

BVGer C-242/2011 vom 1. März 2013

Bundesverwaltungsgericht, 2013-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-242_2011

FR: TAF C-242/2011 du 1 mars 2013

IT: TAF C-242/2011 del 1 marzo 2013

Regeste

Leistungsstreitigkeiten zwischen Versicherungsträgern

Erwägungen

E. 2

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

E. 2.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Gemäss Art. 1 Abs. 2 lit. c UVG kommt im Verfahren um geldwerte Streitigkeiten zwischen Versicherern das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) nicht zur Anwendung. Dabei finden nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln in formellrechtlicher Hinsicht mangels anderslautender Übergangsbestimmungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (BGE 130 V 1 E. 3.2).

E. 2.2

In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (BGE 130 V 329 E. 2.3). Da vorliegend die Leistungscoordination zwischen der Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die Ansprüche der Versicherten aus den Unfällen vom 24. August 2001 und 4. September 2002 strittig ist, sind vorliegend das UVG und die UVV in der im entsprechenden Zeitpunkt gültig gewesenen Fassung anwendbar.

E. 2.3

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG). 3.1 Nach der Rechtsprechung kommt die bundesamtliche Verfügungszuständigkeit nach Art. 78a UVG in all jenen geldwerten Streitigkeiten zum Tragen, in denen ein Unfallversicherer, der gegenüber dem anderen Unfallversicherer keine Weisungsbefugnis besitzt, das BAG anruft, damit dieses über die streitige Zuständigkeit entscheide (BGE 127 V 176 E. 4d, 125 V 324 E. 1b). Dieser Rechtsweg steht namentlich dann offen, wenn ein negativer Kompetenzkonflikt zwischen zwei Versicherern über die Leistungspflicht bezüglich eines Schadensereignisses vorliegt oder wenn ein Versicherer von einem anderen Versicherer Rückerstattung von gegenüber dem Versicherten erbrachten Leistungen verlangt (BGE 127

V 176 E. 4d). Nach der Rechtsprechung ist der negative Kompetenzkonflikt grundsätzlich auf dem Rechtsweg nach Art. 78 UVG (in Kraft bis 31. Dezember 2002, aufgehoben durch Anhang Ziff. 12 ATSG) und Art. 78a UVG zu lösen, wenn in Bezug auf ein bestimmtes Schadensereignis die Person des nach UVG leistungspflichtigen Versicherers umstritten ist, nicht hingegen grundsätzlich Bestehen und Umfang der Leistungspflicht (Urteile des BGer U 255/01 vom 28. Mai 2003 E. 1.2 und U 187/02 vom 24. September 2002 E. 2.3).

3.2 Vorliegend verlangt die Beschwerdegegnerin von der Beschwerdeführerin die (teilweise) Rückvergütung von gegenüber der Versicherten erbrachten Leistungen, weshalb das sachlich und funktionell zuständige BAG zu Recht auf Gesuch der Beschwerdegegnerin eine entsprechende Verfügung erlassen hat.

4.1 Gemäss Art. 77 Abs. 1 UVG erbringt derjenige Versicherer die Leistungen, bei dem die Versicherung zur Zeit des Unfalles bestanden hat. Bei Nichtberufsunfällen erbringt derjenige Versicherer die Leistungen, bei dem der Verunfallte zuletzt auch gegen Berufsunfälle versichert war (Art. 77 Abs. 2 UVG). Der Bundesrat ordnet die Leistungspflicht und das Zusammenwirken der Versicherer bei einem erneuten Unfall, namentlich wenn er zum Verlust paariger Organe oder zu anderen Änderungen des Invaliditätsgrades führt (Art. 77 Abs. 3 lit. b UVG). Gestützt auf Art. 77 Abs. 3 UVG hat der Bundesrat Art. 100 UVV erlassen, welcher die Leistungspflicht bei erneutem Unfall wie folgt regelt: Wenn der Versicherte erneut verunfallt, während er wegen eines versicherten Unfalles noch behandlungsbedürftig, arbeitsunfähig und versichert ist, so muss der bisher leistungspflichtige Versicherer auch die Leistungen für den neuen Unfall erbringen (Art. 100 Abs. 1 UVV). Verunfallt der Versicherte während der Heilungsdauer eines oder mehrerer Unfälle, aber nach der Wiederaufnahme einer versicherten Tätigkeit, erneut und löst der neue Unfall Anspruch auf Taggeld aus, so erbringt der für den neuen Unfall leistungspflichtige Versicherer auch die Leistungen für die früheren Unfälle. Die anderen beteiligten Versicherer vergüten ihm diese Leistungen, ohne Teuerungszulagen, nach Massgabe der Verursachung; damit ist ihre Leistungspflicht abgegolten. Die beteiligten Versicherer können untereinander von dieser Regelung abweichende Vereinbarungen treffen, namentlich wenn der neue Unfall wesentlich geringere Folgen hat als der frühere (Art. 100 Abs. 2 UVV). Erleidet ein aus einem früheren Unfall Rentenberechtigter einen neuen Unfall und führt dieser zu einer Änderung des Invaliditätsgrades, so muss der für den zweiten Unfall leistungspflichtige Versicherer sämtliche Leistungen ausrichten. Der für den ersten Unfall leistungspflichtige Versicherer vergütet dem anderen Versicherer den Betrag, der dem Barwert des Rentenanteils, ohne Teuerungszulagen, aus dem ersten Unfall entspricht. Damit ist seine Leistungspflicht abgegolten (Art. 100 Abs. 3 UVV).

4.2 Art. 100 Abs. 1 UVV zielt primär auf die Regelung der Situation, in der ein Versicherter, nachdem er einen ersten Unfall mit Arbeitsunfähigkeitsfolge erlitten hat, zu einem bei einem anderen Versicherer versicherten Arbeitgeber wechselt, und sodann - während er aufgrund des ersten Unfalles noch arbeitsunfähig ist, so dass er die neue Stelle noch nicht antreten können - erneut verunfallt. Dieser Artikel normiert demzufolge die Nachwirkungen des bisherigen Arbeitsverhältnisses vor der Aufnahme einer neuen versicherten Tätigkeit (vgl. BGE 135 V 333 E. 4.4). Vorliegend ist aktenkundig und unbestritten, dass die Versicherte am 1. Dezember 2001, also zwischen den Unfällen vom 24. August 2001 und vom 4. September 2002, ihre neue Stelle angetreten hat und noch vor dem zweiten Unfall wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangt hatte. Deshalb kommt Art. 100 Abs. 1 UVV hier nicht zur Anwendung.

4.3 Art. 100 Abs. 3 UVV, welcher voraussetzt, dass der Versicherte aus einem früheren Unfall bereits rentenberechtigt ist, kommt hier ebenso wenig zur Anwendung, da

die Versicherte aufgrund des Unfalls vom 24. August 2001 keine Rente zugesprochen bekam. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass aus den Akten ferner auch nicht hervorgeht, dass aus dem ersten Unfall später noch eine Rente hätte zugesprochen werden sollen; dies wird von den Parteien auch nicht geltend gemacht. Somit liegt kein Anwendungsfall von Art. 100 Abs. 3 UVV vor. 4.4 Art. 100 Abs. 2 UVV zielt auf den Standardfall, in dem der Versicherungsschutz des neuen Arbeitgebers aufgrund des Antritts der neuen Tätigkeit im Sinne von Art. 3 Abs. 1 UVG, und mithin der "Wiederaufnahme einer versicherten Tätigkeit" gemäss der fraglichen Bestimmung, bereits begonnen hat, die Heilungsdauer für einen früheren Unfall aber noch läuft. Diesen Fall hat der Verordnungsgeber insofern für den Versicherten verfahrensökonomisch und praktikabel ausgestaltet, als ihm gegenüber (grundsätzlich) allein der aktuelle, aufgrund des erneuten Unfalles involvierte Versicherer leistungspflichtig ist, so dass er nicht mit mehreren Versicherern verhandeln und allenfalls prozessieren muss. Intern, im Verhältnis zwischen den Versicherern, ist jedoch ein Rückgriffsrecht vorgesehen. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich der Unfall vom 4. September 2002 während der Heilungsdauer des Unfalles vom 24. August 2001 ereignet hat und, falls ja, in welchem Umfang eine Rückvergütung des früheren Versicherers gegenüber dem neuen Versicherer zu erfolgen hat. 5.1 Die Beschwerdeführerin machte geltend, sie habe sich zwar an den Heilungskosten hälftig beteiligt, daraus lasse sich aber nicht ableiten, dass deshalb Art. 100 Abs. 2 UVV anwendbar sei und sie sich auch an den Taggeldleistungen zu beteiligen habe. Es sei ferner korrekt, dass die Beschwerdeführerin der Versicherten im Zeitpunkt des zweiten Unfalls noch sporadisch Massagebehandlungen bezahlt habe, allerdings sei die Versicherte damals wieder voll arbeitsfähig gewesen, so dass auch aus diesem Umstand nichts zu Gunsten der Beschwerdegegnerin abgeleitet werden könne. 5.2 Die Beschwerdegegnerin führte dagegen aus, dass die Heilbehandlungen des ersten Unfalls im Zeitpunkt des zweiten Unfalls noch nicht abgeschlossen gewesen seien, die Versicherte im Zeitpunkt des zweiten Unfalls wieder zu 100% arbeitsfähig war, und dass der zweite Unfall zudem einen Anspruch auf Taggeld ausgelöst habe. Somit seien alle Voraussetzungen für eine grundsätzliche Kostenbeteiligung der Beschwerdeführerin gemäss Art. 100 Abs. 2 UVV erfüllt. 5.3 Die Vorinstanz machte geltend, den Akten könne entnommen werden, dass sich die Versicherte im Zeitpunkt des zweiten Unfalls immer noch aufgrund des ersten Unfalls in Behandlung befunden habe und dessen Folgen noch nicht abgeklungen gewesen seien. Da somit die Heilungsdauer noch nicht abgeschlossen gewesen sei, komme Art. 100 Abs. 2 UVV zur Anwendung. 5.4 Gemäss Art. 124 lit. b UVV ist über die Kürzung und Verweigerung von Versicherungsleistungen eine Verfügung zu erlassen. Der Abschluss einer Heilbehandlung respektive das Ende der Übernahme der entsprechenden Kosten durch den Versicherer ist eine Verweigerung von Versicherungsleistungen im obgenannten Sinn, welche somit grundsätzlich in Verfügungsform zu erfolgen hat. Das Bundesgericht hat in BGE 132 V 412 E. 4 festgestellt, dass ein Fallabschluss - sei es mit oder ohne Zusprache von Dauerleistungen - auf jeden Fall in Verfügungsform zu erfolgen hat. Nicht zwingend ist dabei allerdings, dass der Fallabschluss sogleich formell verfügt werden muss. Je nach Verlauf des Heilungsprozesses ist es zulässig oder gar sachgerecht, wenn der Versicherer zuwartet und die Entwicklung beobachtet, bevor er verfügt. 5.4.1 Obschon Art. 100 Abs. 2 UVV das Rückgriffsrecht des neuen Versicherers lediglich davon abhängig macht, ob die Heilungsdauer eines früheren Unfalles im Zeitpunkt eines neuen Unfalles abgeschlossen war und nicht an den Fallabschluss anknüpft, ist - insbesondere bei bestehenden Zweifeln über das Ende der Heilungsdauer - der (formelle) Fallabschluss immerhin als Indiz für eine

abgeschlossene Heilungsdauer zu betrachten. 5.4.2 Dem Arztzeugnis von Dr. med. I. _____ vom 12. August 2002, welches nicht als Schlusszeugnis bezeichnet wurde, ist zu entnehmen, dass die Behandlung der Versicherten noch nicht abgeschlossen sei. Auch die Beschwerdeführerin räumte ein, dass sie der Versicherten im Zeitpunkt des zweiten Unfalls noch sporadisch Massagebehandlungen bezahlt habe. Allerdings wies sie darauf hin, dass die Massagen lediglich der Entspannung der Muskulatur dienten und keine Verbesserung des Gesundheitszustandes zur Folge gehabt hätten. Ferner stellte sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass aus den freiwillig erbrachten Leistungen, namentlich den Massagebehandlungen und der hälftigen Bezahlung der Heilungskosten für den zweiten Unfall, keine weitere Leistungspflicht abgeleitet werden könne. 5.4.3 Vorliegend ist kein formeller (in Verfügungsform ergangener) Fallabschluss durch die Beschwerdeführerin aktenkundig. Ebenso wenig liegt ein Schreiben in den Akten, mit welchem die Beschwerdeführerin der Versicherten mitgeteilt hätte, dass sie in Zukunft keine Heilbehandlungen mehr bezahlen werde. Aufgrund der Aktenlage ist davon auszugehen, dass die Ärzte eine weitere Abnahme der Schmerzen erwarteten und daher die Fortführung der Behandlung empfohlen hatten. Davon ging offensichtlich auch die Beschwerdeführerin aus, andernfalls hätte sie der Versicherten keine weiteren Behandlungen mehr bezahlt. Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin den Fall noch nicht abgeschlossen hatte. Daran ändert auch nichts, dass sie geltend macht, sie habe die Leistungen freiwillig erbracht. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass aufgrund der Akten und mit Blick auf die Rechtsprechung zum Fallabschluss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass im Zeitpunkt des Unfalles vom 4. September 2002 die Heilungsdauer des ersten Unfalles noch nicht abgeschlossen gewesen war und die Beschwerdeführerin daher vorliegend gestützt auf Art. 100 Abs. 2 UVV gegenüber der Beschwerdegegnerin nach Massgabe der Verursachung grundsätzlich vergütungspflichtig ist.

E. 6

Nachfolgend ist noch darüber zu befinden, in welchem (prozentualen) Umfang eine Rückvergütungspflicht der Beschwerdeführerin für die von der Beschwerdegegnerin erbrachten Taggelder besteht. 6.1.1 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Ursachen, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) im Rahmen der Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 119 V 335 E. 1 mit Hinweisen). Das Vorliegen eines Schleudertraumas sowie seine Folgen müssen somit durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Trifft dies zu, und ist die

natürliche Kausalität - aufgrund fachärztlicher Feststellungen in einem konkreten Fall - unbestritten, so kann der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig wären (BGE 119 V 335 E. 2b/aa).

6.1.2 Zusätzlich zum natürlichen Kausalzusammenhang ist die Adäquanz zu prüfen. Ein adäquater Kausalzusammenhang liegt vor, wenn die betreffende Ursache nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung geeignet ist, den eingetretenen Erfolg zu bewirken. Was das Vorgehen bei der Adäquanzprüfung betrifft, ist nach der Schleudertrauma-Praxis (analog zu den bei psychischen Fehlentwicklungen nach Unfall geltenden Grundsätzen) für die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit zukommt. Dies trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Für die Beurteilung dieser Frage ist an das Unfallereignis anzuknüpfen, wobei - ausgehend vom augenfälligen Geschehensablauf - zwischen banalen beziehungsweise leichten Unfällen einerseits, schweren Unfällen andererseits und schliesslich dem dazwischen liegenden mittleren Bereich unterschieden wird. Während der adäquate Kausalzusammenhang in der Regel bei schweren Unfällen ohne Weiteres bejaht und bei leichten Unfällen verneint werden kann, lässt sich die Frage der Adäquanz bei Unfällen aus dem mittleren Bereich nicht aufgrund des Unfallgeschehens allein schlüssig beantworten. Es sind weitere, objektiv erfassbare Umstände, welche unmittelbar mit dem Unfall in Zusammenhang stehen oder als direkte beziehungsweise indirekte Folgen davon erscheinen, in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden (BGE 134 V 109 E. 10.1 mit Hinweisen). Das Bundesgericht hat in BGE 134 V 109 E. 10.2 diese Kriterien aufgrund der bisherigen Erfahrungen in der Praxis hinterfragt und neu folgende Kriterien als massgebend bezeichnet: besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindringlichkeit des Unfalls, die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen, fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung, erhebliche Beschwerden, ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert, schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen sowie erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen (BGE 134 V 109 E. 10.3). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist es nicht zulässig, im Rahmen der Adäquanzprüfung einen je nach der konkret zur Diskussion stehenden Leistung (Rente oder Heilbehandlung) unterschiedlichen Massstab anzulegen (vgl. BGE 127 V 102 E. 5e).

6.2.1 In Bezug auf die gegen das Gutachten von Dr. med. G. _____ vorgebrachten Einwände ist festzuhalten, dass das Bundesrecht nicht vorschreibt, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 40 des Bundesgesetzes vom 4. Dezember 1947 über den Bundeszivilprozess [BZP, SR 273] in Verbindung mit Art. 19 VwVG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden

medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 352 E. 3a und 3b).

6.2.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) und durch UVG-Privatversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 209 E. c; RKUV 1993 Nr. U 167 E. 5a mit weiteren Hinweisen). Zu beachten ist, dass die SUVA bei der Einholung von solchen Gutachten sinngemäss nach den Bestimmungen des Bundeszivilprozesses zu verfahren und insbesondere die in Art. 57 ff. BZP genannten Mitwirkungsrechte der Verfahrensbeteiligten zu beachten hat, was sinngemäss auch für die nach Art. 68 Abs. 1 UVG zugelassenen Privatversicherer gilt. Diese Versicherer haben als Durchführungsorgane des Bundes die rechtsstaatlichen Garantien des Verfügungsverfahrens zu beachten. Zumindest das Recht, nachträglich zur Person und zum Gutachten eines Sachverständigen Stellung zu nehmen, bildet zudem Bestandteil der verfassungsrechtlichen Minimalgarantien zur Gewährleistung des rechtlichen Gehörs (BGE 120 V 357 E. 1c mit weiteren Hinweisen). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann eine Verletzung der nach Art. 19 VwVG in Verbindung mit Art. 57, 58 und 60 BZP für den Beizug von Sachverständigen geltenden Verfahrensregeln, insbesondere der Vorschriften, wonach den Parteien Gelegenheit zu geben ist, zur Ernennung von Sachverständigen Stellung zu nehmen (Art. 58 Abs. 2 BZP) und sich zu den Fragen zu äussern, deren Begutachtung beabsichtigt ist (Art. 57 Abs. 2 BZP), als geheilt gelten, wenn das Gericht den angefochtenen Entscheid in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht frei überprüfen kann (vgl. BGE 115 V 305 E. 2h, bestätigt in BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 V 132 E. 2b).

6.2.3 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt schliesslich Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 122 V 157 E. 1c).

6.2.4 Wie bereits erwähnt, enthält auch ein Parteigutachten Äusserungen eines Sachverständigen,

welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen den Richter - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten -, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Unfallversicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (zum Ganzen: BGE 125 V 351 E. 3a und 3b mit weiteren Hinweisen).

E. 6.3

Ob mit Blick auf die vorstehend zitierte Rechtsprechung auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten und die von der Beschwerdeführerin eingeholten Akten-Gutachten abgestellt werden kann, ist nachfolgend zu prüfen. Die Beschwerdeführerin führte in Bezug auf das Gutachten von Dr. med. G. _____ vom 14. Juni 2006 aus, auf dieses sei ohnehin nicht abzustellen, da es den bundesgerichtlichen Anforderungen an ein Gutachten nicht entspreche und die Gutachterin ihre Einschätzung nicht begründe. Überdies seien die gesundheitlichen Beschwerden der Versicherten nicht (mehr) als unfallkausal zu beurteilen, so dass eine Leistungspflicht der Unfallversicherer prinzipiell ausser Betracht falle. Die Beschwerdegegnerin hielt demgegenüber fest, die Gutachten seien bei einer externen Spezialärztin eingeholt worden. Diese habe die Versicherte eingehend untersucht und gestützt auf die Untersuchung und die Vorakten ein schlüssiges Gutachten verfasst, auf welches abzustellen sei. Dem Gutachten sei zu entnehmen, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit der erste Unfall zu 50% für die nach dem zweiten Unfall aufgetretenen Beschwerden verantwortlich sei. Auf das von der Beschwerdeführerin lediglich zu Prozesszwecken eingeholte Aktengutachten von Dr. med. F. _____ sei nicht abzustellen, da dieser keine einzelfallbezogene Beurteilung vornahm, sondern seine Schlussfolgerungen ergebnisorientiert, gestützt auf ausgewählte Stellen der medizinischen Literatur zog. Die Vorinstanz führte aus, das Gutachten von Dr. med. G. _____ sei begründet, nachvollziehbar und widerspruchsfrei, weshalb darauf abzustellen sei. Nach Würdigung der medizinischen Akten sei man zum Schluss gekommen, dass sich die Beschwerdeführerin zur Hälfte an den Taggeldleistungen zu beteiligen habe.

E. 6.3.1

Vorliegend ist unbestritten und aus den Akten ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin das Gutachten vom 14. Juni 2006 bei Dr. med. G. _____ in Auftrag gegeben hat und die Beschwerdeführerin daran nicht beteiligt war. Die Beschwerdeführerin rügt diesen Umstand zwar nicht, macht aber geltend, dass das Gutachten mangelhaft sei und nicht darauf abgestellt werden könne. Die Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin das Gutachten der Beschwerdeführerin in Auftrag gegeben hat, könnte zwar als Verletzung des rechtlichen Gehörs der Beschwerdeführerin qualifiziert werden, allerdings kann dieser Umstand alleine nicht bereits zur Aufhebung des Entscheids der Vorinstanz, der sich auf das Gutachten stützt, führen, da die Beschwerdeführerin im vorliegenden Verfahren die Möglichkeit hatte, sich zu Gutachten vernehmen zu lassen. Und da das Bundesverwaltungsgericht zudem bei der Überprüfung der Tat- und Rechtsfragen frei ist, ist davon auszugehen, dass eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt anzusehen wäre. Ob es sich

vorliegend tatsächlich um eine Verletzung des rechtlichen Gehörs der Beschwerdeführerin handelt, kann vorliegend demzufolge offengelassen werden.

E. 6.3.2

Die Vorinstanz hat sich bei der Beurteilung der Rückvergütungspflicht der Beschwerdeführerin - wie erwähnt - auf das Gutachten von Dr. med. G. _____, Fachärztin für Neurologie, gestützt. Dabei handelt es sich um ein Gutachten, das gestützt auf die zur Verfügung gestellten Akten, das Vorgutachten vom 21. Juni 2004, die Anamnese und die klinische Untersuchung der Versicherten vom 22. Mai 2006 erstellt worden ist. Die Gutachterin hielt fest, dass die Versicherte am 24. August 2001 und am 4. September 2002 je einen Auffahrunfall mit dem Auto erlitten habe, wobei sie in beiden Fällen unvorbereitet von hinten angefahren worden sei. Nach dem ersten Unfall habe die Versicherte über heftige Nackenschmerzen, diffuse Kopfschmerzen und Müdigkeit geklagt. Ferner seien durch die Versicherte später Schwindel, Kopfschmerzen und ein Tinnitus beklagt worden. Die untersuchende Ärztin Dr. med. I. _____ habe ein HWS-Distorsionstrauma, eine posttraumatische Streckhaltung der HWS sowie eine angedeutete ventrale Spondylose im mittleren BWS-Bereich diagnostiziert. Nach dem zweiten Unfall diagnostizierte die Ärztin bei der Versicherten Nackenverspannungen und hielt fest, diese klagte über Kopf- und Nackenschmerzen, ausgeprägte Wortfindungs- und Konzentrationsstörungen sowie Müdigkeit; eine traumatische Hirnverletzung könne mangels Kopfanpralls anlässlich der beiden Unfälle ausgeschlossen werden. Während der Untersuchung vom 22. Mai 2006 stellte die Ärztin noch folgende Beschwerden fest: belastungsabhängige Nackenschmerzen, Nackenverspannungen und eingeschränkte HWS-Beweglichkeit sowie gelegentlich auch Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen. Ferner stellte die Ärztin fest, dass die Versicherte im Zeitpunkt des zweiten Unfalls immer noch Restbeschwerden aufgrund des ersten Unfalls gehabt habe, wobei die Beschwerden durch den zweiten Unfall wieder deutlich verstärkt worden seien. Insgesamt seien die Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu gleichen Teilen auf beide Unfallereignisse zurückzuführen, da die heutige Beeinträchtigung der Gesundheit der Versicherten ohne den einen oder den anderen Unfall mit grösster Wahrscheinlichkeit geringer wäre, zumal auch keine unfallfremden Ursachen für die Beschwerden bekannt seien.

E. 6.3.3

Die Beschwerdeführerin holte nach Verfügungserlass durch die Vorinstanz zudem ein Aktengutachten bei Dr. med. F. _____, Facharzt für Neurologie, ein. Unter Berücksichtigung der Vorakten der Beschwerdeführerin führte Dr. med. F. _____ in seinem Gutachten vom 22. Dezember 2010 Folgendes aus: Aufgrund der Untersuchungsergebnisse der jeweils erstbehandelnden Ärzte sei davon auszugehen, dass die Versicherte bei beiden Unfällen gemäss Quebec Task Force (QTF) für Whiplash-associated Disorders (WAD) eine leichte HWS-Distorsion mit WAD Grad II erlitten habe. Bei solchen leichten Beschleunigungsverletzungen komme es bei 90% der Betroffenen innert kurzer Zeit (weniger als drei Monate) zu einer vollständigen Heilung. Die aktuellen Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie gingen sogar von einer mittleren Rückbildungszeit von nur einem Monat aus. Die ab Mitte Oktober 2001 von der Versicherten geltend gemachte sekundäre Beschwerdezunahme sei aus fachlicher Sicht nicht als unfallkausal zu beurteilen und entspreche nicht dem natürlichen Decrescendo-Verlauf einer solchen Verletzung; möglicherweise seien die festgestellte unspezifische Streckfehlhaltung und die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule die

Ursachen für diesen atypischen Verlauf. Auch der zweite Unfall sei als leichte HWS-Distorsion mit WAD-Grad II zu qualifizieren, weshalb auch hier von einer maximalen Heilungsdauer von drei Monaten auszugehen sei, wenn - wie hier - keine strukturellen traumatischen Läsionen festgestellt worden seien. Zusammenfassend hielt der Gutachter fest, dass die unfallbedingten Beschwerden während maximal drei Monaten medizinisch begründbar seien, weshalb vorliegend davon auszugehen sei, dass die Beschwerden der Versicherten auf unfallfremden Ursachen beruhten. Auf das Gutachten von Dr. med. G._____ vom 6. Juli 2004 sei nicht abzustellen, da deren Argumentation spekulativ sei, weil sie sich nicht auf objektivierbare medizinische Fakten stütze, sondern durch subjektive Einschätzungen leiten lasse.

E. 6.3.4

Während des Schriftenwechsels im Beschwerdeverfahren holte die Beschwerdeführerin ein weiteres Gutachten ein, welches sie zusammen mit der Stellungnahme vom 28. März 2011 einreichte. Dr. med. H._____, Facharzt für Neurologie, äusserte sich in seinem Aktengutachten vom 25. März 2011 wie folgt: Grundsätzlich dürfe bei Unfällen derartiger Natur nach 26 Wochen vom Erreichen des Status quo sine ausgegangen werden, sofern keine besonderen Umstände eine andere Schlussfolgerung erlaubten; ausnahmsweise sei eine Verlängerung dieser Frist auf 52 Wochen zulässig. Vorliegend sei weder aus den Akten ersichtlich noch von Dr. med. G._____ hinreichend begründet worden, weshalb sie davon ausgehe, die Beschwerden seien als unfallkausal zu betrachten. Schliesslich wies Dr. med. H._____ darauf hin, dass Nackenbeschwerden in der Bevölkerung sehr häufig seien und auch ohne Unfall auftreten könnten; somit sei ein Zusammenhang zwischen den Beschwerden und den Unfällen nicht nachgewiesen.

E. 6.3.5

Aus den beiden Aktengutachten ist ersichtlich, dass sich die Gutachter stark auf die Literatur stützten und ihrer Beurteilung statistische Werte zugrunde legten. Gestützt auf diese statistischen Daten, welchen im Übrigen kein eindeutiges Ergebnis zu entnehmen ist, kommen sie zum Schluss, dass die Beschwerden der Versicherten aufgrund der seit den Unfällen verstrichenen Zeit, nicht adäquat kausal seien. Die Einschätzung von Dr. med. G._____, welche die Versicherte - im Gegensatz zu den anderen beiden Gutachtern - persönlich untersucht hat, wird angezweifelt, da die Gutachterin keine objektivierbaren Befunde festgestellt, sondern lediglich auf die Angaben der Versicherten abgestellt habe. Dabei verkennen Dr. med. F._____ und Dr. med. H._____ jedoch, dass der Umstand, dass die nach einem Schleudertrauma häufig beobachteten und deshalb von der Rechtsprechung als typisch bezeichneten Beschwerden in manchen Fällen mit den heute verwendeten bildgebenden Untersuchungsmethoden nicht objektivierbar sind. Dies darf nicht zum Schluss verleiten, diese Beschwerden als rein "subjektiv" zu qualifizieren und damit deren Relevanz für die Unfallversicherung in Abrede zu stellen (vgl. Urteil des BGer U 66/04 vom 14. Oktober 2004 E. 4.1). Die diesbezügliche Kritik der beiden Gutachter am Gutachten von Dr. med. G._____ stösst somit ins Leere. Gestützt auf die Unfallprotokolle und die Schilderungen der erstbehandelnden Ärzte ist davon auszugehen, dass es sich bei den vorliegenden Ereignissen um Unfälle von mittlerer Schwere handelt, da einerseits die Schwelle von Bagatellunfällen eindeutig überschritten (Totalschaden des Fahrzeugs der Versicherten), aber diejenige zu den schweren Unfällen nicht erreicht wurde. Dr. med. G._____ hielt fest, dass die Versicherte offensichtlich bemüht sei, ihren Gesundheitszustand durch Übungen mit dem Thera-Band und regelmässigem Schwimmen

zu verbessern, dass sie aber trotz dieser Anstrengungen nicht mehr in der Lage sei, zu 100% einer Arbeit nachzugehen. Den Akten lässt sich entnehmen, dass die aufgetretenen erheblichen Beschwerden, die im Wesentlichen den üblichen Beeinträchtigungen entsprechen, die nach solchen Auffahrunfällen auftreten, trotz intensiver Behandlung lange Zeit angedauert haben. Somit sind - wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt - mehrere der für die Bejahung der Adäquanz erforderlichen Kriterien erfüllt. Auch wenn in der Literatur Fälle beschrieben werden, in denen eine Heilung schneller erreicht werden konnte, ist deswegen vorliegend nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass die Unfälle für die Beschwerden nicht adäquat kausal seien. Da weder Hinweise dafür vorliegen, dass Vorzustände vorgelegen hätten, die durch die Unfälle verschlimmert hätten werden können, noch andere Ursachen als die Auffahrunfälle für die Beschwerden bekannt sind, ist in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. med. G._____ davon auszugehen, dass es sich bei den Beschwerden der Versicherten um Folgen der beiden Unfälle handelt. Aufgrund der mittels Untersuchung und Anamnese festgestellten Beschwerden hat die Gutachterin Dr. med. G._____ die gesundheitlichen Einschränkungen der Versicherten schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, und es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb nicht auf ihr Gutachten abgestellt werden könnte. Ihrer Einschätzung, dass die beiden ähnlich gelagerten Unfälle die gesundheitlichen Beschwerden zu gleichen Teilen verursacht haben, ist demnach zu folgen. Abschliessend ist festzuhalten, dass der Stellungnahme von Dr. med. J._____, Kreisarzt der B._____ und Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 6. November 2007 (B._____-act. 72) - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin - keine generelle Kritik am Gutachten von Dr. med. G._____, sondern ein Hinweis in Bezug auf ihre Ausführungen betreffend Integritätsentschädigung zu entnehmen ist. Da vorliegend aber die Integritätsentschädigung nicht zu beurteilen ist, weil die Parteien diesen Punkt bereits einvernehmlich geregelt haben, ist auf seine diesbezügliche Anmerkung nicht weiter einzugehen.

6.4.1 Vorliegend machte die Beschwerdeführerin geltend, sie sei nicht an die Verfügung der Beschwerdegegnerin gebunden, da diese der Versicherten die Leistungen zu Unrecht und überdies vergleichsweise zugesprochen habe.

6.4.2 Erlässt ein Versicherungsträger eine Verfügung, welche die Leistungspflicht eines anderen Trägers berührt, so hat er auch ihm die Verfügung zu eröffnen. Dieser kann die gleichen Rechtsmittel ergreifen wie die versicherte Person (Art. 49 Abs. 4 ATSG). Vorliegend handelt es sich allerdings nicht um einen Fall der in Art. 49 Abs. 4 ATSG geregelten intersystemischen Koordination, da nicht Träger aus verschiedenen Versicherungszweigen, sondern zwei Versicherer desselben Versicherungszweigs involviert sind (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 49, Rz. 55). Allerdings bleibt anzumerken, dass die Rechtsprechung diese Frage in einem Fall betreffend Ergänzungsleistungen auch schon anders beurteilt hat (vgl. BGE 132 V 74 E. 4.2). Ob die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen ist, ihren Entscheid über die der Versicherten auszurichtenden Leistungen der Beschwerdeführerin zu eröffnen, kann hier aber offengelassen werden, da diese unbestrittenermassen informiert worden war. Demzufolge wäre die Beschwerdeführerin gehalten gewesen, allfällige Einwände gegen die verfügbaren Leistungen unmittelbar nach Information durch die Beschwerdegegnerin im Rahmen eines Einspracheverfahrens geltend zu machen. Einwände gegen verfügbare Leistungen haben im vorliegenden Verfahren, bei welchem es um die Leistungskoordination geht, keinen Platz.

E. 6.5

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf die Ausführungen im Gutachten von Dr. med. G. _____ zur Hälfte in Bezug auf die erbrachten Taggeldleistungen gegenüber der Beschwerdegegnerin rückerstattungspflichtig ist. Die Beschwerde ist somit abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen.

E. 7

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 7.1

Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 4'000.-- festzusetzen und der Beschwerdeführerin als unterlegene Partei aufzuerlegen. Die Verfahrenskosten sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.-- zu verrechnen.

E. 7.2

Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Die Parteientschädigung umfasst die Kosten der Vertretung sowie allfällige weitere notwendige Auslagen der Partei (Art. 8 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Als Bundesbehörde hat das BAG jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Da der Beschwerdegegnerin, welche nicht vertreten war, keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, ist ihr keine Parteientschädigung zuzusprechen.

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