

# **BVGer C-6216/2009 vom 18. Oktober 2012**

Bundesverwaltungsgericht, 2012-10-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-6216\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-6216_2009)

FR: TAF C-6216/2009 du 18 octobre 2012

IT: TAF C-6216/2009 del 18 ottobre 2012

## **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 30. Januar 1994, vom 20. Februar 1999 und vom 21. Februar 2001 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).

### **E. 3**

Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Vorinstanz die Beschwerdeführerin zu Recht verpflichtet hat, der Beschwerdegegnerin für die Folgen des Unfalls vom 30. Januar 1994 den Barwert des Rentenanteils von 30% zuzüglich 30% der von der Beschwerdegegnerin geleisteten Integritätsentschädigung zu vergüten. 4.1 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 Bundesgerichts [BGer] U 255/01 vom 28. Mai 2003 E. 1.2 und U 187/02 vom 24. September 2002 E. 2.3).

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

5.1 Nachfolgend ist zu prüfen, welche gesetzliche Grundlage im vorliegenden Fall zur Anwendung kommt.

5.1.1 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).

5.1.2 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).

5.2 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 hat 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 zwischen den Unfällen vom 30. Januar 1994 und vom 20. Februar 1999 ihre neue Stelle beim Steueramt der Stadt D. \_\_\_\_\_ angetreten hat und somit nicht mehr arbeitsunfähig war; deshalb kommt Art. 100 Abs. 1 UVV hier nicht zur Anwendung. 5.3 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 30. Januar 1994 keine Rente, sondern lediglich während einer gewissen Zeit Taggelder bezog und somit dieses Tatbestandselement nicht erfüllt ist. Folgerichtig geht auch die Ad-hoc-Kommission Schaden UVG in Ziffer 3.3 ihrer Ad-hoc-Empfehlungen 4/89 davon aus, dass Art. 100 Abs. 3 UVV nicht anwendbar ist und somit gestützt darauf kein Rückgriff auf den Versicherer eines früheren Unfalls erfolgen kann, wenn der erste Unfall - wie hier - nicht zu einer Rente führte. Die von der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG erlassenen Empfehlungen zur einheitlichen Rechtsanwendung stellen unverbindliche Richtlinien dar, ihnen kommt jedoch unter dem Gesichtspunkt der Rechtsgleichheit eine gewisse Bedeutung zu (BGE 126 V 353 E. 3 mit weiteren Hinweisen). Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass aus den Akten ferner auch nicht hervorgeht, dass eine Rente später noch hätte zugesprochen werden sollen; im Übrigen wird dies von den Parteien auch nicht geltend gemacht. Somit liegt kein Anwendungsfall von Art. 100 Abs. 3 UVV vor und es ist daher auch auszuschliessen, dass Ziffer 3.4 der Ad-hoc-Empfehlungen 4/89 vorliegend zur Auslegung beigezogen werden könnte. 5.4 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 20. Februar 1999 während der Heilungsdauer des Unfalles vom 30. Januar 1994 ereignet hat und, falls ja, in welchem Umfang eine Rückvergütung des früheren Versicherers gegenüber dem neuen Versicherer zu erfolgen hat.

### **E. 6.1**

Die Beschwerdeführerin machte geltend, es sei vorliegend lediglich relevant, ob der Endzustand der Heilung erreicht war und ob noch eine weitere Behandlungsbedürftigkeit bestand. Hingegen sei für die Beantwortung der Frage, ob die Heilungsdauer abgeschlossen sei, nicht entscheidend, ob die Versicherte beschwerdefrei gewesen sei oder nicht. Die Beschwerdeführerin führte aus, sie habe seit dem 17. Juli 1998 mangels Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten keine Heilbehandlungskosten mehr bezahlt, weshalb davon auszugehen sei, dass die Heilungsdauer des ersten Unfalles im Zeitpunkt des zweiten Unfalles abgeschlossen gewesen sei.

### **E. 6.2**

Die Beschwerdegegnerin führte dagegen aus, alleine aus dem von der Beschwerdeführerin behaupteten Umstand, dass diese zwischen dem 17. Juli 1998 und dem 20. Februar 1999 keine Heilbehandlung mehr bezahlt habe, könne nicht geschlossen werden, dass die Versicherte beschwerdefrei und die Heilbehandlung abgeschlossen gewesen sei, zumal gemäss den Aussagen der MEDAS-Gutachter seit dem ersten Unfall eine jahrelange, wiederholte, intensive Behandlungs- und Therapiebedürftigkeit bestanden habe. Es sei somit davon auszugehen, dass die Heilungsdauer des ersten Unfalles im Zeitpunkt des zweiten Unfalles noch nicht abgeschlossen gewesen sei.

### **E. 6.3**

Die Vorinstanz machte geltend, aus dem MEDAS-Gutachten sei ersichtlich, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nach dem ersten Unfall nur mit intensiven ambulant durchgeführten Therapien habe erhalten lassen, damit sei nachgewiesen, dass die Heilungsdauer nicht abgeschlossen gewesen sei und deshalb sei Art. 100 Abs. 2 UVV anwendbar.

### **E. 6.4**

Gemäss Art. 124 lit. b UVV ist über die Kürzung und Verweigerung von Versicherungsleistungen eine Verfügung zu erlassen (vgl. dazu auch Art. 49 Abs. 1 ATSG, welcher für die Regelung von Leistungen, Forderungen oder Anordnungen, welche erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, ebenfalls den Erlass einer Verfügung vorsieht). 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.

#### **E. 6.4.1**

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 keine Anknüpfung an den Fallabschluss macht, ist - insbesondere bei bestehenden Zweifeln über das Ende der Heilungsdauer - der (formelle) Fallabschluss immerhin als Indiz für eine abgeschlossene Heilungsdauer zu betrachten. 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. Es ist daher nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin den Fall abgeschlossen hatte. Auch wenn während einer gewissen Zeit - wie die Beschwerdeführerin vorbringt - keine Behandlungen mehr erfolgten, ist vorliegend ein Unterbruch von wenigen Monaten nach einer mehrjährigen Behandlungsdauer nicht als Abschluss der Heilungsdauer zu werten, zumal auch die Ärzte des Universitätsspitals F.\_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 21. Juli 1998 (act. ZM13/1) bestätigten, dass das Therapieende noch nicht voraussehbar sei. Vielmehr ist aufgrund der Umstände anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin die weitere gesundheitliche

Entwicklung der Versicherten beobachtete, um darüber zu entscheiden, ob der Fall abgeschlossen werden könne oder nicht.

#### **E. 6.4.2**

Auch der im MEDAS-Gutachten enthaltenen Dokumentation der gesundheitlichen Entwicklung der Beschwerdeführerin kann nicht entnommen werden, dass die Heilungsdauer des ersten Unfalles im Zeitpunkt des zweiten Unfalles mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als abgeschlossen zu betrachten gewesen ist, zumal über längere Zeit nach dem Unfall - trotz Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit - nachweislich noch eine Behandlungsbedürftigkeit bestand.

#### **E. 6.4.3**

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 20. Februar 1999 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. 6.5**

Die Vorinstanz hat in der angefochtenen Verfügung einen prozentualen Anteil des Barwerts der Rente sowie der Integritätsschädigung als durch die Beschwerdeführerin vergütungspflichtige Leistungen benannt und sie zur anteilmässigen Rückvergütung verpflichtet; die zukünftigen Heilungskosten hat sie explizit von der Vergütungspflicht ausgenommen. Wie vorstehend bereits ausgeführt (vgl. E. 5.3 f.), liegt in casu kein Anwendungsfall von Art. 100 Abs. 3 UVV, sondern von Art. 100 Abs. 2 UVV vor. Gemäss dessen Wortlaut ist somit bei einem erneuten Unfall, der einen Anspruch auf Taggeld auslöst, der für den neuen Unfall leistungspflichtige Versicherer grundsätzlich (vor-)leistungspflichtig und die anderen beteiligten Versicherer vergüten ihm diese Leistungen, ohne Teuerungszulagen, nach Massgabe der Verursachung, sofern zwischen den beteiligten Versicherern keine davon abweichende Regelung getroffen wurde. Die Parteien haben unbestrittenermassen keine abweichende Regelung getroffen, deshalb richtet sich die Vergütungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin für sämtliche Leistungen "nach Massgabe der Verursachung" (vgl. Urteil des BGer 8C\_816/2009 E. 4.4).

#### **E. 7**

Nachfolgend ist somit darüber zu befinden, in welchem (prozentualen) Umfang eine Rückvergütungspflicht der Beschwerdeführerin für von der Beschwerdegegnerin erbrachten Leistungen besteht.

#### **E. 7.1**

Die Beschwerdeführerin führte in Bezug auf das MEDAS-Gutachten aus, auf dieses sei ohnehin nicht abzustellen, da es sich dabei um ein (von der Beschwerdegegnerin veranlassenes) Parteigutachten handle und zudem keine Vorunfallakten berücksichtigt worden seien. In Bezug auf eine allfällige Aufteilung der Kosten machte sie keine Ausführungen. Die Beschwerdegegnerin hielt demgegenüber fest, das Gutachten entspreche den üblichen Qualitätsanforderungen und deshalb sei darauf abzustellen. Das Gutachten

stelle fest, dass der Unfall im Zuständigkeitsbereich Beschwerdeführerin einen Anteil von 30% der gesamten Kosten ausmache, weshalb diese den entsprechenden Kostenanteil zu vergüten habe. Die Vorinstanz führte aus, sie folge der im MEDAS-Gutachten ermittelten Aufteilung der Verursachung, weshalb die Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin 30% des Barwertes der Rente und 30% der Integritätsentschädigung zu vergüten habe; für die zukünftigen Heilungskosten müsse die Beschwerdegegnerin selber aufkommen.

### 7.2.1 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 eingetreten 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 der Richter) 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).

### 7.2.2 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).

### **E. 7.3.1**

In Bezug auf die gegen das Gutachten 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. So weicht der Richter bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 118 V 286 E. 1b, 112 V 30 E. 1a. mit Hinweisen).

### **E. 7.3.2**

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).

### **E. 7.3.3**

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).

### **E. 7.3.4**

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. 7.4**

Ob mit Blick auf die vorstehend zitierte Rechtsprechung auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten abgestellt werden kann, ist nachfolgend zu prüfen.

##### **E. 7.4.1**

Vorliegend ist unbestritten und aus den Akten ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin das MEDAS-Gutachten vom 13. Dezember 2004 in Auftrag gegeben hat und die Beschwerdeführerin daran nicht beteiligt war. Die Beschwerdeführerin rügt diesen Umstand zwar in ihrer Beschwerde vom 29. September 2009, allerdings macht sie namentlich weder geltend, dass die an die Gutachterstelle gerichtete Fragestellung unvollständig gewesen sei, noch nennt sie Ausstandsgründe in Bezug auf die beauftragten Gutachter. 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 MEDAS-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. 7.4.2**

Die Vorinstanz hat sich bei der Beurteilung der Rückvergütungspflicht der Beschwerdeführerin - wie erwähnt - auf das MEDAS-Gutachten vom 13. Dezember 2004 gestützt. Beim MEDAS-Gutachten handelt es sich um ein multidisziplinäres Gesamtgutachten, welches aus einem rheumatologischen, einem psychiatrischen, einem neurologischen und einem neuropsychologischen Fachgutachten besteht. Die Teilgutachten basieren auf einer dreitägigen Untersuchung der Versicherten in der MEDAS der Universitätskliniken E. \_\_\_\_\_ sowie den medizinischen Vorakten seit dem 8. Februar 1994. Die Gutachter hielten fest, dass die Versicherte in der Zeit von 1994 bis 2001 drei verschiedene Unfälle erlitten habe, die zu einem chronischen zervikovertebralem bis zervikozephallem Schmerzsyndrom sowie zu einem rezidivierenden thorakolumbospondylogenen Schmerzsyndrom geführt hätten. Die Ärzte führten ferner aus, dass der zervikale Beschwerdekomples mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf diese Unfallereignisse zurückzuführen sei und die thorakolumbovertebralen Symptome je zu gleichen Teilen durch eine möglicherweise anlagebedingte Wirbelsäulenfehlform und eine durch Unfallfolgen (Schon- und Meideverhalten) begünstigte Dekompensation bedingt sei. Insbesondere weil keine Vorzustände bekannt seien, welche durch die Unfälle hätten verschlimmert werden können, sei davon auszugehen, dass die beschriebenen zervikalen Beschwerden ausschliesslich von den drei Unfällen herrührten. In Bezug auf die einzelnen Unfälle führten die Gutachter aus, dass der erste Unfall den Grundstein für die ganze Problematik gelegt habe und bereits nach diesem Vorfall wiederholt ambulante Therapien

durchgeführt werden mussten. Nach dem ersten Unfall habe die Versicherte zwar weitgehend wieder zu 100% gearbeitet, woraus aber nicht zu schliessen sei, dass der erste Unfall für die Arbeitsunfähigkeit unerheblich sei. Vielmehr sei davon auszugehen, dass die pflichtbewusste Versicherte zufolge Leistungsdruck am Arbeitsplatz versucht habe, ihr Pensum bestmöglichst zu erfüllen. Aus den Akten und den nachvollziehbaren Schilderungen der Versicherten gehe weiter hervor, dass der zweite Unfall der schlimmste der drei Unfälle gewesen sei, der zu einer Verschlimmerung der bereits aus dem ersten Unfall bestehenden Folgen beigetragen habe. Der dritte Unfall sei - bildlich gesprochen - als Tropfen zu bezeichnen, der das Fass schliesslich zum Überlaufen gebracht habe, da die Versicherte kurz nach der Entlassung aus der Rehabilitation nach dem zweiten Unfall eine weitere Traumatisierung der Halswirbelsäule erlitten habe. Insgesamt schätzten die Gutachter die Anteile der Unfälle an der Verursachung der gesundheitlichen Situation der Versicherten wie folgt ein: 30% aus dem ersten, 60% aus dem zweiten und 10% aus dem dritten Unfall.

### **E. 7.4.3**

Insgesamt ist das MEDAS-Gutachten, welches von unabhängigen Fachärzten erstellt wurde, schlüssig und nachvollziehbar und es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb nicht darauf abgestellt werden könnte. Auch die Beschwerdeführerin macht in keiner Weise geltend, inwiefern das Gutachten inhaltlich mangelhaft sein soll; sie bemängelt lediglich die Auftragsvergabe durch die Beschwerdegegnerin, was aber vorliegend - wie oben bereits festgestellt - nicht zur Nichtberücksichtigung des Gutachtens führen kann.

### **E. 7.5**

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gestützt auf die Ausführungen im MEDAS-Gutachten grundsätzlich zu 30% gegenüber der Beschwerdegegnerin rückerstattungspflichtig ist. Aus der Rentenverfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. August 2005 ist ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin der Versicherten eine Rente und eine Integritätsentschädigung zugesprochen hat. Das BAG hat die Beschwerdeführerin somit zu Recht verpflichtet, der Beschwerdegegnerin 30% des Barwerts der zugesprochenen Rente sowie 30% der Integritätsentschädigung zu vergüten. Allfällige zukünftige Leistungen sind - wie von der Vorinstanz sowie von der Beschwerdegegnerin in ihrer Rentenverfügung vom 31. August 2005 zu recht festgehalten - durch die Beschwerdegegnerin zu erbringen, da sie der Versicherten eine Rente für Invalidität ausrichtet (Art. 21 Abs. 1 lit. c UVG). Die Beschwerde ist somit abzuweisen und die angefochtene Verfügung ist zu bestätigen.

### **E. 8**

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

#### **E. 8.1**

Die Verfahrenskosten werden in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt (Art. 63 Abs. 1 VwVG). Vorliegend sind die Verfahrenskosten auf Fr. 2'000.-- festzusetzen und der Beschwerdeführerin als unterlegene Partei aufzuerlegen. Die Verfahrenskosten sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 2'000.-- zu verrechnen.

#### **E. 8.2**

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. (Für das Urteilsdispositiv wird auf die nächste Seite verwiesen.)

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