prof. D. _____ die Datenlage im Mai 2003 als genügend eingeschätzt, um bei der Beschwerdeführerin eine intravenöse Thrombolyse als indiziert zu erachten. Er hat im Gutachten und in den Ergänzungsgutachten auf verschiedene damals vorliegende Studien und Publikationen betreffend die Behandlung von Schlaganfällen verwiesen, die im Vergleich zu den Empfehlungen der Fachgesellschaft für Neurologie von 1998 zu einer wesentlich besseren Nutzen-Risiko-Abschätzung beigetragen hätten (Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/c S. 5). Die Interpretation von Studien und Publikationen bzw. die Anwendung der Erkenntnisse auf den konkreten Fall ist Sache des neutralen Sachverständigen. Das Gericht kann insofern mangels Fachkenntnissen keine eigenen Aussagen treffen, sondern stützt sich grundsätzlich auf die Ausführungen des Gerichtsgutachters. Diese sind ohne Weiteres nachvollziehbar. Die unterschiedliche Einschätzung des Stands der Wissenschaft im Mai 2003 scheint namentlich darin begründet, dass die Insel Gruppe AG allein aufgrund des NIHSS 4 von einem leichten Schlaganfall ausgeht, womit gemäss den Empfehlungen von 1998 keine Indikation für eine intravenöse Thrombolyse bestanden habe. Sie erwähnt diesbezüglich auch den Hinweis im Verlegungsbericht, dass die Symptome der Beschwerdeführerin «teilweise regredient» gewesen seien (vgl. Schlussbemerkungen Insel Gruppe AG vom 5.9.2024 Rz. 40, act. 76). Die Parese des linken Beines wird in diesem als «im Verlauf langsam regredient» bzw. «spontan partiell rückgebildet» bezeichnet (vgl. Verlegungsbericht S. 1). Genauer wird der Rückgang nicht erfasst und in der Krankengeschichte des Inselspitals ist kein tieferer NIHSS vermerkt. Vor diesem Hintergrund überzeugt die Beurteilung des Gerichtssachverständigen, wonach dem beschriebenen Rückgang der Symptome keine entscheidende Rolle beizumessen sei (vgl. Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/d S. 4 f.). Prof. D. _____ hat zudem nachvollziehbar dargelegt, dass gestützt auf die bessere Kenntnis des Nutzen-Risiko-Verhältnisses in Notfallsituationen 2003 aufgrund neuerer Studien, die keine NIHSS-Untergrenze gezogen hätten, für die Thrombolyse-Indikation nicht allein auf diesen Wert abzustellen war. Unter diesen Umständen ist plausibel, wenn nach der differenziert und nachvollziehbar dargelegten Beurteilung des Gerichtsgutachters über den Behinderungsgrad hinaus im konkreten Fall für die Einschätzung der Schwere des Schlaganfalls zwei weitere Faktoren (TIA vom 7.5.2003 und Perfusionsdefizit in der rechten Hemisphäre) hätten

berücksichtigt werden müssen. Die gerichtsgutachterliche Beurteilung leuchtet ohne weiteres ein, dass für den Behandlungsentscheid betreffend intravenöse Thrombolyse nicht nur auf einen einzigen Wert und damit eine «Einstufung» abzustellen, die (ohnehin) «subjektiv ist» (Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/d S. 4; konkret auf die klinische Untersuchung von Dr. med. N. _____, Assistenzarzt, der am 17.5.2003 die Beschwerdeführerin behandelt hatte), sondern die Gesamtsituation zu betrachten und eine umfassende Risikoanalyse vorzunehmen war. Diesbezüglich ist erwähnenswert, dass Prof. K. _____ seinerseits eine Thrombolyse zwar als kontraindiziert erachtete, nicht aber (allein) aufgrund des NIHSS von 4. Prof. D. _____ hat primär aufgrund der zwei weiteren Risikofaktoren die Situation im Inselspital am Abend des 17. Mai 2003 als akuten Schlaganfall und das Risiko für einen weiteren Schlaganfall als klar erhöht bezeichnet. Aufgrund dieser Umstände war bereits im Zeitpunkt der Behandlungssituation – und nicht erst in Kenntnis des Ereignisses vom 18. Mai 2003 –, trotz (oder ungeachtet) eines NIHSS von 4, von einem akuten Notfall auszugehen. Dieser hätte mit dem Gerichtsgutachter entsprechend dem damaligen Stand der medizinischen Wissenschaft und internen Richtlinien des Inselspitals – nach weiteren diagnostischen Massnahmen – im Rahmen einer Betreuung durch das Stroke-Team mit einer intravenösen Thrombolyse im massgeblichen Zeitfenster (d.h. bis spätestens 21.00 Uhr) behandelt werden müssen, gefolgt von einer Überwachung auf einer Intermediate Care Station (IMC); «stattdessen wurde die Patientin [...] nach B. _____ verlegt» (Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. i und iv S. 2 und 3 f. sowie Ziff. viii und ix S. 5 f.). Es steht fest, dass das Inselspital bereits damals gerade für derartige neurologische Diagnosen und Behandlungen entsprechend fachärztlich und organisatorisch aufgestellt (und dafür auch bekannt) war. Zwar wurde erst später eine vollständig etablierte Stroke-Unit aufgebaut, immerhin bestand aber bereits ein Stroke-Team, das «öffentlich den Anspruch erhob, eine führende Rolle in der Schlaganfallbehandlung in der Schweiz zu spielen» (Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.3 S. 18; vgl. nur etwa die Studie Akuttherapie des ischämischen Hirnschlags im Inselspital, in Ärztemagazin Inselspital Frühjahr 2004, verfasst vom [...] Oberarzt Dr. med. [...], zusammen mit Prof. [...] und Prof. [...], auszugsweise enthalten in act. 6B pag. 204-202). Zumin-

dest dies stellt auch die Insel Gruppe AG nicht grundsätzlich in Frage. Anders als diese geltend macht, kann nach dem Gesagten keine Rede von einem Rückschaulfehler sein.

7.4.10 Weiter ist entgegen der Insel Gruppe AG nicht zu erkennen, dass Prof. D._____ seine Aussagen in den Ergänzungsgutachten relativiert hätte. Dies ergibt sich insbesondere nicht aus seiner Erklärung, dass die Arbeiten aus den Jahren 2000 bis 2003 das Bewusstsein für die Rolle der intravenösen Thrombolyse «geschärft» hätten (vgl. vorne E. 7.4.7), zumal er anfügte, es habe nachgewiesen werden können, dass die intravenöse Thrombolyse einen entscheidenden Vorteil für Personen mit akutem Hirn-schlag bedeute (Ergänzungsgutachten II D._____ Ziff. iv S. 4). Der Gerichtsgutachter hat auch die zusätzlichen Fragen, namentlich zu den weiteren zu berücksichtigenden Faktoren, überzeugend und schlüssig beantwortet. Er hat stets betont, dass nebst dem (subjektiven) NIHSS der Verschluss oder die hochgradige Verengung der ACI und das damit zusammenhängende Perfusionsdefizit sowie die TIA vom 7. Mai 2003 (vgl. vorne E. 3.1.1, 6.1, 7.4.2 f. und 7.4.8) zu berücksichtigen gewesen wären, um den Fall der Beschwerdeführerin diagnostisch richtig zu erfassen und damit den nach den Regeln der ärztlichen Kunst gebotenen Behandlungsentscheid fällen zu können (intravenöse Thrombolyse im Lysefenster von drei Stunden, gerechnet ab 18.00 Uhr). Der Gerichtsgutachter hat zudem klar festgehalten, dass das Unterlassen einer intravenösen Thrombolyse am 17. Mai 2003 nicht vertretbar war, was er in den Ergänzungsgutachten bestätigt hat. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern er den behandelnden Ärzten im konkreten Fall einen Ermessensspielraum zugestehen würde (das Gegenteil ist der Fall, vgl. vorne E. 7.4.5) oder dies gestützt auf die Ausführungen der Insel Gruppe AG hätte tun müssen. Die behandelnden Ärzte hätten aufgrund der erwähnten Risikofaktoren erkennen müssen, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um einen akuten Schlaganfall mit erhöhtem Risiko handelte, weshalb nicht eine medikamentöse Therapie durch Gabe von Aspirin (die zwar einen «statistisch nachweisbaren, jedoch geringen positiven Effekt im Hinblick auf die Sekundärprophylaxe, d.h. ein Rezidiv eines Schlaganfalles, [hatte]»; Ergänzungsgutachten I D._____ Ziff. 2.2/d S. 5), sondern in Form einer intravenösen Thrombolyse mit Folgeüberwachung angezeigt gewesen wäre. Das Perfusionsdefizit haben die behandelnden Ärzte sorgfaltswidrig nicht zur

Kenntnis genommen (vorne E. 6.1). Die TIA vom 7. Mai 2003 war ihnen zwar bekannt; sie haben sie aber angesichts des Ausschlusses einer intravenösen Thrombolyse bloss gestützt auf den NIHSS nicht korrekt als Risikofaktor gewürdigt. Inwiefern es sich bei den Ausführungen des Gerichtsgutachters bloss um dessen subjektive Einschätzung handeln soll, die für das Inselspital als Universitätsspital mit Stroke-Team nicht gilt, ist nicht ersichtlich. Jedenfalls bezogen auf den vorliegenden Fall nichts Gegenteiliges kann die Insel Gruppe AG auch aus einer Studie aus dem Jahr 2024 ableiten, wonach der Nutzen einer intravenösen Thrombolyse bei leichten Schlaganfällen (NIHSS ≤ 5) bisher nicht habe nachgewiesen können: Wie Prof. D. _____ schlüssig ausgeführt hat, erscheint eine Arbeit von 2024 zur Beurteilung der Behandlung im Mai 2003 grundsätzlich ungeeignet (vgl. Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. v S. 4; vgl. auch hinten E. 8.2.4). Er hat in diesem Zusammenhang unter anderem auf eine Studie von 1999 verwiesen, die leichte Hirnschläge (NIHSS 0-9) untersucht habe und bei Personen mit einer Thrombolyse-Behandlung einen deutlich höheren Prozentsatz mit gutem «Outcome» gezeigt habe als bei Patientinnen und Patienten mit Placebo-Behandlung. Zudem sei die Einteilung der Schwere des Schlaganfalls 2003 offensichtlich unsicher und subjektiv gewesen und seien bei der Beschwerdeführerin zusätzlich die beiden erwähnten Risikofaktoren nicht berücksichtigt worden; auch deshalb könne die Arbeit von 2024 keine Aussage für den vorliegenden Fall machen (Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. v und vii S. 4 f.). Insgesamt vermag die Insel Gruppe AG mit ihrer Kritik die Ausführungen von Prof. D. _____ bezüglich Thrombolyse nicht ernsthaft in Zweifel zu ziehen.

7.5 Nach dem Gesagten sind keine triftigen Gründe ersichtlich, bei der Frage der Vertretbarkeit der Behandlung am 17. Mai 2003 von der nachvollziehbaren und vollständigen Einschätzung des Gerichtsgutachters abzuweichen. Solche ergeben sich auch nicht aus früheren (Partei-)Gutachten, die sich in den Akten befinden und mit denen sich Prof. D. _____ (ebenfalls) auseinandergesetzt hat (vgl. Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.3 S. 19 f.). Gestützt auf das Gerichtsgutachten ist den Ärzten im Inselspital bei der Wahl der Behandlung am Abend des 17. Mai 2003 vorzuwerfen, dass sie – nebst einer sorgfältigen und zeitgerechten Diagnostik, die das Vorliegen eines akuten Schlaganfall-Notfalls offenbart hätte (vgl. vorne E. 6 und 7.4.9) – keine

intravenöse Thrombolyse vorgenommen haben, mit anschliessender Betreuung auf der IMC (zusammenfassend: Gutachten D._____ Ziff. 3.7 S. 27 f.). Insoweit ist eine Sorgfaltspflichtverletzung bei der Behandlung zu bejahen, die zu jener bei der Diagnostik hinzukommt (vgl. vorne E. 6). Dies gilt sowohl für den Fall eines Verschlusses als auch einer hochgradigen Stenose der ACI rechts. Die Haftungsvoraussetzung der Widerrechtlichkeit ist damit gegeben.

7.6 Bei diesem Ergebnis erübrigen sich Erörterungen im Zusammenhang mit dem Fehlen der Originale der radiologischen Bilder der CT-Untersuchungen. Das Verwaltungsgericht hat versucht, die Bilder bei den Parteien erhältlich zu machen (vgl. Verfügung vom 7.12.2022, act. 30). Die Originale blieben jedoch unauffindbar (vgl. Beschwerdeantwort Rz. 24; Eingabe Beschwerdeführerin vom 14.4.2023, act. 43). Die Parteien sind sich uneinig, wer dafür verantwortlich ist und was die Folgen davon sind (vgl. Beschwerde S. 16 und 23; Beschwerdeantwort Rz. 24). Fehlende oder verschwundene Unterlagen können eine Dokumentationspflichtverletzung darstellen und Beweiserleichterungen nach sich ziehen (vgl. statt vieler BGE 141 III 363 E. 5; BGer 4A_550/2018 vom 29.5.2019 E. 4.1 f.). Dies gilt ebenso bei einer von Grund auf lückenhaften Führung der Krankengeschichte, wie sie hier möglicherweise ohnehin vorliegt (vgl. dazu Ergänzungsgutachten I D._____ Ziff. 2.5 S. 10, wo der Gerichtsgutachter Folgendes festhält: «Eine aus gutachterlicher Sicht wesentliche Frage, wieso es nach Einweisung der [Beschwerdeführerin] auf den Notfall des Inselspitals derartig lange Zeit benötigte, bis die neben der neurologischen Untersuchung entscheidende Untersuchung, das CT des Schädels durchgeführt wurde, bleibt unklar, da in den Akten keinerlei Unterlagen zur Behandlung [...] auf dem Notfall dokumentiert sind [Überwachung u.ä.], ausgenommen das Überweisungsschreiben der Notfallstation nach B._____»). Nachdem hinsichtlich der Behandlung der Beschwerdeführerin am 17. Mai 2003 sowohl unter der Annahme eines Verschlusses als auch einer hochgradigen Stenose der ACI rechts selbst ohne Beweiserleichterungen eine Sorgfaltspflichtverletzung zu bejahen ist, erübrigen sich jedoch weitere Erörterungen in Zusammenhang mit der gerügten Dokumentationslücke. Es ist zudem nicht ersichtlich, inwiefern jedenfalls die Originale der CT-Bilder zu weiteren entscheidwesentli-

chen Erkenntnissen führen könnten, zumal dem Gerichts- und dem Verwaltungsgutachter die Beantwortung der Fragen auch ohne die CT-Bilder möglich war.

7.7 Die Beschwerdeführerin macht sodann Sorgfaltspflichtverletzungen geltend im Zusammenhang mit der Anwendung eines Nitrodermpflasters zur Blutdrucksenkung und der Verlegung ins Regionalspital B._____ nach Mitternacht. Vor dem Hintergrund der bereits festgestellten Sorgfaltspflichtverletzung bei der Wahl der Behandlung und mit Blick auf die nachfolgenden Ausführungen zur Kausalität (vgl. hinten E. 8.4) erübrigen sich Weiterungen dazu.

8. Haftungsvoraussetzung Kausalzusammenhang

8.1 Der Kausalzusammenhang muss gegeben sein zwischen dem pflichtwidrigen Verhalten und dem Schaden. Die natürliche Kausalität besteht, wenn das schädigende Verhalten (d.h. das fehlerhafte ärztliche Verhalten) eine notwendige Bedingung für den eingetretenen Schaden ist, d.h. das fragliche Verhalten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch der eingetretene Erfolg entfielen (BGE 143 II 661 E. 5.1.1, 133 III 462 E. 4.4.2; BVR 2011 S. 97 E. 4.1 am Ende, 2007 S. 203 E. 5.1.1; VGE 2015/81 vom 21.3.2016 E. 5.1). Bei einer Schädigung durch Unterlassung denkt man hypothetisch das positive rechtmässige Alternativverhalten hinzu und prüft im Sinn einer sog. retrospektiven Prognose, ob der Schaden nach allgemeiner Lebenserfahrung auch bei dieser Verlaufshypothese mit Sicherheit oder überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten wäre (hypothetische Kausalität; vgl. BGE 148 II 73 E. 3.3, 141 IV 71 E. 8.1, 133 V 14 E. 9.2 [Pra 97/2008 Nr. 11]; BVR 2014 S. 297 E. 5.2, 2011 S. 200 E. 5.1, 2007 S. 203 E. 5.1.1; VGE 2016/45 vom 17.5.2018 E. 6.1). Nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gilt ein Beweis als erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen. Es genügt, wenn das in Frage stehende Verhalten mindestens mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Ursache des

Erfolgs bildete. Nicht hinreichend ist jedoch die blossе Möglichkeit einer Verursachung. Die Möglichkeit, dass es sich auch anders verhalten könnte, schliesst die überwiegende Wahrscheinlichkeit zwar nicht aus, darf aber für die betreffende Tatsache weder eine massgebende Rolle spielen noch vernünftigerweise in Betracht fallen (vgl. BGE 140 III 610 E. 4.1, 132 III 715 E. 3.1, 130 III 321 E. 3.3; BGer 4A_295/2022 vom 16.12.2022 E. 6.3; BVR 2011 S. 97 E. 4.2.3, 2007 S. 203 E. 5.1.1; VGE 2016/45 vom 17.5.2018 E. 6.1).

8.2 In der Folge ist zu prüfen, ob ein hypothetischer Kausalzusammenhang besteht zwischen der am Inselspital am 17. Mai 2003 widerrechtlich unterlassenen intravenösen Thrombolyse und dem Schlaganfall am Mittag des 18. Mai 2003, aufgrund dessen die Beschwerdeführerin unstrittig in Person und Vermögen geschädigt worden ist (vgl. vorne E. 4.2). Der Verwaltungsgutachter Prof. K._____ hat wie erwähnt eine intravenöse Thrombolyse als Behandlungsmöglichkeit ausgeschlossen und sich folglich nicht zu deren Auswirkungen auf das Ereignis vom 18. Mai 2003 geäussert, weshalb für die Kausalität primär das Gerichtsgutachten beizuziehen ist, soweit es einer Würdigung standhält.

8.2.1 Auf die Frage des Gerichts, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Schlaganfall vom 18. Mai 2003 hätte vermieden oder abgemildert werden können, hat Prof. D._____ sowohl für den Fall einer hochgradigen Stenose als auch eines Verschlusses festgehalten, dass eine intravenöse Thrombolyse am 17. Mai 2003 eine gute Behandlungsmöglichkeit gewesen wäre, wobei das Ereignis vom Folgetag «mit hoher Wahrscheinlichkeit» hätte vermieden werden können (Gutachten D._____ Ziff. 3.4.1.3 und 3.4.2.3 S. 13 bzw. 16; Ergänzungsgutachten I D._____ Ziff. 2.2/d S. 4). Nur in scheinbarem Widerspruch dazu stehen die Äusserungen von Prof. D._____, wonach es mit einer Thrombolyse bei einer hochgradigen Stenose der ACI zu einer Stabilisierung der Thrombenbildung gekommen wäre, so dass das cerebrovaskuläre Ereignis vom 18. Mai 2003 «wahrscheinlich» hätte vermieden werden können, und auch bei einem Verschluss der ACI eher eine Stabilisierung möglicher Thromben zu erwarten gewesen sei, so dass das Ereignis vom 18. Mai 2003 «möglicherweise» hätte vermieden werden können (Gutachten D._____ Ziff. 3.4.1.3 und 3.4.2.3 S. 12 bzw. 16).

Die Antworten beziehen sich auf die Frage nach den Risiken einer intravenösen Thrombolyse bei Anwendung in einem Zeitfenster sowohl bis drei Stunden als auch ab drei bis sechs Stunden nach Symptombeginn. Zur eingangs erwähnten spezifischen Frage nach der Wahrscheinlichkeit hat sich der Gerichtsgutachter kohärent, schlüssig und nachvollziehbar geäußert. Zudem hat er seine Einschätzung in den Ergänzungsgutachten bestätigt. So hat er unter Hinweis auf verschiedene Publikationen festgehalten, ein NIHSS von 4 (oder 3) im vorliegenden Fall sei ein die Beschwerdeführerin behindernder Zustand gewesen, der durch eine intravenöse Thrombolyse mit hoher Wahrscheinlichkeit erfolgreich hätte behandelt werden können. Eine intravenöse Thrombolyse schütze vor einem Rezidiv und hätte wahrscheinlich auch die nachgeschaltete Thrombosierung der ACM rechts verhindern können, die am 18. Mai 2003 zum erneuten Schlaganfall geführt habe (Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/d S. 4 f.). Schon vor 2003 habe es verschiedene wissenschaftliche Publikationen gegeben, die den Nutzen einer intravenösen Thrombolyse gerade im Hinblick auf die Vermeidung von Rezidiven nachgewiesen hätten (Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/f S. 6). Studien hätten gezeigt, dass im Allgemeinen eine intravenöse Thrombolyse in einem Zeitfenster von drei Stunden zu einem deutlich besseren «Outcome» bezüglich Rezidiv und Behinderung der betroffenen Personen führe als bei Personen einer Vergleichsgruppe ohne Thrombolyse-Behandlung (Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/h S. 6 f.). Auch in den Gesamtkontext des Gerichts- und der beiden Ergänzungsgutachten gesetzt und gewürdigt, vermag diese gutachterliche Beurteilung, die bei der Beurteilung einer unterlassenen Behandlung gezwungenermassen hypothetisch und in diesem Sinn per se spekulativ ist, ohne Weiteres zu überzeugen.

8.2.2 Anders als die Insel Gruppe AG geltend macht, ist nicht zu erkennen, dass der Gerichtsgutachter im zweiten Ergänzungsgutachten seine frühere Einschätzung, dass eine intravenöse Thrombolyse vor einem Rezidiv schütze und die Thrombosierung der ACM hätte verhindert werden können, relativiert hätte: Konfrontiert mit der Kritik der Insel Gruppe AG daran, hat er auf verschiedene Studien verwiesen, die gezeigt hätten, dass eine Behandlung mit einer intravenösen Thrombolyse einen entscheidenden Vorteil für Personen mit akutem Hirnschlag bedeute bzw. dass bei Personen mit leich-

ten Hirnschlägen (NIHSS 0-9) und Thrombolyse-Behandlung der Prozentsatz mit gutem «Outcome» deutlich höher sei als bei Placebo-Behandlung (Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. v S. 4). Zwar hat er im Zusammenhang mit einer Frage nach der Wirkungsweise einer intravenösen Thrombolyse auch festgehalten, es bleibe spekulativ, inwieweit die Thrombolyse die Beschwerdeführerin vor dem Ereignis am 18. Mai 2003 geschützt hätte (vgl. Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. vii S. 5). Der Gerichtsgutachter hat damit seine Ausführungen zur Wahrscheinlichkeit, den erneuten Schlaganfall am 18. Mai 2003 bzw. den hierauf bei der Beschwerdeführerin eingetretenen Schaden zu verhindern, indes nicht zurückgenommen, sondern bringt zum Ausdruck, dass gestützt auf die dargelegten Studienergebnisse eine Aussage für den konkreten Fall nur hypothetisch möglich ist, was in der Natur der Sache begründet liegt (vgl. auch hiervor E. 8.2.1 am Ende). So hat er bereits im ersten Ergänzungsgutachten ausgeführt, dass eine Voraussage, ob eine intravenöse Thrombolyse auch bei der Beschwerdeführerin zu einem deutlich besseren «Outcome» geführt hätte, «nur statistisch angenommen werden» könne (Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/j S. 7 f.). Er hat damit deutlich gemacht, dass eine gesicherte Aussage zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach einer intravenösen Thrombolyse am 17. Mai 2003 nicht möglich ist, was aber selbstredend auch nicht verlangt werden kann. Um den hypothetischen Kausalzusammenhang zu bejahen, genügt vielmehr eine überwiegende Wahrscheinlichkeit. Diese hat der Gerichtsgutachter bejaht und seine dahingehende Einschätzung im zweiten Ergänzungsgutachten nicht etwa verneint (oder relativiert), sondern bestätigt. Dass er dies bewusst differenziert getan hat, zeigt auch ein Vergleich mit seiner Beurteilung der Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Ereignisses vom 18. Mai 2003 mit und ohne Anwendung eines Nitrodermpflasters oder Verlegung nach B. _____. Diesbezüglich hat Prof. D. _____ festgehalten, dass das Pflaster «eine Hirnschädigung mit Wahrscheinlichkeit verschlimmert haben [dürfte]», das Ausmass sich aber nicht quantifizieren lasse (vgl. Gutachten Ziff. 3.5.3 S. 22; Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.3/a und c S. 9 f.). Selbst bei einer «Unterbringung auf einer Normalstation [des Inseospitals und nicht <auf der IMC>] wären die Chancen auf Vermeidung des Schlaganfalles vom 18.5. ebenfalls besser [gewesen] als im Regionalspital», «eine Wahrscheinlichkeit [könne] hier [aber] nicht angegeben werden» (Gutachten D. _____ Ziff. 3.6.2 f. S. 25). Er hat

damit jeweils klar festgehalten, wie zuverlässig er zur Wahrscheinlichkeitsbeurteilung Angaben machen konnte.

8.2.3 Die Insel Gruppe AG bringt weiter vor, die hypothetische Kausalität sei mit Blick auf die Wirkungsweise einer intravenösen Thrombolyse zu verneinen. Diese bestehe darin, bestehende Thromben aufzulösen und nicht die Bildung neuer Thromben zu verhindern. Gerichts- und Verwaltungsgutachter seien übereinstimmend davon ausgegangen, dass das schädigende Ereignis vom 18. Mai 2003 durch den Verschluss der ACM verursacht worden sei, der am Abend des 17. Mai 2003 noch nicht vorgelegen habe und folglich mit einer intravenösen Thrombolyse nicht hätte aufgelöst werden können. Das Unterlassen der intravenösen Thrombolyse sei damit nicht ursächlich für das schädigende Ereignis vom 18. Mai 2003. Die Ausführungen des Gerichtsgutachters, eine intravenöse Thrombolyse hätte den Kollateralkreislauf der Hirnarterien verbessert, seien für den vorliegenden Fall nicht relevant, da keine Hinweise bestünden, dass am 17. Mai 2003 Hirnarterien durch Blutgerinnsel verstopft gewesen wären (Stellungnahme Insel Gruppe AG vom 1.7.2024 Rz. 20 ff., act. 72; Schlussbemerkungen Insel Gruppe AG vom 5.9.2024 Rz. 36 und 43 f., act. 76). Betreffend den Kollateralkreislauf der Hirnarterien hat Prof. D._____ gestützt auf eine Studie ausgeführt, dass Patientinnen und Patienten mit einem Verschlussprozess der ACI und einer Perfusionsstörung im Gebiet der ACM von einer intravenösen Thrombolyse «bezüglich Outcome profitierten», allein schon durch die Verbesserung der Kollateralversorgung des betroffenen Hirngewebes über den arteriellen Gefässkranz an der Schädelbasis (Ergänzungsgutachten II D._____ Ziff. ii S. 3). Demnach hätte eine intravenöse Thrombolyse das Perfusionsdefizit im Bereich der am 18. Mai 2003 verschlossenen ACM vermindern können, das am Abend des 17. Mai 2003 nachweislich bereits bestand, von den behandelnden Ärzten jedoch nicht zur Kenntnis genommen wurde (vgl. Ergänzungsgutachten II D._____ Ziff. vii S. 5). Entgegen der Insel Gruppe AG ist somit die Stärkung des Kollateralkreislaufs im vorliegenden Fall nicht ohne Bedeutung. Zur Wirkungsweise der intravenösen Thrombolyse hat der Gerichtsgutachter im ersten Ergänzungsgutachten festgehalten, eine intravenöse Thrombolyse schütze vor einem Rezidiv und hätte wahrscheinlich auch die nachgeschaltete Thrombosierung der ACM rechts verhindern können, die am 18. Mai 2003 mittags zum erneuten Schlaganfall

geführt habe (Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/d S. 4 f.). Bei einem Gerinnsel distal (d.h. weiter entfernt vom Herzen) der Stenose bzw. des Verschlusses könne eine intravenöse Thrombolyse sehr wirksam sein, indem das frische Gerinnsel stabilisiert werde oder sofern es sich ablöse und die ACM rechts zu verschliessen drohe, dieses aufzulösen in der Lage sei (Ergänzungsgutachten I D. _____ Ziff. 2.2/e S. 6). Das Gericht hat Prof. D. _____ die Kritik der Insel Gruppe AG bzw. von Dr. med. M. _____ vorgehalten, wonach eine intravenöse Thrombolyse nicht die Bildung neuer Thromben verhindere und auch bestehende Gerinnsel nicht stabilisiere, sondern lediglich instabil machen soll, damit sie sich auflösen. Auf die Frage, ob er seine früheren Ausführungen, wonach eine intravenöse Thrombolyse vor einem Rezidiv schütze, bestätige oder er sie ergänzen, präzisieren oder relativieren möchte, hat der Gerichtsgutachter sich folgendermassen geäussert: Die Argumentation zur Wirkungsweise einer intravenösen Thrombolyse bei intravaskulärer Gerinnselbildung sei interessant, greife jedoch zu kurz. Aus verschiedenen Studien sei schon 2003 bekannt gewesen, dass eine Stenose der ACI in den meisten Fällen durch eine Thrombolyse nicht rekanalisiert werde, dass jedoch kein erhöhtes Risiko für ein schlechteres «Outcome» erwartet werden müsse. Zudem werde durch die Thrombolyse der Kollateralkreislauf der Hirnarterien deutlich verbessert und eine etwaige zusätzliche Stenose oder ein Verschluss der ACM mit höherer Wahrscheinlichkeit rekanalisiert. Er fügt an, er hätte im Gutachten und ersten Ergänzungsgutachten deutlich machen sollen, dass mit «Stabilisierung» eine Stabilisierung der Durchblutung und nicht primär des Thrombus gemeint sei. Eine intravenöse Thrombolyse am 17. Mai 2003 hätte zwar mit grosser Wahrscheinlichkeit die ACI nicht rekanalisiert, aber sie hätte die im Perfusions-CT nachgewiesene Verminderung der Durchblutung im Versorgungsgebiet der ACM verbessert und so zu einer Stabilisierung geführt (Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. vii S. 5). Er geht damit auf die Kritik der Insel Gruppe AG ein und erläutert, was er mit «Stabilisierung» gemeint hat, nimmt aber seine übrigen Aussagen zur Wirkung der intravenösen Thrombolyse nicht zurück. Dies ist auch nicht darin zu erkennen, dass der Gerichtsgutachter «kein erhöhtes Risiko für ein schlechteres Outcome» erwartet. Er bezieht sich dabei auf den Fall, dass die Thrombolyse die ACI nicht rekanalisieren kann, und fügt an, dass durch die Thrombolyse daneben auch der Kollateralkreislauf deutlich verbessert und eine etwaige zusätzliche Stenose oder

ein Verschluss der ACM mit höherer Wahrscheinlichkeit rekanalisiert werde. Insgesamt erkennt er also deutliche Vorteile bei einer intravenösen Thrombolyse mit Aufnahme auf die IMC und Betreuung durch das Stroke-Team, selbst wenn die Stenose bzw. der Verschluss der ACI dadurch nicht hätte rekanalisiert werden können. Dr. med. M. _____ hält er ferner überzeugend entgegen, die «Bedeutung einer [intravenösen Thrombolyse] für die Perfusion und Lyse des nachgeschalteten Verschlusses der [ACM] bei bestehender Stenose oder Verschluss der [ACI] [...] nicht gewürdigt [zu haben]» (Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. ix S. 6). Nach dem Gesagten stellen die Erläuterungen in den Ergänzungsgutachten zur Wirkungsweise der intravenösen Thrombolyse die Aussage des Gerichtsgutachters nicht infrage, dass eine intravenöse Thrombolyse vor einem Rezidiv schütze. Ebenso wenig sind sie geeignet, Zweifel an der Schlüssigkeit der gerichtsgutachterlichen Beurteilung zu wecken, dass eine intravenöse Thrombolyse innerhalb des dreistündigen Lysefensters (mit Folgeüberwachung auf der IMC) das schädigende Ereignis vom Folgetag mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte vermeiden können (vorne E. 8.2.1 f.).

8.2.4 Sodann kann die Insel Gruppe AG aus dem Hinweis auf Studien aus dem Jahr 2024 nichts zu ihren Gunsten ableiten: Diese Studien seien 2003 zwar nicht bekannt gewesen, würden aber bestätigen, dass bei leichten Schlaganfällen eine intravenöse Thrombolyse keinen Nutzen bringe. Weiter wiesen sie darauf hin, dass bislang und somit auch im Jahr 2003 keine verlässlichen Daten über die Wirksamkeit einer intravenösen Thrombolyse bei leichten Schlaganfällen vorgelegen hätten. Die gegenteilige Auffassung von Prof. D. _____ sei unhaltbar (Stellungnahme Insel Gruppe AG vom 1.7.2024 Rz. 30 ff., act. 72). Eine der Studien hat die Insel Gruppe AG erst nach Schliessung des Beweisverfahrens beigebracht, weshalb sie aus den Akten gewiesen wurde und nicht zu berücksichtigen ist (vgl. Verfügung vom 5.7.2024, act. 73). Ohnehin kann für die Beurteilung der Situation im Mai 2003 grundsätzlich nicht auf Studien von 2024 abgestellt werden. Wie bereits dargelegt, ist auch der Gerichtsgutachter der Ansicht, dass aus der sich in den Akten befindlichen Studie von 2024 keine Schlüsse gezogen werden können für die Indikation zur intravenösen Thrombolyse am 17. Mai 2003, da die Beurteilung des Schweregrads des Schlaganfalls damals unsicher

und subjektiv gewesen sei und bei der Beschwerdeführerin ohnehin zusätzliche Risikofaktoren vorgelegen hätten (vgl. vorne E. 7.4.10 mit Verweisen; Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. v und vii S. 4 f.). Bezüglich der Wirkung einer intravenösen Thrombolyse verweist er seinerseits auf verschiedene Studien, die 2003 vorgelegen hätten (vgl. Ergänzungsgutachten II D. _____ Ziff. iv-v und vii S. 3 f. und 5) und die für die notwendige «ex ante»-Beurteilung aussagekräftiger sind als eine Studie von 2024.

8.3 Zusammengefasst ist gestützt auf die schlüssigen und nachvollziehbaren Aussagen des Gerichtsgutachters davon auszugehen, dass mit einer intravenösen Thrombolyse am Abend des 17. Mai 2003 das Ereignis vom 18. Mai 2003, aufgrund dessen die Beschwerdeführerin in Person und Vermögen geschädigt worden ist, mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte vermieden werden können. Die Insel Gruppe AG vermag an diesen Ausführungen mit ihren Einwänden keine ernsthaften Zweifel zu erwecken. Es ist daher im Sinn eines hypothetischen Kausalverlaufs davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin am Abend des 17. Mai 2003, wenn sie entsprechend dem damaligen Stand der medizinischen Wissenschaft und internen Richtlinien des Inselspitals rasch und sorgfältig untersucht worden wäre, im Rahmen einer Betreuung durch das Stroke-Team mit einer intravenösen Thrombolyse im massgeblichen Zeitfenster (d.h. bis spätestens 21.00 Uhr) hätte behandelt werden müssen, gefolgt von einer Überwachung. Wäre dies erfolgt, hätte sie am 18. Mai 2003 gegen Mittag mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen weiteren Schlaganfall erlitten, der den erwähnten Schaden (vgl. vorne E. 4.2, hinten E. 9) verursachte. Der Kausalzusammenhang zwischen der unterlassenen intravenösen Thrombolyse und dem Schaden ist somit zu bejahen.

8.4 Gemäss dem Gerichtsgutachter hätte eine intravenöse Thrombolyse weiter dazu geführt, dass die Beschwerdeführerin nicht nach Mitternacht nach B. _____ verlegt, sondern im Inselspital auf eine Überwachungsstation aufgenommen worden wäre. Folglich wäre ihr wohl auch kein Nitrodermpflaster appliziert worden, das zur Blutdrucksenkung für den Transport eingesetzt wurde (vgl. Gutachten D. _____ Ziff. 3.4.1.3 S. 13, Ziff. 3.4.2.3 S. 16, Ziff. 3.4.3 S. 18 f., Ziff. 3.6 S. 22 ff. und Ziff. 3.7 S. 27; vgl. auch Gutachten K. _____ Ziff. 4.2). Gemäss Prof. D. _____ seien sich die

früheren Gutachter grundsätzlich einig, dass eine Verlegung für das «Outcome» der Beschwerdeführerin ungünstig gewesen sei (Gutachten D._____ Ziff. 3.6.5 S. 26). Gerichts- und Verwaltungsgutachter gehen jedoch davon aus, dass diese Faktoren für das Ereignis vom 18. Mai 2003 wahrscheinlich «von nachgeordneter Bedeutung» waren (Gutachten D._____ Ziff. 3.4.3 S. 18 f.) bzw. keine Schlüsselrolle spielten (Gutachten K._____ Ziff. 4.2). Darauf braucht nach dem vorne Ausgeführten indessen nicht weiter eingegangen zu werden.

9. Haftungsvoraussetzung immaterieller Schaden (Genugtuung)

9.1 Das Zusprechen einer Genugtuung setzt neben den vorne geprüften Haftungsvoraussetzungen (amtliche Handlung, Widerrechtlichkeit, Kausalität) voraus, dass bei der verletzten Person ein immaterieller Schaden (sog. seelische Unbill) von einer gewissen Schwere vorliegt (vgl. vorne E. 2.2). Die immaterielle Unbill kann insbesondere in körperlichen oder seelischen Schmerzen als Folge der erlittenen Körperverletzung bestehen (vgl. BGE 129 IV 22 E. 7.2 [Pra 92/2003 Nr. 132]; Landolt/Herzog-Zwitter, Arzthaftungsrecht, 2015, § 8 Rz. 634). Die Beschwerdeführerin ist aufgrund des erneuten Schlaganfalls am 18. Mai 2003 gegen Mittag seither halbseitig gelähmt und pflegebedürftig (vgl. Schlussbemerkungen Beschwerdeführerin vom 5.9.2024 S. 2 f., act. 75). Es steht ausser Frage, dass sie aufgrund der schweren gesundheitlichen Folgen des Schlaganfalls auch psychisch stark belastet war und ist. Die erlittene seelische Unbill erreicht damit eine Schwere, die den Ausgleich durch eine angemessene Genugtuung dem Grundsatz nach klar rechtfertigt.

9.2 Im Ergebnis ist die Insel Gruppe AG gegenüber der Beschwerdeführerin damit haftpflichtig. Sie hat ihr eine angemessene Genugtuung zu leisten. Das vorinstanzliche Verfahren war förmlich nicht auf die Grundsatzfrage der Haftung beschränkt, bezog sich aber inhaltlich nur auf die Haftungsvoraussetzungen der Widerrechtlichkeit und Kausalität, welche die Vorinstanz verneinte. Es ist nicht Sache des Verwaltungsgerichts, als erste Instanz über die Höhe der Genugtuung zu entscheiden (vgl. VGE 2023/178 vom 30.10.2023 E. 1.2, 20628/21271 vom 4.12.2006 E. 12.1). Die Haftung der

Insel Gruppe AG ist daher dem Grundsatz nach zu bejahen und die Sache ist zur Festsetzung einer angemessenen Genugtuung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

9.3 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahin gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 30. März 2020 aufgehoben (Rechtsbegehren 1) und die Sache im Sinn der Erwägungen zur Festsetzung einer angemessenen Genugtuung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird (Eventualbegehren). Im Übrigen (Zusprechung Teilgenugtuung, Rechtsbegehren 2) ist die Beschwerde abzuweisen. Der Vollständigkeit halber ist sodann darauf hinzuweisen, dass das Verwaltungsgericht nicht zuständig ist für die Beurteilung allfälliger strafrechtlicher Vorwürfe des Amtsmissbrauchs gegenüber der Insel Gruppe AG (vgl. Beschwerde S. 7 und Replik S. 5), weshalb darauf nicht weiterinzugehen ist.

10. Kosten

10.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens dringt die Beschwerdeführerin mit ihren Rechtsbegehren nur teilweise durch. Nach der Praxis des Verwaltungsgerichts ist indes im Kostenpunkt von einem vollumfänglichen Obsiegen auszugehen, sofern bei Vorliegen eines reformatorischen (Haupt-)Antrags ein Rückweisungsentscheid ergeht und die infolge Rückweisung vorzunehmende Neuurteilung – wie hier – noch zu einer vollständigen Gutheissung des Begehrens führen kann (BVR 2020 S. 455 E. 5.1, 2016 S. 222 E. 4.1; Ruth Herzog, in Herzog/Daum [Hrsg.], Kommentar zum bernischen VRPG, 2. Aufl. 2020, Art. 108 N. 6). Die Beschwerdeführerin ist insofern als vollständig obsiegend zu betrachten. Entsprechend sind die Kosten für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht der unterliegenden Insel Gruppe AG, die in ihren Vermögensinteressen betroffen ist, aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 und 2 VRPG). Mit Blick auf die Komplexität der Angelegenheit und den überdurchschnittlichen Aufwand des Gerichts (insb. sehr komplexes und zeitintensives Instruktionsverfahren) ist die Pauschalgebühr oberhalb des (regulären) Höchstansatzes des gesetzlichen Rahmentarifs von Fr. 300.-- bis Fr. 7'000.-- auf Fr. 12'000.-- festzulegen (vgl. Art. 51 Bst. a i.V.m. Art. 6 Abs. 1 des Dekrets vom 24. März 2010 betreffend die Verfahrenskosten und

die Verwaltungsgebühren der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft [Verfahrenskostendekret, VKD; BSG 161.12]). Zu den Verfahrenskosten gehören neben der Pauschalgebühr für den ordentlichen Verfahrensaufwand auch die Kosten für das eingeholte Gerichtsgutachten und die zwei Ergänzungsgutachten (vgl. Art. 103 Abs. 1 VRPG und Art. 2 Abs. 1 VKD; Ruth Herzog, a.a.O., Art. 103 N. 1). Von den Gerichtsbehörden beauftragte Sachverständige werden gemäss Art. 58 VKD nach Zeitaufwand entschädigt (Abs. 1). Der Ansatz richtet sich nach den erforderlichen Fachkenntnissen und der Schwierigkeit der Leistung, bei freiberuflich tätigen Sachverständigen in der Regel nach den branchenüblichen Ansätzen oder nach Vereinbarung (Abs. 2). Die Entschädigung wird in der Regel aufgrund der von der sachverständigen Person eingereichten Honorarnote festgesetzt (Abs. 3). Besteht eine Steuerpflicht, so wird die Mehrwertsteuer zusätzlich zur Entschädigung vergütet (Abs. 4). Der Gerichtsgutachter macht einen Zeitaufwand von insgesamt 76 Stunden geltend (Gutachten: 38 Stunden [act. 52A], Ergänzungsgutachten I: 23 Stunden [act. 58], Ergänzungsgutachten II: 15 Stunden [act. 68A]). Er überlässt es dem Gericht, einen angemessenen Stundenansatz festzulegen. Dieser wird auf Fr. 150.-- bestimmt, was eine Entschädigung von Fr. 11'400.-- ergibt. Eine Mehrwertsteuerpflicht besteht nicht.

10.2 Die Insel Gruppe AG hat zudem der Beschwerdeführerin die Parteikosten für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht zu ersetzen (Art. 108 Abs. 3 i.V.m. Art. 104 Abs. 1 VRPG). Mit Blick auf den in der Sache gebotenen, überdurchschnittlichen Zeitaufwand, die überdurchschnittliche Bedeutung der Streitsache und die (klar) überdurchschnittliche Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostennote des Rechtsvertreters vom 16. September 2024 nicht zu beanstanden (vgl. act. 79A). Namentlich rechtfertigt sich hier ein Zuschlag nach Art. 16 i.V.m. Art. 9 der Verordnung vom 17. Mai 2006 über die Bemessung des Parteikostenersatzes (Parteikostenverordnung, PKV; BSG 168.811) auf das maximale Honorar von Fr. 11'800.-- gemäss Art. 11 Abs. 1 PKV, da das Verfahren aufgrund des aufwändigen Beweisverfahrens und der zahlreichen Eingaben besonders viel Zeit und Arbeit beanspruchte (vgl. hierzu auch die Parteikostenermittlung des Rechtsvertreters der Insel Gruppe AG, Kostennote vom 16.9.2024, act. 78A). Die Beschwerdeführerin hat zudem eine Rechnung ihres medizinischen Beraters Dr. med.

E. _____ eingereicht (act. 75A), den sie für das Verfahren habe beziehen müssen. Die Kosten des Beraters seien ihr ebenfalls zu entschädigen (vgl. Schlussbemerkungen vom 5.9.2024 S. 3, act. 75). Ein Anspruch auf Ersatz der Kosten für ein Privatgutachten im Verwaltungsjustizverfahren (hier: Kosten für Beratung durch eine medizinische Fachperson) kommt nur ausnahmsweise in Betracht, wenn die Privatexpertise wesentliche neue Erkenntnisse gebracht und zu einer grundlegenden Änderung der bisherigen Betrachtungsweise geführt bzw. wenn sich wegen ihr ein neutrales Gutachten erübrigt hat (BVR 2011 S. 430 E. 5.3.2; BGer 1C_302/2021 vom 25.1.2022 E. 3.3; Ruth Herzog, a.a.O., Art. 104 N. 23). Eine solche Ausnahmesituation liegt hier nicht vor, weshalb insofern keine Kosten zu sprechen sind.

11. Rechtsmittelbelehrung

Rückweisungsentscheide gelten nach der Regelung des Bundesgerichtsgesetzes als Zwischenentscheide. Sie können nur unter den Voraussetzungen von Art. 93 Abs. 1 BGG mit dem in der Hauptsache zur Verfügung stehenden Rechtsmittel, hier mit der Beschwerde in Zivilsachen, selbständig angefochten werden (statt vieler BGE 144 V 280 E. 1.2, 140 V 282 E. 2 mit Hinweisen).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird dahin gutgeheissen, dass die Verfügung der Insel Gruppe AG vom 30. März 2020 aufgehoben und die Sache zur weiteren Behandlung im Sinn der Erwägungen an die Vorinstanz zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. a) Die Kosten des Verfahrens vor dem Verwaltungsgericht, bestimmt auf eine Pauschalgebühr von Fr. 12'000.-- und Beweiskosten von Fr. 11'400.--, ausmachend Fr. 23'400.--, werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

b) Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 5'000.-- wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht, bestimmt auf Fr. 22'744.30 (inkl. Auslagen und MWSt), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen:
 - Beschwerdeführerin
 - Beschwerdegegnerin

Der Abteilungspräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Eröffnung beim Bundesgericht, 1000 Lausanne 14, Beschwerde in Zivilsachen gemäss Art. 39 ff., 72 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden. Der Streitwert im Sinn von Art. 51 ff. i.V.m. Art. 74 Abs. 1 Bst. b BGG erreicht Fr. 30'000.--.