

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00293 vom 11. Dezember 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2013.00293

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00293 du 11 décembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2013.00293 del 11 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1

Am 6. Mai 2010 meldete die X.____ AG, dass ihre Mitarbeiterin Y.____ sich am 5. Mai 2010 bei der Arbeit die rechte Schulter verrenkt habe (Urk. 7/1). Der erstbehandelnde Arzt des Z.____ Spital fand einen klinischen Verdacht auf Supraspinatussehnenläsion rechts (Urk. 7/5). Diese Verdachtsdiagnose wurde in der Magnetresonanzaufnahme (MRI) der rechten Schulter vom 12. Mai 2010 bestätigt (Urk. 7/30-33). Die Schweizerische Unfallversicherung (SUVA) übernahm die Heilkosten und richtete Taggelder aus. Die Versicherte nahm ihre Arbeit am 14. Juni 2010 wieder auf (Urk. 7/9). In der Folge konnte sie sich nicht zu einer Operation an der rechten Schulter entscheiden. Sie musste sich ausserdem (unfallfremd) in der Klinik A.____, (Dr. med. B.____, Orthopädische Chirurgie FMH, und Dr. med. C.____, Handchirurgie) einer Karpal tunneloperation links (am 14. Dezember 2010) und rechts (am 8. März 2011) unterziehen (Urk. 7/56).

E. 2

Wegen Umstrukturierung in der Produktionsabteilung kündigte die X.____ AG das Arbeitsverhältnis mit Y.____ am 18. Juni 2012 per Ende August 2012 (Urk. 7/97-98). Am 27. Juni 2012 attestierte Dr. B.____ mit Wirkung ab 21. Juni 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/101). Als Grund hierfür gab Dr. B.____ im Schreiben vom 22. August 2012 Schmerzen an und verwies auf die Behandlung in der Orthopädischen Universitätsklinik D.____ (Urk. 7/116). Mit Bericht vom 14. August 2012 informierten die behandelnden Ärzte der Uniklinik D.____ über die Konsultation vom Vortag und hielten nebst der bekannten Supra- und Infraspinatussehnenruptur rechts den Verdacht auf eine ausgeprägte Rotatorenmanschettenruptur der linken Schulter fest. Das Arthro-MRI der Schulter beidseits vom 1. Oktober 2012 brachte links eine Partialruptur des Musculus (M.) subscapularis und des M. infraspinatus, eine transmurale Ruptur der Sehne des M. supraspinatus -/ infraspinatus, Bizepsstendinopathie, verdicktes mediales glenohumerales Ligament, leichte AC-Gelenksarthrose zu Tage (Urk. 7/168). An der linken Schulter erfolgte am 30. November 2012 eine Schulterarthroskopie mit Rotatorenmanschettenrekonstruktion, Bizepsstenotomie und AC-Gelenksresektion (Urk. 7/155 und Urk. 7/184). Nachdem die Versicherte wiederholt schilderte, seit dem 5. Mai 2010 durchgehend an Beschwerden an der linken Schulter gelitten zu haben (Urk. 7/157, Urk. 7/170), erklärte SUVA-Arzt Dr. med. E.____, dass die Operation vom 30. November 2012 zu Lasten der Unfallversicherung gehe (Urk. 7/171). Entsprechend übernahm die SUVA auch die Kosten für die Voruntersuchungen und die

Verlaufskontrollen in der Uniklinik D.____ (Berichte vom 3. Dezember 2012 [Urk. 7/154], vom 16. Januar 2013 [Urk. 7/172], vom 4. März 2013 [Urk. 7/194], vom 27. Mai 2013 [Urk. 7/218]). Mit Schreiben vom 5. Dezember 2012 ersuchte die SUVA die Uniklinik D.____ um Auskunft zum Beschwerdebild der rechten sowie der linken Schulter, was mit Bericht vom 25. Januar 2013 eintraf (Urk. 7/184). Ferner stellte die SUVA Abklärungen über den Unfallhergang vom 5. Mai 2010 an (Urk. 7/205-207) sowie den Grund für die in Anspruch genommene physiotherapeutische Behandlung (Urk. 7/212-217; Urk. 7/221, Urk. 7/225). Diese Akten legte die SUVA Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie FMH, und Dr. med. G.____, Fachärztin für Chirurgie, Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin, vor, welche am 8. Juli 2013 eine chirurgische Beurteilung abgaben (Urk. 7/227).

E. 3

Gestützt hierauf lehnte die SUVA ihre Leistungspflicht in Bezug auf die Behandlung der linken Schulter mit Verfügung vom 29. Juli 2013 ab (Urk. 7/231) und ersuchte den Krankenversicherer, SWICA Krankenversicherung AG, um Rückerstattung von bereits bezahlten elf Rechnungen, darunter der Klinik D.____, derjenigen von Dr. med.

B.____ sowie der Physio Klinik A.____, im Betrag von insgesamt Fr. 12'080.15 (Urk. 7/230). Sie stützte sich hierbei auf Art. 117 Abs. 1 der Verordnung zum Krankenversicherungsgesetz. Hiergegen erhob die SWICA mit Schreiben vom 20. August 2013 Einsprache und beantragte, die Verfügung vom 29. Juli 2013 sei betreffend die Rückforderung und damit teilweise aufzuheben; auf eine Rückforderung der erbrachten Versicherungsleistungen sei zu verzichten (Urk. 7/233). Mit Entscheid vom 26. November 2013 wies die SUVA diese Einsprache ab (Urk. 2).

E. 3.1

Begründet ein Versicherungsfall einen Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen, bestehen aber Zweifel darüber, welche Sozialversicherung die Leistungen zu erbringen hat, so kann die berechtigte Person Vorleistung verlangen (Art. 70 Abs. 1 ATSG). Die berechtigte Person hat sich bei den in Frage kommenden Sozialversicherungen anzumelden (Art. 70 Abs. 3 ATSG). Der vorleistungspflichtige Versicherungsträger erbringt die Leistungen nach den für ihn geltenden Bestimmungen. Wird der Fall von einem anderen Träger übernommen, so hat dieser die Vorleistungen im Rahmen seiner Leistungspflicht zurückzuerstatten (Art. 71 ATSG; BGE 131 V 78 E. 2 S. 80 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_236/2008 vom 14. Oktober 2008 E. 3.1). Die Vorleistungspflicht nach Art. 70 ATSG setzt Zweifel darüber voraus, ob neben dem gemäss Art. 70 Abs. 2 ATSG als vorleistungspflichtig erklärten Zweigen gegenüber einem anderen in der jeweiligen Bestimmung bezeichneten Zweig beansprucht werden können. Wer die Zweifel vorbringt und weshalb sie bestehen, ist nicht massgebend. Wenn im Zeitpunkt der Leistungserbringung noch keine Zweifel an der Bestimmung des zuständigen Versicherungsträgers bestanden, diese aber nach der Leistungsausrichtung entstehen, liegt kein Anwendungsfall von Art. 70 ATSG vor; denn die Bestimmung knüpft daran an, dass Zweifel im genannten Zeitpunkt vorlagen. Es kann mithin eine allfällige Rückerstattung nicht auf Art. 71 ATSG gestützt werden, wenn die Leistung nicht als Vor-, sondern als unbedingte Leistung erbracht wurde (Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 70 Rz. 7; vgl. auch RKUV 1995 Nr. K 963 S. 76 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_512/2008 vom 14. Januar 2009 E. 3.1). 3. 2

Da nicht die Beschwerdegegnerin, sondern umgekehrt die Beschwerdeführerin im Zweifelsfall gegenüber der versicherten Person nach Art. 70 Abs. 2 lit. a ATSG vorleistungspflichtig ist, liegt keine Rückerstattungspflicht nach Art. 71 ATSG vor. Dies gilt unabhängig davon, ob die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Erbringung ihrer Leistungen an ihrer Leistungspflicht zweifelte oder nicht. Sie hat diese effektiv als nicht vorleistungspflichtiger Versicherungsträger erbracht, weshalb die Vorschriften, welche es dem vorleistungspflichtigen Versicherungsträger ermöglichen, nach erfolgter Abklärung über den effektiv leistungspflichtigen Träger, von diesem Erstattung der erbrachten Versicherungsleistungen zu verlangen, nicht zur Anwendung gelangen.

E. 4

Hiergegen erhob die SWICA am 10. Dezember 2013 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, der Einspracheentscheid vom 26. November 2013 sei betreffend die Rückforderung und damit teilweise aufzuheben; eventualiter sei ein Wiedererwägungs- bzw. Revisionsverfahren durchzuführen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde, soweit auf diese eingetreten werden könne (Urk. 6). Dies wurde der Beschwerdeführerin angezeigt (Urk. 8).

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

Die Beschwerdegegnerin stellt sich in ihrem Einspracheentscheid sowie in der Beschwerdeantwort auf den Standpunkt, sie habe ihre Leistungspflicht für die linke Schulter nie anerkannt. Selbst wenn aufgrund der kreisärztlichen Stellungnahme vom 16. Januar 2013 eine faktische Anerkennung der Leistungspflicht angenommen werden sollte, könnten die erbrachten Heilkostenleistungen gestützt auf Art. 53 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) zurückgefordert werden. Sie habe ihre Leistungen irrtümlich erbracht. Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, für die Rückforderung brauche es jedenfalls einen Rückkommenstitel im Sinne einer (prozessualen) Revision oder einer Wiedererwägung. Für beide seien die Voraussetzungen nicht gegeben. Ebenso wenig könne sich die Beschwerdegegnerin auf Art. 117 Abs. 1 KVV abstützen, weil sie die Rechnungen der Leistungserbringer nicht irrtümlich, sondern nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt bezahlt habe. Auch Art. 70 f. ATSG seien nicht einschlägig, da diese Bestimmungen dem vorleistungspflichtigen Sozialversicherungsträger ein Rückforderungsrecht zugestehen würden, die Zuständigkeit für Leistungspflicht betreffend die linke Schulter indes nicht ungewiss gewesen sei, sondern die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht faktisch bejaht habe. Auch die in Art. 25 Abs. 1 ATSG umschriebene Rückerstattungspflicht gründe zunächst auf einem

Rückkommenstitel. Es sei keineswegs als zweifellos unrichtig ausgewiesen, die Operation an der linken Schulter vom 30. November 2012 aufgrund der von der Versicherten geklagten Brückensymptome als unfallkausal zu bezeichnen.

2.

Antragsgemäss richtet sich die Beschwerde einzig gegen die

verfügte Rückforderung der Heilungskosten die linke Schulter betreffend. Damit einher geht indes eine rückwirkende Leistungsverweigerung, welche als Voraussetzung der Rückabwicklung von allenfalls zu Unrecht erbrachten Versicherungsleistungen nicht in Teilrechtskraft erwachsen kann. Obwohl daher der Charakter der Verfügung vom 29. Juli 2013 beigelegten Rechnung gleichen Datums (vgl. Urk. 7/230 in Verbindung mit Urk. 7/233 S. 2) vorerst offen bleiben kann (vgl. aber E. 6), war die Beschwerdeführerin als Krankenversicherer der versicherten Person befugt, gegen die rückwirkende Leistungseinstellung „pro Adressat“ die Rechtsmittel zu ergreifen (BGE 134 V 153 E. 5.3.1 S. 157). Insoweit ist auf die Beschwerde einzutreten. 3.

E. 4.1

Art. 117 KVV besagt folgendes: Hat der Krankenversicherer anstelle eines anderen Sozialversicherers zu Unrecht Leistungen ausgerichtet oder hat dies ein anderer Sozialversicherer anstelle des Krankenversicherers getan, so muss der entlastete Versicherer den Betrag, um den er entlastet wurde, dem anderen Versicherer rückvergüten, höchstens jedoch bis zu seiner gesetzlichen Leistungspflicht. Diesbezüglich hielt das Bundesgericht mit Hinweis auf die Lehre fest, dass Art. 117 KVV aus Irrtum oder Versehen ausgerichtete Leistungen des Sozialversicherers beschlage und unbesehen davon sich der Unfallversicherer auch bei Rückforderung faktisch von ihm anerkannter und übernommener Heilkosten gegenüber der Krankenkasse über den Rückkommenstitel der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung ausweisen müsse (Urteile des Bundesgerichts 8C_290/1010 vom 21. September 2010 und 8C_512/2008 vom 14. Januar 2009, E. 3.3 je mit Hinweisen). Mit der in Art. 53 ATSG festgelegten und im Rahmen der Rückerstattung nach Art. 25 Abs. 1 Satz 1 ATSG massgeblichen Ordnung, so das Bundesgericht in den zitierten Entscheiden, sei eine einheitliche Regelung für alle Sozialversicherungszweige geschaffen worden, wobei der Gesetzgeber betont habe, dass keine Ausnahmen vorgesehen seien. Angesichts dieser Ausgangslage seien konkretisierende Ordnungen, welche von Art. 53 ATSG abweichen würden, ausgeschlossen; allfälligen verordnungsmässigen Bestimmungen gingen mithin die Grundsätze der prozessualen Revision oder der Wiedererwägung vor. Im Übrigen habe die Regelung des ATSG als lex posterior Vorrang gegenüber Art. 117 KVV.

E. 4.2

Ein Rückkommen auf die faktische Leistungserbringung setzt demzufolge – unabhängig der gesetzlichen Grundlage der eigentlichen Rückforderung oder viel mehr Vergütung (vgl. E. 6) – voraus, dass die Voraussetzungen der prozessualen Revision (wegen vorbestandener neuer Tatsachen oder Beweismittel) oder der Wiedererwägung (wegen zweifelloser Unrichtigkeit der Leistungserbringung und erheblicher Bedeutung der Berichtigung) gegeben sind. Es bleibt zu prüfen, ob sich die Beschwerdegegnerin auf einen dieser Rückkommenstitel berufen kann.

E. 5.1

Gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG müssen formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide in Revision gezogen werden, wenn die versicherte Person oder der Versicherungsträger nach deren Erlass erhebliche neue Tatsachen entdeckt oder Beweismittel auffindet, deren Beibringung zuvor nicht möglich war. Solche neue Tatsachen oder Beweismittel sind innert 90 Tagen nach ihrer Entdeckung geltend zu machen; zudem gilt eine absolute zehnjährige Frist, die mit der Eröffnung der Verfügung zu laufen beginnt (

Art. 67 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 53 Abs. 1 ATSG; SVR 2012 IV Nr. 36 S. 140, 9C_896/2011 E. 4.2; 2012 UV Nr. 17 S. 63, 8C_434/2011 E. 3, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2012 vom 12. Dezember 2012 E. 3).

E. 5.2

Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zwei fellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Zweifellose Unrichtigkeit liegt vor, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass der Verwaltungsakt unrichtig war. Es darf nur ein einziger Schluss - derjenige auf dessen Unrichtigkeit - möglich sein, wobei die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung massgebend ist (BGE 126 V 399 E. 2b/ bb S. 401, 125 V 383 E. 3 S. 389 f. und E. 6a S. 393; SVR 2006 UV Nr. 17 S. 60 E. 5.2 [U 378/05]; Urteil des Bundesgerichts 8C_862/2010 vom 4. Januar 2011 E. 3). Zweifellose Unrichtigkeit liegt in der Regel vor, wenn eine Leistungszusprache auf Grund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wie dererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung in Bezug auf gewisse Schritte und Elemente notwendiger weise Ermessenszüge aufweist (SVR 2010 AHV Nr. 12 S. 42 E. 3.7 [9C_1094/2009], IV Nr. 5 S. 10 E. 2.2 [8C_1012/2008], 2006 UV Nr. 17 S. 60 E.

E. 5.3

Die behandelnden Ärzte berichteten erstmals mit Konsultationsbericht vom 14. August 2012 (Urk. 7/112) über Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in der linken Schulter. Darin führten die Ärzte der Uniklinik D.____ aus, die Beschwerdeführerin leide, wie schon im letzten Sprechstundenbericht bemerkt, unter einer chronischen, irreparablen Rotatorenmanschettenruptur der rechten Seite. Hier wäre ein

Latissimus

dorsi Transfer vorgesehen. Des Weiteren gebe die Beschwerdeführerin nun eine gleiche Symptomatik auf der linken Seite an. Diese ohne adäquates Trauma und noch mit einer relativ kurzen Dauer. Dieser Bericht vom 14. August 2012 ging bei der Beschwerdegegnerin am 16. August 2012 ein (s. Eingangsvermerk auf dem Ausdruck Urk. 7/112). Nach einer weiteren MRI-Untersuchung beider Schultern am 1. Oktober 2012 berichteten die Ärzte der Uniklinik D.____, dass auf der linken Seite die Rotatorenmanschettenruptur reparabel sei, weshalb hier für den 19. Oktober 2012 eine Operation geplant sei (Bericht vom 3. Oktober 2012, Urk. 7/127). Diese Dokumente wurden dem Kreisarzt Dr. med.

E.____ vorgelegt, der vorerst rückfragte, ob ein Schadensfall links bekannt sei, was seitens der Sachbearbeiterin verneint wurde (Urk. 7/130). Die Operation an der linken Schulter wurde schliesslich als auf den 30. November 2012 verschoben gemeldet (Urk. 7/131; vgl. Urk. 7/154-55). Mit dem Krankentaggeldversicherer traf die Beschwerdegegnerin eine Vorleistungsvereinbarung hinsichtlich der ab 21. Juni 2012 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/132, Urk. 7/135). Anschliessend erfolgte erneut eine Aktenvorlage an den Kreisarzt mit unter anderem der Frage, ob die Schulterbeschwerden links mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 5. Mai 2010 zurückzuführen seien, was Dr. E.____ am 15. November 2012 „mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit“ verneinte (Urk. 7/134). In der Folge versuchte die Beschwerdegegnerin abzuklären, in welchem Ausmass die Arbeitsunfähigkeit auf welche Schultersymptome (rechts oder links) bzw. auf das

krankheitswertige und abschliessend behandelte Karpaltunnelsyndrom zurückzuführen war (Urk. 7/145, Urk. 7/151) und es fand am 18. Dezember 2012 ein Aussendienstbesuch statt. Anlässlich dieser Besprechung schilderte die Versicherte das Ereignis vom 5. Mai 2010 wie folgt (Urk. 7/157): „Am 5. Mai 2010 habe ich eine grosse Maschine bedient, bei welcher mittels einer grossen Kurbel eine Achse von Hand betrieben werden muss. Die Kurbel muss mit beiden Händen im Uhrzeigersinn bestätigt werden. Die Maschine hat aber plötzlich zurückgeschlagen (Gegenuhrzeigersinn) und die Achse ist über mir zusammengekracht. Bei diesem Ereignis habe ich mir die Verletzungen an der linken

und rechten Schulter zugezogen“. Die rechte Schulter habe von Anfang an enorm stark geschmerzt und sei auch gleich in der Uniklinik D.____ geröntgt worden. Die linke Schulter sei am Anfang gar kein Problem im Verhältnis zu den starken Schmerzen in der rechten Schulter gewesen. Sie habe nach dem Unfall etwa zwei Monate weniger Kraft im linken Arm/der linken Schulter gehabt. Nach zwei Monaten sei ein starkes Brennen und Krabbeln dazugekommen, was sie veranlasst habe, den Klinikärzten im D.____ ebenfalls die linke Schulter zu zeigen. Ein neues Ereignis habe nach dem 5. Mai 2010 nicht stattgefunden. Auf erneute zweimalige Vorlage, wollte der Dr. E.____

wiederum wissen, ob die Kriterien für Brückensymptome betreffend die linke Schulter erfüllt seien (Urk. 7/160). Die behandelnden Ärzte (der Uniklinik D.____ und Dr. B.____) wurden wiederholt ersucht, Bericht zu erstatten (Urk. 7/162 -163; vgl. schon Urk. 7/106, 7/110, Urk. 7/113). Die Versicherte teilte am 14. Januar 2013 telefonisch mit, sie habe durchgehende Beschwerden in der linken Schulter gehabt (Urk. 7/170). Nach Vorlage der radiologischen Befunde und Beurteilungen der Uniklinik D.____ vom 4. und 8. April 2011 und 13. August 2012 betreffend ausschliesslich die rechte Schulter (Urk. 7/164-167) und vom 1. Oktober 2012 betreffend beide Schultern (Urk. 7/168) sowie der Telefonnotiz über die Angabe der Versicherten am 14. Januar 2013 erklärte Dr. E.____ am 16. Januar 2013 (Urk. 7/171): „Da die Versicherte durchgehend Beschwerden hatte, sind die Voraussetzungen für die Brückensymptome gegeben“ und erklärte, dass die Operation vom 30. November 2012 (an der linken Schulter) als unfallkausal zu Lasten der Beschwerdegegnerin gehen würde. Mit Schreiben vom 21. Januar 2013 erklärte die Beschwerdegegnerin dem Krankentaggeldversicherer gegenüber, für die Versicherungsleistungen für die linke Schulter aufzukommen (Urk. 7/173). Am 25. Januar 2013 berichteten die behandelnden Ärzte der Uniklinik D.____, dass die seit 21. Juni 2012 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit auf der Symptomatik in beiden Schultern gründe (Urk. 7/184). In der Folge klärte die Beschwerdegegnerin die erwerblichen Verhältnisse ab (Urk. 7/187 -191, Urk. 7/195-196, Urk. 7/202-203), holte Verlaufsberichte bei der Uniklinik D.____ (Urk. 7/194, Urk. 7/218) sowie Berichte über die durchgeführten Physiotherapien (Urk. 7/208-217, Urk. 7/219, Urk. 7/224-225) ein und klärte den Unfallhergang ab (Urk. 7/205). Diese Akten legte sie zur Beurteilung der fraglichen unfallbedingten Verletzung der linken Schulter dem Kompetenzzentrum Versicherungsmedizin vor (Urk. 7/226). Dr. med. W. F.____

und Dr. med. A. G.____ kam in ihrer Beurteilung vom 8. Juli 2013 (Urk. 7/227) zum Schluss, dass die einzige vorhandene Echtzeitdokumentation der linken Schulter (PD Dr. H.____ 22.11.2010) einen normalen Befund dokumentiere und keine Schmerzen erwähnt

würden. Die Beschwerden an der linken Schulter würden erstmals am 14. August 2012 (Arztbericht der Uniklinik D.____) erwähnt. Dabei werde dokumentiert, dass diese linksseitigen Schulterschmerzen erst relativ kurze Zeit bestünden und ohne adäquates Trauma aufgetreten seien. Zudem bleibe das Unfallereignis vom 5. Mai 2010 unklar. Die Versicherte habe innerhalb der letzten drei Jahre differente Angaben über den Unfallhergang gemacht. Weder ein Sturz in den Container noch ein Rückstoss durch die Kurbel, die sich praktisch ohne Kraftaufwand bedienen lasse, liessen sich vereinbaren mit einem adäquaten Schultertrauma, das zu diesen Rotatorenmanschettenpathologien beidseits geführt haben soll. Zudem sprächen die ersten MRI-Bilder der rechten Schulter sieben Tage nach Ereignis mit bereits vorhandener Muskelatrophie des Supra- und Infraspinatus gegen eine frische Sehnenverletzung der Schulter(n). An beiden Schultergelenken, AC-Gelenken und beidseits am Acromion seien degenerative Veränderungen sichtbar, die für ein beidseitiges chronisches Schulterleiden sprechen würden aufgrund von vorbestehenden strukturellen Veränderungen. Sie kamen daher zum Schluss, dass die Rotatorenmanschettenruptur links, welche über zwei Jahre seit dem geltend gemachten Ereignis vom 5. Mai 2010

E. 5.4

Die Voraussetzungen der prozessualen Revision sind zweifellos nicht gegeben. Der Bericht der Uniklinik D.____ vom 14. August 2012 (Urk. 7/112), worin erstmals von Symptomen in der linken Schulter die Rede war, kam der Beschwerdegegnerin schon vor der effektiven Leistungserbringung zu und hätte bereits damals zur Verneinung der Unfallkausalität bzw. zu weiteren Abklärungen diesbezüglich führen müssen. Die nachträglichen Erkenntnisse über den Unfallhergang sowie die Aktenbeurteilung von Dr. F.____ und Dr. G.____ stellen keine neuen Beweismittel im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG dar, da sie bei hinreichender Sorgfalt bereits früher hätten beigebracht werden können.

In der Tat bestanden von Anfang an Zweifel an der Unfallkausalität der linksseitigen Schulterbeschwerden, was die wiederholte Aktenvorlage an Kreisarzt Dr. E.____ belegt. Die Leistungen wurden schliesslich erbracht, weil die Versicherte anlässlich der Besprechung vom 18. Dezember 2012 (Urk. 7/157) und am 14. Januar 2013 (Urk. 7/170) telefonisch behauptete, seit dem Unfall auch Beschwerden an der linken Schulter gehabt zu haben, was jedoch nicht der medizinischen Aktenlage entspreche, worin ausschliesslich von rechtsseitigen Schulterbeschwerden berichtet

wurde bzw. linksseitig einzig das krankheitsbedingte Karpaltunnelsyndrom Erwähnung fand. Dass die Beschwerdegegnerin entgegen der ursprünglichen Feststellungen von Dr. E.____ und ausschliesslich aufgrund der nicht belegten, nachträglichen Behauptungen der Versicherten die Behandlungskosten für die linke Schulter dennoch übernahm, war zweifellos unrichtig. Ein anderer Schluss lassen sowohl die bereits im Zeitpunkt der Leistungsübernahme vorhandenen medizinischen Berichte als auch die in allen Teilschlüssige und gestützt auf sämtliche medizinische Akten dargelegte

Beurteilung von Drs. F.____ und G.____ nicht zu. Deren Schlussfolgerungen in Bezug auf die linke Schulter widersprechen auch die behandelnden Ärzte der Uniklinik D.____ nicht. Die Beschwerdegegnerin verneinte daher zu Recht einen Anspruch auf Versicherungsleistungen für die Behandlung der linken Schulter und deren Folgen. Die für die rückwirkende Leistungseinstellung notwendige zweite Voraussetzung der erheblichen Bedeutung ist angesichts der Kosten (Fr. 12'080.15 zuzüglich Anteil Taggeld) wohl

ebenfalls (knapp) gegeben, obwohl mangels Vorliegen der in Frage stehenden Rechnungen nicht abschliessend beurteilt werden kann, ob darin auch Abklärungskosten, welche jedenfalls zu Lasten der Beschwerdegegnerin gehen (Art. 45 Abs. 1 ATSG), ent halten sind. 6.

Zu prüfen bleibt, ob und unter welchem Titel die Beschwerdegegnerin von der Beschwerdeführerin eine Rückforderung geltend machen kann. 6.1

Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin als Trägerin einer Sozialversicherung nicht befugt ist, gegenüber gleichgestellten Trägern desselben oder eines anderen Sozialversicherungszweiges verfügungsweise über Rechte und Pflichten zu befinden (BGE 130 V 215 E. 5.3 S. 222, 120 V 489 E. 1a S. 491; Urteil des Bundesgerichts U 177/01 vom 23. November 2001 E. 2a mit Hinweisen).

Dabei kann offen gelassen werden, ob der effektiven Leistungserbringung ein Versehen im Sinne von Art. 117 Abs. 1 KVV (vgl. E.)

zugrunde liegt, das heisst ob die Beschwerdegegnerin irrtümlich, aufgrund Nichtbeachtung relevanter Akten, oder ob sie aufgrund unrichtiger rechtlicher Beurteilung leistete, indem sie die Aussagen der Versicherten zu Unrecht über die Aussagekraft der medizinischen Aktenlage stellte.

Ferner ist festzuhalten, dass Art. 25 ATSG die Rückerstattung unrechtmässig bezogener Leistungen regelt . Bei dem hier geltend gemachten Rückforderungsanspruch handelt es sich jedoch einerseits um den Ersatz von zu Unrecht ausgerichteten Sachleistungen (Art.

E. 010

nicht behandelt worden sei, nicht mit mindestens überwiegen der Wahrscheinlichkeit durch das vorgenannte Ereignis verursacht worden sei. Gestützt auf diese Aktenbeurteilung erfolgte die Verfügung vom 29. Juli 2013 (Urk. 7/231), wonach der Anspruch für Versicherungsleistungen für die linke Schulter rückwirkend verneint wurde, bestätigt im hier angefochtene Einspracheentscheid vom 26. November 2013 (Urk. 2).

Am 11. September 2013 (Urk. 7/238) berichteten die behandelnden Ärzte der Uniklinik D. ___ über die Verlaufskontrolle und fügten zur Unfallkausalität an, aufgrund ihrer Akten könne festgehalten werden, dass die Patientin im Februar 2011 wegen ihrer rechten Schulter zugewiesen worden sei und dabei ein Unfallereignis im Mai 2010 angegeben worden sei. Eine operative Therapie sei besprochen (ein zweites Mal im Oktober 2011), jedoch infolge auch des subjektiven Leidensdruckes hinausgezögert worden. Im August 2012 habe sich die Patientin erneut vorgestellt und erstmals Schmerzen auf der linken Schulter erwähnt, gemäss ihren Akten von relativ kurzer Dauer und ohne adäquates Trauma. Insofern könnten sie aufgrund ihrer Aktenlage betreffend die linke operierte Seite kein sicheres Traumaereignis angeben, im Gegensatz zur rechten Seite. Ob die linksseitigen Schulterschmerzen auch durch das Trauma im Mai 2012 entstanden, aber nicht ausdrücklich rapportiert worden seien, könne nicht gesagt werden.

E. 14

ATSG), welche zudem nicht der Beschwerdeführerin „bezahlt“ wurden, sondern Leistungserbringern bzw. der versicherten Person. Als Rückerstattungspflichtig bezeichnet Art. 2 der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) denn auch die Bezüger oder Bezügerinnen der unrechtmässig gewährten Leistungen (lit .

a), Dritte oder Behörden, denen Geldleistungen zur Gewährung zweckmässiger Verwendung ausbezahlt (lit . b) oder nachbezahlt wurde (lit . c). Dabei hält Art. 2 Abs. 3 ATSV fest, dass der Anspruch des Versicherers auf Rückerstattung sich im Umfang, in welchem die unrechtmässig gewährten Leistungen gemäss der Regelung der einzelnen Sozialversicherungen mit Nachzahlung anderer Sozialversicherungen verrechnet werden können, gegen den nachzahlungspflichtigen Versicherer richtet. Soweit Art. 3 ATSV daher den Erlass einer Verfügung über den Umfang der Rückforderung vorschreibt, kann sich dies nur im Verhältnis zwischen Versicherungsträger und Versicherte bzw. an ihrer s tatt zum Leistungsempfänger berechnen (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_371/2012 vom 26. Oktober 2012 E. 5.2 und 8C_512/2008 vom 14. Januar 2009 E. 4.2; Kieser , Rückforderung unrechtmässig bezogener Leistungen von Dritten [unter besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherung] in: Schaffhauser/ Kieser H rsg., Sozialversicherungsrechtstagung 2010, St. Gallen 2011, S. 217 ff. , S. 227 f.) . 6.2

Soweit im angefochtenen Einspracheentscheid eine Rückforderung gegenüber der Beschwerdeführerin festgesetzt wird, erweist sich dieser daher als nichtig (BGE 120 V 489 E. 1a) , und ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - SWICA Krankenversicherung AG - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Y.____ , Rapperswilerstrasse 37, 8620 Wetzikon ZH - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstMöckli

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