



Abteilung III
C-682/2015

Urteil vom 13. Februar 2019

Besetzung

Richter Daniel Stufetti (Vorsitz),
Richter Vito Valenti,
Richterin Michela Bürki Moreni,
Gerichtsschreiberin Karin Wagner.

Parteien

A. _____ Versicherung AG,
Beschwerdeführerin,

gegen

1. **B. _____ Kranken- und Unfallversicherungen AG,**
vertreten durch Dr. iur. Peter Philipp, Rechtsanwalt,

2. **C. _____ Versicherung AG,**
Beschwerdegegnerinnen,

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Kranken-
und Unfallversicherung, 3003 Bern,
Vorinstanz.

Gegenstand

Unfallversicherung, Kostenaufteilung der Leistungen unter
mehreren Unfallversicherern; Verfügung BAG vom 22. De-
zember 2014.

Sachverhalt:

A.

Vorbemerkung: Zur Paginierung der Vorakten und der eingereichten Akten der Parteien wird auf E. 4.4 hiernach verwiesen.

B.

B.a Frau E. _____ (*im Folgenden*: Versicherte) kollidierte am 7. September 2000 als Lenkerin eines Personenwagens frontalseitlich mit einem von rechts in die Hauptstrasse einmündenden, vortrittsbelasteten Fahrzeug. Dabei zog sie sich eine Distorsion der Halswirbelsäule und eine Lumboischialgie L3/4 zu (M1, M2, M3, M4, M5, M8, M9, M11, M14, M16, M17, M18, M19, M20, M21, Vorakten doc. 67, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 88, 89a, 89b, 102, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 113, 112, 114, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 358; BVGer act. 1/64, 1/65, 1/66, 1/69, 1/70, 1/71, 1/72, 1/74, 1/75, 1/76, 1/77, 1/80, 1/81, 1/82, 1/83, 1/84, 24/3). Die Versicherte war zunächst vollständig arbeitsunfähig (M2, M4, M5, M9; Vorakten doc. 82, 86, 87, 89, 114, 118, 119, 122; BVGer act. 1/76, 1/80, 1/81, 1/83), jedoch konnte sie später ihre angestammte Tätigkeit als Köchin wieder mindestens teilweise aufnehmen (M11, M12, M14, M15, M16, M20, M21, M25; Vorakten doc. 67, 70, 71, 78, 79, 80, 81, 99, 102, 103, 110, 111, 112, 113; BVGer act. 1/61, 1/64, 1/65, 1/72, 1/73, 1/74, 1/75, 24/1, 24/2, 24/3). Aufgrund der anhaltenden Beschwerden suchte sie monatlich die Praxis von Dr. F. _____ auf (M16, A6, Vorakten doc. 50, 78, 110, 142; BVGer act. 1/45, 1/72, 24/6) und nahm wöchentlich an Physiotherapiesitzungen teil (M11, M14, M17, M19, M20, A6; Vorakten doc. 50, 71, 72, 77, 80, 81, 103, 104, 109, 112, 113, 142; BVGer act. 1/45, 1/65, 1/66, 1/71, 1/74, 1/75, 24/6). Im Zeitpunkt des Unfalls war sie als Köchin beim Alters- und Pflegeheim G. _____ angestellt (A1; Vorakten doc. 35, 56, 127, 148; BVGer act. 1/30, 1/51) und bei der A. _____ Versicherungen AG (*im Folgenden*: Beschwerdeführerin oder A. _____) obligatorisch versichert (A1; Vorakten doc. 35, 56, 127, 148; BVGer act. 1/30, 1/51), welche für die Unfallkosten aufkam.

B.b Am 19. September 2003 wurde die Versicherte in einen zweiten Verkehrsunfall mit seitlicher Kollision auf der Autobahn verwickelt, bei welchem sie sich erneut ein Schleudertrauma sowie eine BWS-Kontusion zuzog und wieder zu 100 % arbeitsunfähig wurde (M23, M26; Vorakten doc. 66, 68, 98, 100, 356/641, 377, 395, 402, 404, 405, 406, 642, 674, 709; BVGer act. 1/60, 1/62).

Im Zeitpunkt des erneuten Unfalls war sie bei der C._____ Versicherungen AG (*im Folgenden*: Beschwerdegegnerin 2 oder C._____) obligatorisch versichert (Vorakten doc. 34, 126, 407; BVGer act. 1/29), welche die Kosten für diesen zweiten Unfall zunächst übernahm. Da die Arbeitsunfähigkeit andauerte (Vorakten doc. 356/641, 377, 642, 674, 709), wurde bei der Invalidenversicherung eine Umschulung zur medizinischen Praxisassistentin beantragt, welche bewilligt wurde und im August 2004 begann (Vorakten doc. 353, 366, 797).

Ein von der Beschwerdegegnerin 2 bei Dr. H._____ in Auftrag gegebenes neurologisches Gutachten vom 24. Mai 2005 ergab (M27, Vorakten doc. 65, 97, 253, 256, 273, 326; BVGer act. 1/59), dass die Versicherte als Köchin zu 100 % arbeitsunfähig sei und während dem Praktikum als medizinische Praxisassistentin allenfalls eine reduzierte Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Neurologin wies die Beschwerden der Versicherten zu 50 % dem ersten und zu 50 % dem zweiten Unfall zu. Daraufhin liess die Beschwerdegegnerin 2 eine biomechanische Kurzbeurteilung durch die Arbeitsgruppe für Unfallmechanik erstellen, welche am 14. Juli 2005 ergab (Vorakten doc. 301, 816), dass die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) 10-15 km/h gewesen sei, was aufgrund der Vorschädigung der HWS der Versicherten oberhalb der Harmlosigkeitsgrenze liege, die Beschwerden bei der BWS und LWS jedoch nicht zu erklären vermöchten. Im Anschluss an die biomechanische Beurteilung stellte die Beschwerdegegnerin 2 ihre Leistungen mit Verfügung vom 18. August 2005 per 31. August 2005 mit der Begründung der fehlenden Adäquanz ein (Vorakten doc. 252, 257, 272, 294, 808) und bestätigte ihre Verfügung mit Einspracheentscheid vom 5. April 2006 (Vorakten doc. 240, 241, 260, 262, 282, 284). Eine dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht des Kantons Aargau am 21. November 2007 gutgeheissen (Vorakten doc. 232, 553, 585, 690, 726), da mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes zu rechnen und der Endzustand zum Zeitpunkt der Leistungseinstellung am 31. August 2005 noch nicht erreicht gewesen sei.

Ab dem 6. Februar 2006 absolvierte die Versicherte ein Praktikum als medizinische Praxisassistentin (Vorakten doc. 803). Die Schmerzen mit vegetativen Begleitsymptomen nahmen mit Beginn des Praktikums zu und führten zu Absenzen. In der Folge wurde das Arbeitspensum auf 80 % reduziert (Vorakten doc. 795).

B.c Am 23. Mai 2006 ereignete sich ein dritter Autounfall (Vorakten doc. 652, 671, 706). Die Beschwerdeführerin zog sich erneut eine HWS-Distorsion zu und war zunächst zu 100 % arbeitsunfähig (Vorakten doc. 626, 644, 672, 678, 707, 713). Sie konnte die Arbeitsfähigkeit in der Folge bis September 2006 auf 60 % steigern (Vorakten doc. 650, 605, 684, 720). Die Kosten dieses Unfalls wurden von der B. _____ Kranken- und Unfallversicherung (*im Folgenden*: Beschwerdegegnerin 1 oder B. _____) erstattet (Vorakten doc. 36, 128, 640, 675, 710; BVGer act. 1/31). Am 1. März 2008 trat die Versicherte eine Stelle als medizinische Praxisassistentin mit einem Pensum von 50 % an (Vorakten doc. 37, 129, 582, 692, 728; BVGer act. 1/32). Im November 2008 wechselte sie die Stelle und arbeitete fortan zu 50 % bei der I. _____ (Vorakten doc. 39, 131, 658, 664; BVGer act. 1/34).

Da ein Unfallverarbeitungscoaching und medizinische Behandlungen nicht den gewünschten Erfolg brachten, wurde ein Gutachten bei der MEDAS J. _____ veranlasst. Im MEDAS-Gutachten vom 20. April 2010 (M28; Vorakten doc. 60, 92, 181, 441; BVGer act. 1/54) wurde der natürliche Kausalzusammenhang der erlittenen drei Autounfälle mit den geltend gemachten Beschwerden und der daraus resultierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bejaht. Zudem wurde zu den Verursachungsanteilen der einzelnen Unfälle Stellung genommen und festgehalten, der Unfall vom 7. September 2000 sei zu 60 %, der Unfall vom 19. September 2003 zu 20 % und der Unfall vom 23. Mai 2006 zu 20 % ursächlich.

Die B. _____ erbrachte vorerst weiterhin Leistungen und stellte schliesslich mit Verfügung vom 22. Juni 2011 (Vorakten doc. 204, 423) wegen fehlender Adäquanz per 30. Juni 2011 ihre Leistungen ein. Die C. _____ erliess in Absprache mit der A. _____ (Vorakten doc. 194) am 1. Februar 2012 ebenfalls eine Verfügung (Vorakten doc. 193, 410), mit welcher der Anspruch auf Versicherungsleistungen für die Unfälle vom 7. September 2000 und 19. September 2003 per 30. Juni 2011 endete. Diese Verfügungen erwuchsen unangefochten in Rechtskraft.

B.d Am 25. Mai 2009 (M28; Vorakten doc. 60, 92, 181, 441, 466, 492; BVGer act. 1/54) erlitt die Versicherte in der S-Bahn einen Schlag auf den Kopf, der dazu führte, dass sie zwei Wochen lang Kopfschmerzen hatte und drei Tage mit der Arbeit aussetzen musste. Ansonsten führte dieser vierte Unfall zu keinen weiteren Folgen.

C.

C.a Nach Abschluss des Falles bemühte sich die B._____ ihren gesamten Aufwand gemäss Leistungsabrechnung in der Höhe von Fr. 169'077.90 (BVGer act. 1/15) gegenüber den Haftpflichtversicherern der unfallverursachenden Fahrzeuge auf dem Regressweg geltend zu machen. Da keine Einigung zu Stande kam und einer der beteiligten Haftpflichtversicherer verlangte, dass zuerst der Ausgleich gemäss Art. 100 Abs. 2 UVV durchgeführt werden müsse, versuchte die B._____ mit den früheren Unfallversicherern gestützt auf das MEDAS-Gutachten eine gütliche Einigung für die Aufteilung der Kosten zu finden (A28; Vorakten doc. 21, 159; BVGer act. 1/14). Nachdem sich die beteiligten Unfallversicherer nicht einigen konnten (A29; Vorakten doc. 20, 151, 176; BVGer act. 1/13), gelangte die B._____ mit Schreiben vom 15. April 2014 (Vorakten doc. 1) an das Bundesamt für Gesundheit (*im Folgenden: BAG oder Vorinstanz*), damit das Amt gestützt auf Art. 78a UVG eine Verfügung betreffend Zuweisung des Aufwandes von Fr. 169'077.90 auf die beteiligten Unfallversicherer erlasse.

C.b Mit Verfügung vom 22. Dezember 2014 (A39; Vorakten doc. 7; BVGer act. 1/1) stellte das BAG fest, dass die Versicherte sowohl beim zweiten wie auch beim dritten Unfall jeweils noch wegen der Folgen der vorhergehenden Unfälle in ärztlicher Behandlung und teilweise arbeitsunfähig gewesen sei, womit Art. 100 Abs. 2 UVV zur Anwendung komme (vgl. Verfügung E. 3.2).

Das BAG führte aus, vor Erreichen des Endzustandes komme der Adäquanz keine spezielle, haftungsbeschränkende Funktion zu. Die natürliche und adäquate Kausalität sei in diesem Fall deckungsgleich. Für die regressweise Haftung der A._____ genüge eine blosser Teilursache des Unfalls vom 7. September 2000. Die A._____ könne also erst und nur dann aus der Haftung entlassen werden, wenn sie mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beweisen könne, dass der Unfall vom 7. September 2000 zu einem bestimmten Zeitpunkt vor der Leistungseinstellung per 30. Juni 2011 jegliche ursächliche Bedeutung verloren habe. Ein entsprechender Beweis werde weder geführt noch sei ein solcher erstellt (vgl. Verfügung E. 5.1). Es gehe um die Aufteilung der natürlichen Kausalität der drei Schadensursachen. Diese Kausalitätszuteilung sei ein medizinisches Problem, welches anhand der vorliegenden medizinischen Akten und des MEDAS-Gutachtens zu beurteilen sei (vgl. Verfügung E. 6). Aus den Unterlagen gehe klar hervor, dass der erste Unfall vom 9. Sep-

tember 2000 (recte 7. September 2000) derjenige mit der höchsten Intensität und dem grössten Schädigungspotential gewesen sei (vgl. Verfügung E. 8.1).

Das BAG folgte bei der Kostenaufteilung der im MEDAS-Gutachten ermittelten Aufteilung der Kausalitätsanteile, entsprechend wurde die A. _____ verpflichtet Fr. 101'446.70 (60 % von Fr. 169'077.90), und die C. _____ Fr. 33'815.60 (20% von Fr. 169'077.90) der B. _____ zu vergüten (vgl. Verfügung E. 9).

D.

Gegen die Verfügung vom 22. Dezember 2014 erhob die A. _____ am 2. Februar 2015 (BVGer act. 1) Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht und beantragte, 1) es sei die Verfügung des BAG vom 22. Dezember 2014 aufzuheben und das Gesuch der Beschwerdegegnerin 1 vom 15. April 2014 um Aufteilung der Kosten/Aufwendungen der B. _____ für die Periode Mai 2005 (recte Mai 2006) bis Juni 2011 im Gesamtbetrag von Fr. 169'077.90 unter den beteiligten Unfallversicherern im Sinne von Art. 100 Abs. 2 UVV abzuweisen; 2) eventualiter sei die Verfügung des BAG vom 22. Dezember 2014 aufzuheben und das Gesuch der Beschwerdegegnerin vom 15. April 2014 um Aufteilung der Kosten/Aufwendungen der B. _____ für die Periode Mai 2005 (recte Mai 2006) bis Juni 2011 im Gesamtbetrag von Fr. 169'077.90 unter den beteiligten Unfallversicherer gemäss Art. 100 Abs. 2 UVV im Sinne einer maximalen Beteiligung der Beschwerdeführerin von Fr. 5'367.- teilweise gutzuheissen; 3) subeventualiter sei die Verfügung des BAG vom 22. Dezember 2014 aufzuheben und das BAG anzuweisen, über die Frage der internen Aufteilung und der Höhe der Beteiligung neu zu entscheiden; 4) unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Zur Begründung brachte die Beschwerdeführerin zusammenfassend vor, die Anwendung von Art. 100 Abs. 2 UVV könne nicht zum Resultat führen, dass der Vorversicherer im Innenverhältnis mehr leisten müsse, als er es im Aussenverhältnis hätte tun müssen. Die Voraussetzungen für eine Adäquanzprüfung (im Innenverhältnis) seien vorliegend erfüllt. Die Beschwerden der Versicherten seien ab Mai 2001 nicht mehr in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem Ereignis vom 7. September 2000 zu sehen. Es bestehe somit kein Raum für eine Rückforderung der von der Beschwerdegegnerin ab 2006 erbrachten Leistungen. Selbst wenn die Adäquanz bejaht würde, müsste sich der Anteil der Beschwerdeführerin an den

Leistungen der Beschwerdegegnerin 1 auf einen viel geringeren Betrag beschränken. Das Maximum müsse hier Fr. 5'367.- betragen.

E.

Der mit Zwischenverfügung vom 5. Februar 2015 (BVGer act. 2) eingeforderte Gerichtskostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.- ging am 16. Februar 2015 bei der Gerichtskasse ein (BVGer act. 4).

F.

Mit Schreiben vom 10. März 2015 (BVGer act. 6) gab die Beschwerdegegnerin 2 (C. _____) gegenüber dem Bundesverwaltungsgericht im Sinne einer Beschwerdeantwort bekannt, dass sie ihre Leistungspflicht im Umfang von 20 % im Rahmen der Kostenaufteilung für den Zeitraum von Mai 2006 bis Juni 2011 weiterhin akzeptiere.

G.

Am 10. April 2015 (BVGer act. 9) reichte die Beschwerdegegnerin 1 (B. _____) beim Bundesverwaltungsgericht ihre Beschwerdeantwort ein und beantragte die Abweisung der Beschwerde unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin mit der Begründung, der Endzustand sei per 30. Juni 2011 erreicht gewesen, weshalb eine frühere Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs nicht habe erfolgen dürfen. Der adäquate Kausalzusammenhang sei in einer Gesamtbetrachtung aller sich ereigneten Unfälle zu prüfen und nicht isoliert auf ein einzelnes Unfallereignis, wie wenn sich kein weiterer Unfall ereignet hätte. Die medizinische und unfallanalytische Faktenlage würde dafür sprechen, dass das erste Unfallereignis am weitaus heftigsten gewesen, und die Einschätzung der Ärzte der MEDAS J. _____, wonach dem ersten Unfall 60 % zuzusprechen, dem zweiten 20 % und dem dritten 20 %, nicht zu beanstanden sei. Die Vorinstanz habe sowohl den Sachverhalt korrekt wiedergegeben, als auch die rechtliche Subsumtion richtig vorgenommen.

H.

Mit Vernehmlassung vom 27. April 2015 (BVGer act. 10) beantragte die Vorinstanz, die Beschwerde sei abzuweisen. Zur Begründung verwies sie auf ihre Verfügung vom 22. Dezember 2014 und brachte ergänzend vor, die einmal anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers entfalle erst, wenn der Unfall nicht länger die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstelle. Solange der frühere Versicherer nicht nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegen könne,

dass der von ihm zu verantwortende Unfall keine auch nur teilkasale Bedeutung mehr habe, bleibe er im Rahmen der Verursachung mitverantwortlich. Zum Zeitpunkt des zweiten Unfalls sei der Endzustand noch nicht erreicht gewesen, vielmehr habe der Schadeninspektor festgehalten, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Der erste Unfall habe zu einer massgeblichen Angeschlagenheit und Vulnerabilität geführt, so dass sich die Folgen der neuen Unfälle wesentlich schwerer ausgewirkt hätten. Diese Entwicklung habe die Beschwerdeführerin gemäss Art. 100 Abs. 2 UVV im Rahmen der Verursachung mitzutragen. Die Aufteilung der Kausalitätsanteile sei nach medizinischen Kriterien zu beurteilen. Der im beweiswertigen MEDAS-Gutachten ermittelte Kausalitätsanteil von 60 % für den ersten Unfall, sei ohne weiteres nachvollziehbar, da er der schwerwiegendste gewesen sei, und der zweite Unfall ohne den ersten zu keiner Chronifizierung geführt hätte. Entsprechend sei an der Aufteilung nach der Verursachung von 60 % - 20 % - 20 % festzuhalten.

I.

Mit Replik vom 28. August 2015 (BVGer act. 16) nahm die Beschwerdeführerin eingehend zur Vernehmlassung der Vorinstanz Stellung und stellte insbesondere fest, im Innenverhältnis seien sämtliche Elemente, welche die Kausalität und Haftung einschränken würden, namentlich der Endzustand und die Adäquanz, ebenfalls anwendbar, wobei sie jeweils allein bezogen auf die einzelnen Ereignisse zu beurteilen seien, für die der einzelne Unfallversicherer im Innenverhältnis einzustehen habe. Mit der Ausgleichspflicht unter Versicherern solle einzig vermieden werden, dass der neue Versicherer materiell für Schadenfälle einstehen müsse, für die er keine Prämien erhalten habe. Gemäss ihrem beratenden Psychiater überzeuge die Diagnose einer Neurasthenie nicht, da diese in der Regel Folge einer entsprechenden Anlage sei. Auf das MEDAS-Gutachten und die darin enthaltene Kostenaufteilung könne nicht abgestellt werden, da es sich um eine rein medizinisch-theoretische Grobschätzung handle, welche sich zudem auf die spezifische Situation im März 2010 beziehe. Die Beurteilung des Versicherungsgerichts Aargau vom 21. November 2007 könne im Innenverhältnis nicht massgebend sein, da die C. _____ im Aussenverhältnis nach der klaren Regelung von Art. 100 Abs. 2 UVV als federführender Versicherer für beide Unfälle hafte. Aus den dargelegten Gründen sei ein interner Ausgleich abzulehnen.

J.

Duplikweise teilte die C. _____ am 28. September 2015 (BVGer act. 18)

dem Bundesverwaltungsgericht mit, sie sei nach wie vor mit dem Verteilungsschlüssel einverstanden. Die Ausführungen der Beschwerdeführerin, wonach die Adäquanzprüfung auch im Innenverhältnis anwendbar sei, seien zu wenig belegt, um daraus einen Anspruch auf eine Neubeurteilung unter Berücksichtigung des adäquaten Kausalzusammenhangs geltend zu machen. Im Übrigen sei der erste Unfall nicht nur gemäss den subjektiven Angaben der Versicherten der schwerwiegendste, auch die biomechanischen Analysen der drei Unfälle würden dies bestätigen. Den Ausführungen der Beschwerdeführerin in der Replik vom 28. August 2015 sei nicht zu folgen.

K.

In ihrer Duplik vom 5. Oktober 2015 (BVGer act. 19) hielt die B._____ an ihren bisherigen Begehren und deren Begründung fest, nahm zur Replik der Beschwerdeführerin eingehend Stellung und führte insbesondere aus, soweit die Beschwerdeführerin behaupte, der Endzustand sei im Mai 2001 erreicht gewesen, so hätte sie eine Rente und Integritätsentschädigung prüfen müssen, was sie richtigerweise nicht getan habe. Der von der Beschwerdeführerin beigezogene Arzt Dr. K._____ stufe die prozentuale Verursachung des Erstereignisses mit 50 % ein und liege damit leicht unter der im MEDAS-Gutachten geschätzten 60 %. Dr. K._____ ziehe damit dieselben Schlüsse, wie die MEDAS-Gutachter und gewichte die einzelnen Unfallfolgen nur leicht abweichend. Die Beschwerdegegnerin 1 resümierte, das BAG habe in seiner Verfügung vom 22. Dezember 2014 die Rechtsgrundlagen korrekt angewandt und sich zurecht auf das schlüssige MEDAS-Gutachten gestützt. Auch aus biomechanischer Sicht sei die Gewichtung richtig. Der erste Unfall sei mit Abstand der gravierendste gewesen.

L.

Nachdem die Vorinstanz keine Duplik eingereicht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Instruktionsverfügung vom 20. Oktober 2015 (BVGer act. 20) geschlossen.

M.

Auf Nachfrage seitens des Bundesverwaltungsgerichts (BVGer act. 21) sandte die Beschwerdeführerin am 23. November 2017 (BVGer act. 24) sich bereits bei den Akten befindende Unterlagen ein (BVGer act. 24/3-24/8) sowie nicht aktenkundige Arztzeugnisse vom 26. Februar 2001 (M12, BVGer act. 24/1), 2. September 2002 (BVGer act. 24/2), 18. September 2002 (BVGer act. 24/2) und 30. Oktober 2002 (BVGer act. 24/2) betreffend

teilweise Arbeitsunfähigkeit und eine Leistungsübersicht vom 26. August 2015 (BVGer act. 24/9).

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Gemäss Art. 31 VGG (SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 VwVG (SR 172.021). Bei der angefochtenen Verfügung des BAG vom 22. Dezember 2014 handelt es sich um eine Verfügung im Sinne von Art. 5 VwVG. Zulässig sind Beschwerden gegen Verfügungen von Vorinstanzen gemäss Art. 33 VGG. Nach Art. 78a UVG des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung in der vorliegend anwendbaren Fassung vom 1. April 2006 (UVG, SR 832.20, in Kraft bis Dezember 2016) erlässt das BAG bei geldwerten Streitigkeiten zwischen Versicherern eine Verfügung. Das BAG, welches vorliegend verfügt hat, ist im Sinne von Art. 33 lit. d VGG eine Vorinstanz des Bundesverwaltungsgerichts; eine sachliche Ausnahme gemäss Art. 32 VGG liegt nicht vor. Das Bundesverwaltungsgericht ist somit für die Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Die Beschwerdeführerin hat am Verfahren vor der Vorinstanz teilgenommen, ist durch die angefochtene Verfügung besonders berührt und hat an deren Aufhebung oder Änderung ein schutzwürdiges Interesse, womit sie im Sinne von Art. 48 Abs. 1 lit. a bis c VwVG zur Beschwerde legitimiert ist.

1.3 Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht (vgl. Art. 50 ff. VwVG) eingereicht und der einverlangte Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 4'000.- fristgerecht geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.4 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).

1.5 Die Beschwerdegegnerinnen 1 und 2 nahmen am Verfahren vor dem BAG ebenfalls teil. Die Beschwerdegegnerin 1 verlangte die teilweise Rückvergütung der Kosten nach dem dritten Unfall und die Beschwerdegegnerin 2 wurde vom BAG im Umfang von 20 % zur Beteiligung an diesen

Kosten verpflichtet. Die Verfügung des BAG in Anwendung von Art. 78a UVG greift demnach in den Bestand der Rechte und Pflichten der Beschwerdegegnerinnen ein. Beide Beschwerdegegnerinnen sind mit der Kostenaufteilung, welche das BAG in seiner Verfügung vom 22. Dezember 2014 vorgenommen hat, einverstanden, womit ihr Interesse darin besteht, dass die angefochtene Verfügung in Rechtskraft erwächst. Nach der Lehre gelten Verfahrensbeteiligte in diesem Sinn als Gegenparteien, die zur Bezahlung von Verfahrens- und Parteikosten verpflichtet werden können, wenn sie sich den Anträgen der beschwerdeführenden Partei mit eigenen Anträgen widersetzen (vgl. ALFRED KÖLZ/ISABELLE HÄNER/MARTIN BERTSCH, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 3. Auflage, Zürich 2013, Rz. 926 und 1184). Die Beschwerdegegnerinnen haben vorliegend Anträge gestellt, bzw. sich mit der Verfügung einverstanden erklärt, und sind damit als Partei im Sinne von Art. 6 VwVG zu betrachten.

2.

Im Folgenden ist zu untersuchen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

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 in der Fassung vom 1. April 2006 kommt im Verfahren um geldwerte Streitigkeiten zwischen Versicherern das ATSG (SR 830.1) nicht zur Anwendung.

2.2 Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln sind in formell-rechtlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze anwendbar, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung Geltung haben (vgl. BGE 130 V 1 E. 3.2).

2.3 In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts Geltung haben (vgl. BGE 130 V 329 E. 2.3). Dementsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung des UVG vom 25. September 2015 vor (AS 2016 4375, 4387), dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden.

2.4 Da vorliegend die Leistungskoordination zwischen der Beschwerdeführerin und den beiden Beschwerdegegnerinnen in Bezug auf die von der Beschwerdegegnerin 1 gegenüber der Versicherten im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 23. Mai 2006 erbrachten Leistungen strittig ist, sind das UVG in der Fassung vom 1. April 2006 und das UVV in der Fassung vom 1. Januar 2006 anwendbar.

3.

3.1 Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 22. Dezember 2014, mit welcher die Vorinstanz entschied, für die Folgen des Unfalls vom 23. Mai 2006 habe die A. _____ Fr. 101'446.70 und die C. _____ Fr. 33'815.60 an die B. _____ zu bezahlen.

3.1.1 Die C. _____, welche für die Unfallfolgen des zweiten Unfalls aufkam, erklärte sich mit Beschwerdeantwort vom 10. März 2015 (BVGer act. 6) mit der Leistungspflicht im Umfang von Fr. 33'815.60, das heisst 20 %, für die Kosten aus dem dritten Unfall im Zeitraum von Mai 2006 bis Juni 2011 einverstanden. Umstritten und nachfolgend zu prüfen bleibt somit, ob die A. _____ zurecht im Umfang von Fr. 101'446.70, das heisst 60 %, zur Kostenrückerstattung aus dem dritten Unfall verpflichtet wurde.

3.1.2 Der vierte Unfall vom 25. Mai 2009 führte nur vorübergehend während zweier Wochen zu einer Beeinträchtigung, danach war der Vorzustand wiederhergestellt (M28; Vorakten doc. 60, 92, 181, 441, 466, 492, BVGer act. 1/54). Zudem verursachte der vierte Unfall keine zusätzlichen medizinischen Behandlungen und wurde auch nicht gemeldet. Dieser vierte Unfall ist daher für die vorliegende Frage der Kostenaufteilung aus dem dritten Unfall irrelevant.

3.2 Die vorliegend angefochtene Verfügung des BAG vom 22. Dezember 2014 erging gestützt auf Art. 78a UVG.

3.2.1 Nach der Rechtsprechung kommt die Verfügungszuständigkeit des BAG 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 Leistungszuständigkeit entscheide (vgl. BGE 127 V 176 E. 4d; BGE 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 (vgl. BGE 127 V 176 E. 4d).

3.2.2 Die Beschwerdegegnerin 1 forderte bekanntlich von der Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin 2 die teilweise Rückvergütung von gegenüber der Versicherten nach dem dritten Unfall erbrachten Leistungen, womit die Beschwerdeführerin nicht einverstanden war, weshalb das sachlich und funktionell zuständige BAG zurecht auf Gesuch der Beschwerdegegnerin 1 eine entsprechende Verfügung erliess.

4.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Vorinstanz ihrer Aktenführungspflicht in hinreichendem Masse nachgekommen ist.

4.1 Die Aktenführungspflicht von Verwaltung und Behörden bildet das Gegenstück zum (aus Art. 29 Abs. 2 BV fließenden) Akteneinsichts- und Beweisführungsrecht, indem die Wahrnehmung des Akteneinsichtsrechts durch die vom Entscheid betroffene Person eine Aktenführungspflicht der Behörde voraussetzt (vgl. BGE 138 V 218 E. 8.1.2; BGE 130 II 473 E. 4.1; BGE 124 V 372 E. 3b; BGE 124 V 389 E. 3a). Zudem ergibt sich die Pflicht zur sorgfältigen Aktenführung auch aus dem Untersuchungsgrundsatz (vgl. KRAUSKOPF/EMMENEGGER/BABEY, in: Waldmann/Weissenberger [Hrsg.], Praxiskommentar VwVG, 2. Aufl. 2016, Art. 12 Rz. 42; SVR 2011 IV Nr. 44 [BGer 8C_319/2010] E. 2.2.2; Urteil BVGer C-6549/2014 vom 22. Juni 2016 E. 5.2.2 und C-4358/2017 vom 5. März 2018 E. 2.1.2. je m.w.H.). Die Behörde ist verpflichtet, ein vollständiges Aktendossier über das Verfahren zu führen, um gegebenenfalls ordnungsgemäss Akteneinsicht gewähren und bei einem Weiterzug diese Unterlagen an die Rechtsmittelinstanz weiterleiten zu können. In den Akten hat sie alles festzuhalten, was zur Sache gehört (vgl. BGE 124 V 372 E. 3b; BGE 115 Ia 97 E. 4c). Der verfassungsmässige Anspruch auf eine geordnete und übersichtliche Aktenführung verpflichtet die Behörden und Gerichte, durch eine übersichtlich geordnete Ablage, Paginierung und Registrierung der vollständigen Akten die Vollständigkeit der im Verfahren eingebrachten und erstellten Akten sicherzustellen. Die Aktenführungspflicht ist aber auch für die Gerichte von massgeblicher Bedeutung, weil im Falle einer Unkenntnis über die von der Vorinstanz tatsächlich herangezogenen Akten, die Gefahr eines unrichtigen – wengleich grundsätzlich revisionsfähigen – Urteils besteht, wodurch erneut der Anspruch des Betroffenen auf rechtliches Gehör verletzt wäre (vgl.

Urteil des BVGer C-7165/2015 vom 25. August 2017 E. 5.1). Zur Aktenführung gehören im Einzelnen die folgenden Aufgaben:

- Es ist in der Regel ein Aktenverzeichnis zu erstellen. Dieses muss eine chronologische Auflistung sämtlicher Eingaben enthalten, die im Rahmen eines Verfahrens gemacht werden. Anzugeben sind dabei Inhalt, Datum und Absender/Ersteller der Akte (vgl. KRAUSKOPF/EMMENEGGER/BABEY a.a.O. Art. 12 Rz. 43).
- Die Akten müssen ausserdem von Anfang an in chronologischer Reihenfolge abgelegt werden. Bei Vorliegen eines Gesuchs um Akteneinsicht und spätestens im Zeitpunkt des Entscheids ist das Dossier zudem zu paginieren (vgl. KRAUSKOPF/EMMENEGGER/BABEY a.a.O. Art. 12 Rz. 44 mit Hinweis auf BGE 138 V 218 E. 8.1).
- Der Partei ist alsdann Zugang zu allen entscheidenderheblichen Abklärungen, Zeugenbefragungen usw. zu gewähren. Demgegenüber brauchen interne Schriftstücke, die einzig für den internen Gebrauch bestimmt und keinen Einfluss auf die Entscheidungsfindung und Sachverhaltsfeststellung haben, nicht aufgeführt zu werden (vgl. KRAUSKOPF/EMMENEGGER/BABEY a.a.O. Art. 12 Rz. 45).
- Schliesslich muss die Behörde über entscheidungswesentliche Abklärungen Protokoll führen. Der Umfang der Protokollierungspflicht hängt von den konkreten Gegebenheiten des Einzelfalls ab (vgl. KRAUSKOPF/EMMENEGGER/BABEY a.a.O. Art. 12 Rz. 46).

4.2

4.2.1 Zwar sind die vom BAG vernehmlassungsweise eingereichten Aktennummern 1 bis 11 chronologisch, paginiert und mit einem Aktenverzeichnis versehen (BVGer act. 10 Beilagen 1 bis 11), jedoch wurden die Vorakten nicht durchnummeriert, sondern sämtliche Unterlagen unter Pagina 1 aufgeführt mit dem Titel „Antrag der L. _____ GmbH als Vertreter der B. _____ Kranken- und Unfallversicherung AG um Erlass einer Verfügung gemäss Art. 78a UVG vom 15. April 2015 (inkl. Beilagen)“. Aus dem Antrag der L. _____ GmbH vom 15. April 2014 (Vorakten doc. 1) geht hervor, dass es sich um die folgenden Unterlagen handelt:

- Verzeichnis Akten A. _____
 - E. _____ M1-M30
 - E. _____ A1-A16
 - Akten betreffend Ausgleich nicht nummeriert

- Akten C._____/Suva 1-175
- Akten B.____ 1-150
- Akten IV
- Unfallanalysen

In den beim Bundesverwaltungsgericht eingereichten Vorakten sind die Akten M10, M12, M13 und M24 nicht enthalten, obwohl die obengenannte Auflistung eine Vollständigkeit der Akten suggeriert („M1-M30“).

Auch die Beschwerdeführerin gab beschwerdeweise an (BVGer act. 1), die Akten M1-M30 beigelegt zu haben, jedoch fehlen die Akten M10, M12, M13 und M24 auch bei dieser Eingabe. Die Akte M12 (Arztzeugnis vom 26. Februar 2001) wurde erst mit Brief vom 23. November 2017 (BVGer act. 24/1) beim Bundesverwaltungsgericht eingereicht. Die Akten M10, M13 und M24 fehlen weiterhin.

4.2.2 Im Antrag der L.____ GmbH vom 15. April 2014 (Vorakten doc. 1) wird zu den Vorakten festgehalten, teilweise seien gleiche Aktenstücke in den Dossiers aller Versicherungen enthalten. Zu den Akten der A.____ sei zu bemerken, dass bis zum 4. Februar 2008 Aktennotizen der Schadeninspektorin, M.____, mit Angabe der Referenznummer zum Haftpflicht- und zum UVG-Fall enthalten seien. Für die Folgezeit würden Notizen über Gespräche, an welchen die gleiche Schadeninspektorin ebenfalls teilgenommen habe, fehlen.

4.2.3 Zudem hielt die Suva am 10. Dezember 2004 fest (Vorakten doc. 346 entspricht Suva-Akten Nr. 58), bei der Übernahme des Dossiers seien die Akten stark durchmischt gewesen, und es seien teilweise mehrfach dieselben Akten abgelegt worden. Das Dossier sei nach „bestem Wissen und Gewissen“ nach Suva-Richtlinien geordnet worden.

4.2.4 Mit Aktennotiz vom 18. Oktober 2010 (Vorakten doc. 213, Anmerkung des Bundesverwaltungsgerichts: das Aktenstück wurde von der Suva nicht nummeriert), wurde von einem Suva-Mitarbeiter darauf hingewiesen, dass nach Rücksendung der Akten durch die C.____, welche wiederum die Akten der N.____ zugestellt hatte, die Suva-Akten 149-159 nicht retourniert worden seien. Die Akten seien soweit möglich anhand der Dokumente im elektronischen Dossier und aufgrund der Journaleinträge rekonstruiert worden.

4.2.5 Aus dem Gesagten erhellt, dass die Akten der Versicherungen teilweise nicht chronologisch geordnet, teilweise mehrfach enthalten, teilweise unvollständig und nicht durchnummeriert sind, so dass eine Unordnung herrscht, wobei die beteiligten UVG-Versicherer, insbesondere auch die Beschwerdeführerin, hierzu beigetragen haben. Zudem nahm die Vorinstanz keine Paginierung der Vorakten vor und erstellte auch kein hinreichendes Aktenverzeichnis; dadurch verletzte sie ihre Aktenführungspflicht. Die fehlerhafte Aktenführung der Vorinstanz hat die Beweisführung durch das Bundesverwaltungsgericht vorliegend zwar erschwert, aber nicht verunmöglicht. Auch ergeben sich aus den vorliegenden Akten für das Bundesverwaltungsgericht alle notwendigen Informationen für die Beurteilung der geldwerten Streitigkeit zwischen den hier beteiligten Unfallversicherern und dem Entscheid des BAG (vgl. hierzu Urteil des BGer 8C_1026/2010 vom 7. Oktober 2011 E. 2.1).

4.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz die Aktenführungspflicht verletzt hat. Eine Rückweisung der Sache allein zur Ordnung der Akten und neuem Entscheid wäre indes ein formalistischer Leerlauf, zumal die Beurteilung der vorliegenden Streitsache liquid ist und hierfür alle notwendigen Informationen und Beweismittel vorliegen (vgl. Urteil des BGer 8C_1026/2010 E. 2.1). Das Bundesverwaltungsgericht verfügt im vorliegenden Beschwerdeverfahren über eine umfassende Kognition in Sach- und Rechtsfragen, und der Beschwerdeführerin stehen dieselben Mitwirkungsrechte wie im Verfahren vor der Vorinstanz zu (Art. 49 VwVG i.V.m. Art. 37 VGG). Das Gericht führte überdies einen zweifachen Schriftenwechsel durch, wodurch die Beschwerdeführerin Gelegenheit erhielt, sich einlässlich zu äussern. Infolgedessen konnte sie ihren Anspruch auf rechtliches Gehör vollumfänglich wahrnehmen. Aus den genannten Gründen ist auch nicht ersichtlich, inwiefern sie durch eine Heilung der Gehörsverletzung einen Nachteil erleiden würde. Schliesslich hat sie die Aktenführung der Vorinstanz auch nicht gerügt. Aufgrund dieser Überlegungen und der Prozessökonomie erweist es sich als gerechtfertigt, die festgestellte Gehörsverletzung im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens als geheilt zu betrachten.

4.4 Zur Nachvollziehbarkeit des vorliegenden Urteils wurden die Vorakten durchs Bundesverwaltungsgericht nummeriert, beginnend mit den Akten des BAG, gefolgt von den Akten der A._____, der C._____, der B._____, der IV und zum Schluss der vollständigen Unfallanalysen. Im Urteil werden nachfolgend diese Aktennummern aufgeführt als „Vorakten

doc.“ und mit der von der A._____ verwendeten Akten-Kennzeichnung „A“ für allgemeine Akten und „M“ für medizinische Akten ergänzt.

Für die im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Akten wird die Bezeichnung „BVGer act.“ verwendet und die jeweiligen Beilagen separat paginiert.

Das vom Bundesverwaltungsgericht erstellte Aktenverzeichnis wird diesem Urteil beigelegt.

5.

In materieller Hinsicht ist zunächst der medizinische Sachverhalt festzustellen.

5.1 Den Vorakten sind die nachstehenden medizinischen Informationen zu entnehmen:

5.1.1 Nach telefonischer Konsultation durch die Versicherte bescheinigte Dr. O._____, Allgemeinmediziner, am 7. September 2000 (M4; Vorakten doc. 87, 119; BVGer act. 1/81) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und überwies die Versicherte zur Behandlung ans Spital P._____. Dem Bericht der Notfallstation vom 7. September 2000 (M1; Vorakten doc. 123; BVGer act. 1/84) ist zu entnehmen, dass die Versicherte frontseitlich mit einem anderen Fahrzeug kollidierte und eine halbe Stunde nach dem Unfall Schmerzen im Nacken und Hinterkopf verspürte. Die Notfallärzte erkannten eine Druckdolenz im oberen HWS-Bereich und diagnostizierten, nachdem sie keine ossären Läsionen und keine Hinweise für eine Luxation fanden, eine HWS-Distorsion und verschrieben 500mg Ponstan.

5.1.2 Am 15. September 2000 erfolgte die Unfallmeldung der Arbeitgeberin der Versicherten, Pflege- und Altersheim G._____, an die A._____ (A1; Vorakten doc. 35, 56, 127, 148; BVGer act. 1/30, 1/51), wonach die Versicherte die Arbeit als Köchin unfallbedingt seit dem 8. September 2000 ausgesetzt habe.

5.1.3 Dr. Q._____ vom Spital P._____ erachtete die Versicherte am 3. Oktober 2000 als vollständig arbeitsfähig und empfahl eine Nachkontrolle beim Hausarzt (M2; Vorakten doc. 89a, 122; BVGer act. 1/83). Im Fragebogen desselben Datums wurde berichtet (M3; Vorakten doc. 88, 120, 121; BVGer act. 1/82), beim Unfall sei es zu einem Kopfanprall (Abknickmechanismus) gekommen. Die Versicherte habe den Kopf gerade ge-

halten und sei von der Kollision überrascht worden. Hinsichtlich der Beschwerden wurde festgehalten, die Versicherte habe vor dem Unfall gelegentlich unter Schwindel gelitten, ansonsten sei sie beschwerdefrei gewesen, insbesondere auch hinsichtlich der HWS. Nach dem Unfall sei es innerhalb einer halben Stunde zu Spontanschmerzen beim Nacken okzipital gekommen. Der psychische Zustand wurde als normal beschrieben. Als Befund wurde eine uneingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit Druckdolenz am Dornfortsatz C1-C5 und in der paravertebralen Muskulatur C1-C5 erhoben.

5.1.4 Am 17. Oktober 2000 (M5; Vorakten doc. 86, 118; BVGer act. 1/80) attestierte der Hausarzt der Versicherten, Dr. R._____, Allgemeinmediziner, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 7. September 2000 bis Ende Oktober 2000 wegen der erlittenen HWS-Distorsion. Er bemerkte keine Besonderheiten hinsichtlich des Allgemeinzustands. Es bestünden ausschliesslich Unfallfolgen. Er habe Ponstan 500mg und einen Halskragen verordnet.

5.1.5 Dr. F._____, Spezialarzt für Neurologie FMH, überwies die Versicherte am 23. Oktober 2000 (M6; Vorakten doc. 85, 117; BVGer act. 1/79) an Dr. S._____, Radiologe, zur Vornahme einer neuroradiologischen Funktionsuntersuchung bei persistierenden okzipitalen Kopf-, Schulter- und Nackenschmerzen mit zeitweise Flimmern vor den Augen und vorübergehender Übelkeit sowie Druckschmerz über C5/C8 und Th5 ohne Ausstrahlung.

5.1.6 Gestützt auf MRI des Kopfes, MRI und digitalen Röntgen der HWS inklusive Funktion sowie MR und CT des kraniozervikalen Übergangs inklusive Funktion vom 3. November 2000 befand Dr. S._____, am 8. November 2000 (M7; Vorakten doc. 74, 84, 106, 116, 357; BVGer act. 1/68, 1/78), die Schiefhaltung der HWS nach rechts, die kompensatorische Kopfhaltung links, die Retrohaltung des kraniozervikalen Übergangs in Ruhe und die kyphotische Fehlhaltung der HWS in Ruhe würden für ein Zervikal-syndrom sprechen.

5.1.7 Am 1. Dezember 2000 (M8; Vorakten doc. 75, 83, 107, 115, 358; BVGer act. 1/69, 1/77) erkannte Dr. T._____, Radiologe, normale Röntgenbilder LWS ap/lat. Sacrum lat., leichte Retrolisthesis L2 und L3 als Indizien einer bisegmentalen Gefügelockerung, keine AP für eine ossäre Läsion, insbesondere keine Deckplattenimpression von S1.

5.1.8 Der Hausarzt der Versicherten, Dr. R. _____, berichtete am 1. Dezember 2000 (M9; Vorakten doc. 82, 114; BVGer act. 1/76), es sei zu einer langsamen Besserung der Nackenschmerzen gekommen, jedoch bestünden persistierende thorakolumbale Rückenschmerzen, die trotz intensiver Physiotherapie nicht wesentlich gebessert hätten und vor allem bei Belastung auftreten würden. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 7. September 2000 bis auf weiteres. Seit dem 7. November 2000 sei die Versicherte nicht mehr bei ihm in Behandlung, sondern bei Dr. F. _____.

5.1.9 Den Fragebögen zum Unfallmechanismus und zur Beschwerdeanamnese vom 11. Januar 2001 ist zu entnehmen (Vorakten doc. 55, 47; BVGer act. 1/50), dass die Versicherte von der Kollision völlig überrascht wurde und daher nicht bremste, wobei sie den Kopf gerade, leicht abgeneigt hatte, und dabei wahrscheinlich den Kopf stiess. Bei der Kollision lösten die Airbags aus, und das Fahrzeug der Versicherten erlitt einen Totalschaden. Vor dem Unfall war die Versicherte gesund und wies keine Arbeitsunfähigkeiten wegen Krankheiten oder Unfällen auf. Letztmals vor dem Unfall war sie bei ihrem Hausarzt zwecks Untersuchung für ein Tauchbrevet (Sommer 1999). Es hätten keine Vorunfallbeschwerden bestanden, und es gebe keine Auffälligkeiten in der Familie. Nach dem Unfall habe die Versicherte sofort unter Schwindel, Kopfschmerzen und Übelkeit gelitten, welche in den zwei Wochen nach dem Unfall massiv zugenommen hätten und danach stagniert seien. Sitzen sei über längere Zeit nicht möglich. Beim Gehen ohne Lasten seien die Beschwerden erträglich. Als Therapie verschrieb ihr Dr. F. _____ Medikamente und Physiotherapie.

5.1.10 Die A. _____ besuchte die Versicherte am 11. Januar 2001 zu Hause und konstatierte in ihrem Bericht vom 12. Januar 2001 (A2, Vorakten doc. 54, 146; BVGer act. 1/49, 24/5), der Zustand sei noch nicht befriedigend, da die Versicherte noch immer unter den typischen HWS-Symptomen leide, wie Kopfschmerzen, teilweise Schwindelgefühle, mangelndes Konzentrationsvermögen, Lärmempfindlichkeit und Nackenverspannungen. Aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes sei es der Versicherten nicht möglich, ihre Arbeit wieder aufzunehmen; ein Arbeitsversuch im Oktober 2000 sei gescheitert. Bei längerem Sitzen würden die Schmerzen zunehmen und beim Stehen und Umhergehen ereilten sie Schwindelgefühle.

5.1.11 Dr. F. _____ erstattete am 20. Februar 2001 einen Zwischenbericht (M11; Vorakten doc. 81, 113; BVGer act. 1/75), wonach die unfallfremden Darmkoliken zurzeit im Vordergrund stünden; sonst sei die Versicherte auf dem Weg der Besserung. Er diagnostizierte Status nach Auffahrunfall mit HWS-Distorsionstrauma und Lumboischialgie L3/4 sowie Hirnleistungsschwäche in Form von Konzentrations-, Wortfindungs-, Aufmerksamkeits- und Konzeptionierungsstörung. Seit dem 5. Februar 2001 betrage die Arbeitsunfähigkeit 45 %.

5.1.12 Die Beschwerdeführerin legte mit Schreiben vom 23. November 2017 ein Arztzeugnis von Dr. F. _____ vom 26. Februar 2001 ins Recht (M12; BVGer act. 24/1), wonach die Versicherte vom 1. Februar 2001 bis zum 28. Februar 2001 zu 25 % und vom 1. März 2001 bis zum 15. März 2001 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei.

5.1.13 Im ärztlichen Bericht von Dr. U. _____ vom 19. Mai 2001 (M14; Vorakten doc. 80, 112; BVGer act. 1/74) wird als Diagnose ein zervikozephalales Syndrom mit Schmerzen und ungerichtetem Schwindel nach HWS-Distorsion aufgeführt. Zum Krankheitsverlauf wurde festgehalten, nach vorher mühsamem Verlauf sofortiges Ansprechen auf die gezielte manuelle und myofasziale Behandlung (inkl. Muskel- und Periostakupunktur). Das Mitspielen von unfallfremden Faktoren wurde verneint. Er attestierte am 30. Juli 2001 (M15; Vorakten doc. 79, 111; BVGer act. 1/73) eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % ab 1. Februar 2001, 50 % ab 1. März 2001, 25 % ab 17. April 2001, 0 % ab 1. Mai 2001, 25 % ab 9. Mai 2001 und 0 % ab 21. Mai 2001.

5.1.14 Dr. F. _____ überwies die Versicherte am 24. August 2001 (M17; Vorakten doc. 77, 109; BVGer act. 1/71) an die ambulante Rückensprechstunde der Klinik D. _____, da in der Physiotherapie keine weiteren Fortschritte mehr erzielt wurden. Er schilderte, es sei immer wieder zu einer vorübergehenden Besserung gekommen, die soweit gelungen sei, dass die Versicherte die Tätigkeit als Köchin wieder voll aufnehmen können. Nach wie vor würde jedoch das Heben von Pfannen und Töpfen, vor allem wenn sie sich nach vorne beugen müsse, deutliche Rückenschmerzen im Bereich der unteren HWS tief thorakal provozieren.

5.1.15 Dr. U. _____ stellte am 2. September 2001 (M16; Vorakten doc. 78, 110; BVGer act. 1/72) die Diagnose zervikovertebrales und lumbovertebrales Syndrom bei HWS-Distorsion und erkannte, insgesamt sehr schöner Verlauf, dennoch unter beruflicher Mehrbelastung vermehrt lumbale

Schmerzen, welche aber gut manuell behandelbar seien; Nackenschmerzen seien nur noch vereinzelt da. Die lumbalen Schmerzen hätten von Anfang an bestanden, seien aber gegenüber den zervikalen Problemen im Hintergrund gewesen. Alle 2-4 Wochen werde eine manuelle und myofasziale Behandlung durchgeführt. Seit 21. Mai 2001 betrage die Arbeitsfähigkeit 100 %.

5.1.16 Dr. V._____, Orthopäde der Universitätsklinik (...), untersuchte die Versicherte am 14. September 2001 und erwähnte in seinem Brief an Dr. F._____, vom 17. September 2001 (Vorakten doc. 73, 105; BVGer act. 1/67) und an den Vertrauensarzt der A._____, vom 23. Oktober 2001 (M18; Vorakten doc. 76, 108; BVGer act. 1/70) die Diagnose Status nach Rückenkontusion/HWS-Distorsion. Er fand keinen pathologischen Befund. Als Therapie erachtete er eine symptomatische und physiotherapeutische Behandlung als notwendig. Da die Versicherte wegen der früheren Diagnose einer Gefügelockerung beunruhigt war, veranlasste er eine Funktionsaufnahme und ein MRI der Lendenwirbelsäule. Die Untersuchungen fanden am 30. Oktober 2001 statt und Dr. V._____ erkannte am 2. November 2001 (M19; Vorakten doc. 72, 104; BVGer act. 1/66) keine Hinweise auf Instabilität oder Hypermobilität der Lendenwirbelsäule und auch kein morphologisches Korrelat zu den von der Patientin angegebenen Beschwerden. Wahrscheinlich handle es sich um Muskelverspannungen.

5.1.17 Dr. F._____ hielt am 28. Januar 2002 fest (M20, Vorakten doc. 71, 103; BVGer act.1/65), die Versicherte arbeite zu 100 %. Sie habe immer noch Schmerzen bei Überlastung, sonst sei der Verlauf zufriedenstellend.

5.1.18 Am 24. Februar 2002 beantwortete die Versicherte die Fragen der A._____ betreffend den Unfall vom 7. September 2000 dahingehend (A3, Vorakten doc. 53, 145; BVGer act. 1/ 48), dass sie immer noch an Beschwerden leide, so habe sie mittlere bis zum Teil starke Schmerzen im unteren Rückenbereich, Nackenschmerzen und Kopfschmerzen. Sie habe Physiotherapie, Manualtherapie, medizinische Trainingstherapie, gehe ins Solebad sowie ins Krafttraining und nehme Medikamente ein.

5.1.19 Am 14. März 2002 informierte Dr. U._____ (M21, Vorakten doc. 70, 102; BVGer act. 1/64, 24/3), trotz des früher schwierigen Verlaufs mit langer Arbeitsunfähigkeit sehr gutes und jetzt zunehmend langanhaltendes Ansprechen auf die gezielte manuelle und myofasziale Behandlung, inklu-

sive Muskel- und Periostakupunktur. Es würden keine unfallfremden Faktoren mitspielen. Wann die Behandlung abgeschlossen werden könne, sei unklar, da häufig Rezidive auftreten würden. Die Versicherte habe ab 21. Mai 2001 ihre Arbeit zu 100 % wieder aufgenommen.

5.1.20 Die A. _____ führte am 3. Mai 2002 eine Besprechung mit der Versicherten durch (A4, Vorakten doc. 52, 144; BVGer 1/47, 24/7), anlässlich welcher diese erzählte, bei Wetterwechsel und bedingt durch die schwere Arbeit im Betrieb leide sie unter Schmerzen im unteren Rückenbereich, sporadisch würden auch Kopfschmerzen und linksseitige Nackenverspannungen auftreten. Ausserdem bestehe seit dem Unfall eine Kälteempfindlichkeit, gegen welche sie einen Nierengurt trage. Den Tauchsport könne sie wegen der niedrigen Wassertemperatur und der zu tragenden Gewichte nicht mehr ausüben.

5.1.21 Auf Anfrage der A. _____ berichtete die Versicherte am 5. April 2003 (A5, Vorakten doc. 51, 143; BVGer act. 1/46), dass sie unter starken Nackenschmerzen, Schwindel, migräneartigen Kopfschmerzen, Brustwirbelsäulenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein, Augenflimmern und Sehstörungen leide. Sie sei nach wie vor bei Dr. F. _____ in Behandlung, welcher ihr Medikamente und Physiotherapie verschrieben habe.

5.1.22 In Bezug auf den ersten Unfall prognostizierte Dr. F. _____ am 8. August 2003 (M22, Vorakten doc. 69, 101; BVGer act. 1/63, 24/4), dass die voraussichtliche Dauer der Behandlung ungewiss sei. Als Diagnose führte er HWS-Distorsionstrauma mit Konzentrationsstörung sowie traumatisch bedingter Lumbago auf. Es sei mit keinem bleibenden Nachteil zu rechnen.

5.1.23 Die A. _____ hielt am 19. September 2003 eine persönliche Besprechung mit der Versicherten ab und protokollierte am 22. September 2003 (A6, Vorakten doc. 50, 142; BVGer act. 1/45, 24/6), die Versicherte habe erzählt, sie habe immer noch Nacken- und Rückenschmerzen, welche ins linke Bein ausstrahlen würden, so dass sie manchmal Probleme beim Gehen habe. Die Beschwerden würden sich nach der Tätigkeit in der Küche verstärken. Beim Heben von schweren Töpfen und Geschirr habe sie am meisten Mühe. Der Betrieb in der Küche sei in Spitzenzeiten sehr hektisch, so dass sie schnelle Bewegungen ausführen müsse, die einen „Zwick“ im Nacken verursachen würden. Stehen und Sitzen könne sie wegen Nacken- und Rückenschmerzen nur für sehr kurze Zeit. Am wenigsten Schmerzen habe sie, wenn sie gehen oder liegen könne. Zudem habe sie

ca. alle zwei Wochen Migräne, welche einen Tag dauere. Insgesamt sei der Beschwerdeverlauf ein stetiges Auf und Ab. Es gebe Zeiten, wo es ihr etwas besser gehe, was jedoch die Ausnahme sei. Die letzten zwei Wochen sei sie beim Arbeiten im Pflegeheim zweimal in Ohnmacht gefallen; sie wisse nicht, woher die Ohnmachtsanfälle herrühren würden. Im Haushalt sei sie ebenfalls etwas eingeschränkt, so benötige sie beim Tragen des Wäschekorbs und beim Putzen des Bodens die Hilfe ihres Freundes. Die anderen Haushaltstätigkeiten könne sie aber ohne Einschränkungen ausführen. Die Versicherte habe seit dem 1. September 2002 ihre Arbeit teilweise nicht mehr aufnehmen können, wobei sie nicht durchgehend 20 % arbeitsunfähig gewesen sei. Es habe auch Tage gegeben, wo sie voll gearbeitet habe. Seit längerer Zeit sei sie jetzt aber wieder zu 20 % arbeitsunfähig. Sie sei einmal pro Monat bei Dr. F. _____ und einmal pro Woche in der Physiotherapie. Sie selber, ihr Vorgesetzter und Dr. F. _____ seien der Ansicht, dass aufgrund der gesundheitlichen Situation die Tätigkeit als Köchin nicht mehr möglich sei, weshalb in den nächsten Tagen bei der Invalidenversicherung eine Umschulung beantragt werde.

Weiter stellte die A. _____ gegenüber der Versicherten die Ausrichtung von Taggeldern in Aussicht. Aus dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Auszug der Taggeldzahlungen (BVGer act. 24/9) geht hervor, dass die A. _____ von September 2002 bis Dezember 2002 wegen einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % Taggelder bezahlte.

5.1.24 Behandlungsbericht vom 19. September 2003 (Vorakten doc. 406) betreffend ambulante Behandlung im Spital P. _____ mit den Diagnosen Schleudertrauma und BWS-Kontusion.

5.1.25 Nach dem zweiten Unfall vom 19. September 2003 berichtete Dr. F. _____ am 24. September 2003 (M23, Vorakten doc. 68, 100; BVGer act. 1/62), die Versicherte sei wieder zu 100 % arbeitsunfähig und es sei ein bleibender Nachteil zu erwarten. Als Diagnose führte er auf, Statuts nach Auffahrunfällen am 7. September 2000 und 19. September 2003 mit Konzentrationsstörung, Kopfschmerzen, Schulter- Nackenverspannung und LWS-Instabilität. Wegen des erneuten Auffahrunfalls sei es zu starken Exazerbationen der bereits im Abklingen begriffenen Beschwerden gekommen. Daher sei die Physiotherapie intensiviert worden. Er verschrieb Medikamente, einen Leibgurt sowie Physio- und Kraniosakraltherapie. Es sei eine berufliche Umschulung notwendig, da der Beruf Köchin nach diesen Unfällen nicht mehr zumutbar sei.

5.1.26 Arztzeugnis vom 17./18. Oktober 2003 (Vorakten doc. 405) des Spitals P._____, wonach die Versicherte vollständig arbeitsunfähig sei, was mit Arztzeugnis vom 6. November 2003 bestätigt wurde (Vorakten doc. 404).

5.1.27 Das Pflege- und Altersheim G._____ informierte am 8. Oktober 2003 die C._____, dass die Versicherte nach dem zweiten Unfall vom 20. September 2003 ihre Arbeit vollständig ausgesetzt habe (Vorakten doc. 34, 126, 407; BVGer act. 1/29) und erklärte am 24. Oktober 2003 (M25, Vorakten doc. 67, 99; BVGer act. 1/61) gegenüber der A._____, dass die Versicherte vom 1. September 2002 bis zum 31. Dezember 2002 zu 20 % arbeitsunfähig gewesen sei.

5.1.28 Gemäss dem Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 3. Dezember 2003 (Vorakten doc. 402) des Spitals P._____, verspürte die Versicherte sofort nach dem Unfall Übelkeit, Nackenschmerzen mit Ausstrahlung und Kopfschmerzen. Es wurde kein Anhalt für traumatische Läsionen, jedoch eine Streckhaltung der LWS erkannt, ein Schleudertrauma sowie eine BWS-Kontusion diagnostiziert und ein Halskragen, Analgesie und Schonung verschrieben.

5.1.29 Schreiben von Dr. W._____ an Dr. F._____ vom 4. Dezember 2003 ohne Unterschrift (Vorakten doc. 401). Es gebe kein AP für Diskusprotrusionen oder Herniationen. Insbesondere kein AP für morphologisch fassbare neurale Kompromittierungen.

5.1.30 Im Zwischenbericht vom 15. Januar 2004 (Vorakten doc. 395) befand Dr. F._____, die Wiederaufnahme der Arbeit zu 50 % sei per Frühjahr 2004 geplant. Es sei mit einem bleibenden Nachteil in Form von mangelnder Belastbarkeit zu rechnen.

5.1.31 Am 30. Januar 2004 (Vorakten doc. 390) wurde eine Röntgenaufnahme der Schädelbasis durchgeführt, welche den Verdacht einer rechtsseitigen Fraktur des Processus styloideus im proximalen Drittel ergab; was in der Folge jedoch nicht bestätigt wurde (vgl. rheumatologisches Teilgutachten der MEDAS, S. 9; Vorakten doc. 64, 96, 182, 445; BVGer act. 1/58).

5.1.32 Dr. F._____ erstellte am 25. Februar 2004 (Vorakten doc. 356, 641) einen ausführlichen Verlaufsbericht für die C._____, worin er angab, nach dem ersten Unfall vom 7. September 2000 sei ein HWS-Distorsionstrauma und nach dem Unfall vom 19. September 2003 ein erneutes HWS-Distorsionstrauma aufgetreten, was zu folgender Arbeitsunfähigkeit

geführt habe: 75 % bis Februar 2001, 50 % vom 1. März 2001 bis zum 14. Mai 2001, 0 % ab 15. Mai 2001, 100 % vom 1. Oktober 2002 bis zum 31. Oktober 2002, 20 % vom 1. Dezember 2002 bis zum 16. Januar 2003, 0 % ab 17. Januar 2003, 100 % vom 19. September 2003 bis zum 31. Januar 2004 und 100 % vom 1. Februar 2004 bis zum 29. Februar 2004.

Die Versicherte habe beim ersten Unfall den Kopf am Airbag und an der Kopfstütze angeschlagen und innert eineinhalb Stunden okzipitale Kopfschmerzen und Schulter-Nackenschmerzen, sowie innerhalb einer halben Stunde Schwindel und Übelkeit mit Flimmern vor den Augen verspürt. In den Tagen nach dem Unfall hätten die Nackenschmerzen zugenommen. Durch intensive Physiotherapie und Medikamenteneinnahme sei es zu einer deutlichen Besserung gekommen, wenn auch immer wieder zeitweilig, vor allen Dingen unter Stress, Rezidivbeschwerden aufgetreten seien. Es seien auch posttraumatische lumbale Schmerzen mit Druckschmerz hauptsächlich in Höhe L3/4 vorgelegen.

Nach dem Auffahrunfall vom 19. September 2003 sei es zu einem deutlichen Rückfall gekommen mit Schulter-Nackenschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen auch im Bereich der BWS und der LWS, Krampf in paravertebraler Muskulatur mit Diskushernie C5/6 sowie Schmerzausstrahlung in den linken Arm ulnar und ins linke Bein. Unter Physiotherapie habe die Versicherte ihre Arbeit per 1. Dezember 2003 wieder aufnehmen können. Am 9. Dezember 2003 seien thorakale Rückenschmerzen aufgetreten, die mit Intraschall therapiert worden seien. Am 9. Februar 2004 habe die Patientin bei der Invalidenversicherung einen Antrag auf Umschulung gestellt, da sie die schweren Pfannen nicht mehr heben können, ohne ausgeprägte Schulter-, Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen zu provozieren.

Die Prognose sei, unter der Voraussetzung, dass keine weiteren Unfälle das Krankheitsbild verschlechtern würden, günstig. Als Köchin könne die Versicherte nicht mehr tätig sein, hingegen sei eine angepasste Tätigkeit ohne Heben von Lasten von mehr als 3kg, Überkopfarbeiten, Arbeiten unter Belastung der Wirbelsäule mit häufigen Körperdrehungen, im Stehen, in anhaltender Kopfneigstellung oder mit rekliniertem Kopf, bei wechselseitigen Arbeiten mit Sitzen und Laufen zumutbar.

5.1.33 Die Arbeitgeberin der Versicherten, Seniorenzentrum X. _____, gab am 19. März 2004 (Vorakten doc. 386) gegenüber der C. _____ an, die Versicherte sei vom 1. Januar 2003 bis zum 19. September 2003 voll

arbeitsfähig gewesen, abgesehen von einigen krankheitsbedingten Abwesenheiten.

5.1.34 Die Versicherte erklärte am 14. April 2004 auf Anfrage der A._____ (A7, Vorakten doc. 49, 141; BVGer act. 1/44), sie leide an Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme, starke Kopfschmerzen, Schwindel sowie Lenden- und Brustwirbelsäulenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein. Sie sei bei Dr. F._____ in Behandlung, welcher ihr Physiotherapie und Krafttraining verschrieben habe.

5.1.35 Dem Zwischenbericht von Dr. F._____ vom 8. Juni 2004 (M26, Vorakten doc. 66, 98; BVGer act. 1/60) ist zu entnehmen, dass nach dem ersten Unfall Physiotherapie und Intraschall kurzzeitige Besserung brachten, wobei es nach Rückkehr zur beruflichen Tätigkeit als Köchin immer wieder zu Rückfällen wegen Heben und Tragen von schweren Töpfen und Pfannen gekommen sei. Nach dem zweiten Unfall vom 19. September 2003 sei die Versicherte wieder vollständig arbeitsunfähig gewesen. Es sei ein bleibender Nachteil zu erwarten, bei mangelnder Belastbarkeit und Unfähigkeit mittelschweren bis schweren physischen Arbeiten und Überkopfarbeiten auszuführen.

5.1.36 Am 11. Juni 2004 (Vorakten doc. 377, 642, 674, 709) erstatte Dr. F._____ der C._____ einen Verlaufsbericht, worin er als Beschwerden aufführte, Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen bei Belastung, Verspannung bei Stress, bei Überkopfarbeiten und beim Heben schwerer Lasten sowie mangelnde Belastbarkeit. Der Verlauf des ersten Unfalls lasse sich vom Verlauf des zweiten Unfalls nicht unterscheiden; sicherlich sei es durch den zweiten Unfall zum Rückfall gekommen. Die Arbeitsunfähigkeit sei vor dem Unfall vom 19. September 2003 noch nicht abgeschlossen gewesen, und die Versicherte sei noch wegen Beschwerden aus dem ersten Unfall behandelt worden. Die Arbeitsfähigkeit ab dem zweiten Unfall betrage 0 %.

5.1.37 Der Kreisarzt der Suva, Dr. Y._____, FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, war nach eigenen Untersuchungen am 17. Juni 2004 der Ansicht (Vorakten doc. 376), die Befunde seien normal bei normaler Beweglichkeit der HWS, BWS und LWS. Es würden keine neurologischen Ausfälle und keine Verspannungen der paravertebralen Muskulatur vorliegen, wobei die Versicherte bei Berührung der Paralumbalregion mit einem Papierbausch zusammengezuckt sei. Aufgrund der Schilderung der Versicherten ging der Vertrauensarzt der

Suwa davon aus, dass die fast täglichen Migräneanfälle seit dem zweiten Unfall bestehen und ansonsten keine Verschlimmerung aus subjektiver Sicht durch den zweiten Unfall resultieren würde. Die von Dr. F. _____ erwähnte Konzentrationsstörung konnte Dr. Y. _____ nicht mehr feststellen. Er empfahl eine externe Begutachtung.

5.1.38 Im Schreiben vom 6. August 2004 (Vorakten doc. 355) an die Rechtsanwältin der Versicherten resümierte Dr. F. _____ den medizinischen Verlauf und nahm zum Gutachten von Dr. Y. _____ Stellung. Da sich das Krankheitsbild inzwischen im Sinne einer mit Rückschlägen behafteten Verbesserung weiterentwickelt habe, liege es auf der Hand, dass Dr. Y. _____ als Orthopäde und Chirurg, jedoch nicht Neurologe, am 17. Juni 2004 nicht zu den gleichen Befunden gekommen sei, wie er am 16. Oktober 2000 und am 19. September 2003. Die Tatsache, dass sich die Konzentrationsstörung soweit gebessert habe, dass der begutachtende Orthopäde diese nicht mehr habe feststellen können, spreche für einen insgesamt positiven Verlauf und nicht gegen deren Bestehen nach dem Unfall.

Die Heftigkeit des ersten Unfalls zeige sich daran, dass der Airbag ausgelöst worden sei, wohingegen beim zweiten Unfall sich der Airbag nicht ausgelöst habe.

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit erklärte er, das Befinden sei sehr wechselhaft gewesen, mit einem stetigen Auf und Ab. Die Versicherte habe immer wieder versucht zwischendurch zu arbeiten, oft sogar zu 100 %. Einmal habe sie sogar der Küchenchef nach Hause geschickt, da sie, obwohl sie sich gequält habe, die Leistung nicht habe erbringen können. Die Versicherte sei bis zum zweiten Unfall unterschiedlich krankgeschrieben gewesen, mal zu 100 %, mal zu 75 %, mal zu 50 %, zwischendurch habe jedoch immer wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Das spiegle den Verlauf und habe nichts mit der Schwere der Schädigung zu tun. Der Umstand, dass die Versicherte mehrere Arbeitsversuche am alten Arbeitsplatz unternommen habe, spreche für die gute Motivation der Versicherten.

Seine Patientin habe im Februar 2001, August 2001, März 2002 und September 2002 über zunehmend starke Rückenschmerzen geklagt. Ab Januar 2003 habe sie wieder 100 % gearbeitet, jedoch nur eine Leistung von 80 % erbringen können. Im Juli 2003 habe sie ihm mitgeteilt, dass sie sich wegen der Schmerzen umschulen lassen möchte, was er unterstützt habe.

Nach dem zweiten Unfall habe er sie vollständig arbeitsunfähig geschrieben. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei für Frühjahr 2004 geplant.

Die Beschwerden aus dem ersten Unfall seien bei Eintritt des zweiten Unfalls noch nicht abgeklungen gewesen, so dass es zu einer Verstärkung der vorhandenen Beschwerden gekommen sei.

5.1.39 Im Auftrag der Suva erstellte Dr. H. _____, Neurologin, nach eigenen Untersuchungen vom 22. März 2005, am 24. Mai 2005 (M27, Vorakten doc. 65, 97, 253, 256, 273, 326, BVGer act. 1/59) ein Gutachten, mit Zusammenfassung der medizinischen Vorakten, Anamneseerhebung und den folgenden Diagnosen:

Status nach zweimaligem HWS-Distorsionstrauma am 7. September 2000 und 19. September 2003:

- Chronisches zervikovertebrales Syndrom
- Posttraumatische Migräne ohne Aura
- Posttraumatische chronische Spannungskopfschmerzen
- Anamnestisch lumbovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom beidseits, links betont

Gestützt auf die erhobenen Befunde erkannte sie, es würden typische Beschwerden nach HWS-Distorsionstraumen vorliegen mit diffusen Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, Nackenschmerzen, rascher Ermüdbarkeit, Reizbarkeit und leicht depressiver Verstimmung. Die Versicherte sei wegen der Schmerzen leicht depressiv geworden, was jedoch nicht behandelt worden sei.

Gemäss Erzählung der Versicherten habe diese in den drei Jahren zwischen den Unfällen immer wieder versucht zu arbeiten. Zum Zeitpunkt des zweiten Unfalls sei sie zu 100 % arbeitsfähig geschrieben gewesen, habe aber höchstens eine Leistung von 50 % erbringen können. Nach dem zweiten Unfall sei erneut die Diagnose Schleudertrauma gestellt worden. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei nicht mehr möglich gewesen. Die Invalidenversicherung habe eine Umschulung zur Praxisassistentin bewilligt. Sie habe 24 Stunden pro Woche Schule, müsse jedoch an etwa zwei Tagen pro Woche wegen der Schmerzen fernbleiben. Vor dem Unfall sei sie gesund gewesen.

Dr. H. _____ stellte fest, im Zeugnis vom 28. Januar 2002 habe Dr. F. _____ betreffend Arbeitsfähigkeit lediglich festgestellt, die Arbeit sei längstens wieder zu 100 % aufgenommen worden. Die Angaben der

Versicherten würden durch die medizinischen Akten bestätigt; nämlich, dass die Versicherte immer wieder versucht habe, ihre Arbeitsfähigkeit zu steigern und dies bis zum zweiten Unfall schliesslich auch gelungen sei; es sei jedoch eine gewisse mangelnde Belastbarkeit bei schweren körperlichen Arbeiten geblieben, welche zu gelegentlichen Arbeitsausfällen geführt habe. Am 24. September 2003 sei es zu einer zweiten Auffahrkollision gekommen, welche die im Wesentlichen abgeheilten Beschwerden in aller Heftigkeit wieder hervorgerufen habe.

Die Gutachterin beschrieb die Versicherte als stark motivierte Patientin, die, trotz den erheblichen Belastungen durch ihre Beschwerden, keine psychischen Probleme mit Krankheitswert entwickelt und ihre Situation bisher adäquat und kompetent gemeistert habe. Als die Versicherte den zweiten Unfall erlitten habe, sei der erste noch nicht voll abgeheilt gewesen. Nach dem zweiten Unfall hätten sich die Beschwerden derart exazerbiert, dass es der Versicherten nicht mehr zumutbar gewesen sei, in ihrem angestammten Beruf als Köchin zu arbeiten, sodass eine Umschulung bei der Invalidenversicherung beantragt und bewilligt worden sei. Dieser Verlauf sei in den Akten durch alle behandelnden Ärzte (Dr. F._____, Dr. R._____, Dr. U._____) gut dokumentiert und würde die glaubwürdigen Aussagen der Versicherten stützen. Einstimmig sei beschrieben worden, wie es nach einem leichten HWS-Distorsionstrauma im September 2000 zu einem akuten zervikovertebralen Schmerzsyndrom gekommen sei, welches im Verlauf chronisch geworden sei. Parallel dazu sei es zu, nach einem solchen Trauma typischen, kognitiven Defiziten mit schneller Erschöpfbarkeit und mangelnder Belastbarkeit gekommen, welche die vorhandenen Coping-Strategien entscheidend beeinträchtigt hätten. Die Erholung sei protrahiert aber stetig verlaufen, bis es zum zweiten Unfall gekommen sei, welcher zu einer akuten Verschlechterung der gleichen Leiden geführt habe. Hingegen seien die Überlegungen von Dr. Y._____ nach kreisärztlicher Untersuchung im Juni 2004 nicht nachvollziehbar, da die Beschwerden nach HWS-Distorsionstraumen mittlerweile gut bekannt seien, ebenso, dass sie durch chirurgische und orthopädische Untersuchungsmethoden alleine nicht zu objektivieren seien.

Dr. H._____ resümierte, der Unfall vom 19. September 2003 habe zu einer Exazerbation der erhobenen Befunde geführt, welche vom Unfall datierend 7. September 2000 herrühren würden und zum Zeitpunkt des zweiten Unfalls etwa zu 75 % abgeheilt gewesen seien. Der zweite Unfall habe zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes geführt,

so dass das Beschwerdebild nach dem zweiten Unfall je zu 50 % auf beide Unfälle zurückzuführen sei. Unfallfremde Ursachen würden nicht vorliegen.

Die Gutachterin kam zum Schluss, für die Tätigkeit als Köchin bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Nach Abschluss der Ausbildung sei die Versicherte als medizinische Praxisassistentin zu 70 % arbeitsfähig. Es liege eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen Integrität im Umfang von 10 % vor.

5.1.40 Anlässlich des Mitarbeitergesprächs vom 24. Februar 2006 (Vorakten doc. 795) protokollierte der Vorgesetzte der Versicherten, Dr. Z._____, dass sich die Versicherte wegen Rückenschmerzen während eines Arbeitstages mehrmals hinlegen müsse. Die Schmerzen seien von Schwindel, Ohnmachtsanfällen und Hitzegefühl begleitet. Das Arbeitspensum sei auf 80 % reduziert worden. Am 24. März 2006 (Vorakten doc. 796) wurde im Rahmen des Mitarbeitergesprächs festgestellt, dass die Absenzen seit Stellenantritt auf 6 ½ Arbeitstage angewachsen seien.

5.1.41 Unfallmeldung von Dr. Z._____ an B._____ vom 28. Juni 2006 (Vorakten doc. 652, 671, 706), wonach die Versicherte die Arbeit ab 23. Mai 2006 ausgesetzt habe.

5.1.42 Dokumentationsbogen für Erstkonsultation nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 26. Juli 2006 von Dr. Aa._____ und Dr. Bb._____ (Vorakten doc. 644, 672, 707) mit Quebec-Task Force Grad II, wegen Nackenbeschwerden, muskuloskelettalen Befunde und diffusen Parästhesien der linken Hand.

5.1.43 Dr. Cc._____, Neurologe, beantwortete am 26. September 2006 (Vorakten doc. 628, 677, 712) die Fragen der B._____ vom 20. September 2005 dahingehend, dass die Versicherte drei HWS-Distorsionen erlitten habe und der Verlauf noch nicht abschätzbar sei.

5.1.44 Am 6. Oktober 2006 (Vorakten doc. 626, 678, 713) berichtete Dr. Cc._____, Neurologe, dass der Gesundheitszustand vor dem zweiten Unfall im September 2003 leicht bis mässig besser, die Arbeitsunfähigkeit je nach Beschwerden und Belastungen unterschiedlich gewesen sei, jedoch im Durchschnitt mindestens 50 % betragen habe. Nach eigenen Untersuchungen und CT-Aufnahmen befand er, aktuell bestehe eine linksseitige zervikale/zervikozephalische und zervikobrachiale Symptomatik ohne neurologische Ausfälle, wahrscheinlich mehrheitlich myofaszial bedingt sowie

verstärkte Migräne. Ferner bestünden Triggerpunkte. Seit dem 25. September 2006 betrage die Arbeitsfähigkeit 60 %.

5.1.45 Zuweisung der Versicherten durch Dr. Cc. _____ an Dr. Dd. _____, Ophthalmologe, vom 17. Januar 2007 (Vorakten doc. 465).

5.1.46 Ärztlicher Zwischenbericht von Dr. Bb. _____ vom 2. März 2007 (Vorakten doc. 605, 684, 720) an die B. _____, wonach die Versicherte seit 25. September 2006 zu 40 % arbeitsunfähig sei.

5.1.47 Am 23. Mai 2008 (Vorakten doc. 562) teilte lic. phil. Ee. _____, Psychologin, der B. _____ mit, dass die Behandlung am 21. September 2007 begonnen und alle zwei bis drei Wochen stattgefunden habe. Zu Beginn der Behandlung sei es darum gegangen, der Versicherten zu helfen, einen noch besseren Umgang mit ihren unfallbedingten leicht ausgeprägten Hirnfunktionsstörungen zu finden und durch gezielte Erarbeitung von entsprechenden Kompensations- und Kontrollstrategien ihr Energie- und Schmerzmanagement zu optimieren. In einer weiteren Phase sei die leistungsbezogene, realistische Evaluation einer geeigneten Arbeitsstelle für den beruflichen Wiedereinstieg im Zentrum der gemeinsamen Arbeit gestanden. Dank der guten Compliance sei es der Versicherten gelungen, per 1. März 2008 in Zürich eine 50 % Anstellung zu finden und erfolgreich anzutreten.

5.1.48 Dr. Cc. _____ setzte die B. _____ mit Schreiben vom 6. Juni 2008 (Vorakten doc. 560) darüber in Kenntnis, dass die Beschwerden im Bereich von Nacken und Schultern durch die intensive Vorbereitung für die Prüfung zur medizinischen Praxisassistentin zugenommen hätten. Nach Untersuchung der HWS und der Schultern hielt er fest, die Versicherte beklage Schmerzen im Bereich des Nackens links. Dort palpiere er einen erheblichen Triggerpunkt auf Höhe C2/3, die Dehnung der Muskulatur in diese Richtung (Kopf nach rechts vorne unten) verursache ziehende Schmerzen, umgekehrt nach links vorne unten sei der Schmerzpunkt weniger aktiviert. Die Rotationsbewegung bei Inklinatation und Reklination erzeuge die gleichen Schmerzen. Es bestünden keine sensomotorischen Ausfälle. Ausserdem habe die Versicherte keine Migräne mehr gehabt. Die Versicherte klage jedoch über Gleichgewichtsstörungen, Schwindel, Übelkeit und Sehstörungen, welche wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem zervikozephalen Symptomenkomplex bzw. der vaskulären Dysregulation stünden.

5.1.49 Lic. phil. Ee. _____, Psychologin, informierte mit Schreiben vom 31. Juli 2008 (Vorakten doc. 540, 541) die A. _____ darüber, dass das Ziel des Coachings die vollständige Verarbeitung sämtlicher Unfallereignisse sei. Mit Brief vom 31. Oktober 2008 (Vorakten doc. 528, 654) und vom 3. Juli 2009 (Vorakten doc. 484) teilte sie zudem mit, die Versicherte spreche gut auf die Therapie an. Das Coaching betreffend den letzten Unfall habe abgeschlossen werden können.

5.1.50 Nach eigenen Untersuchungen befand Dr. Cc. _____ am 26. Juni 2009 (Vorakten doc. 466), die Versicherte sei am 25. Mai 2009 von einer Passagierin in der Bahn mit einem Schuh am Nacken getroffen worden. Nach zwei Wochen seien die Beschwerden zurückgegangen. Dem Bericht der B. _____ vom 29. Juni 2009 (Vorakten doc. 492) ist zu entnehmen, dass die Versicherte wegen dieses Vorfalles an drei Tagen mit der Arbeit aussetzen musste.

5.1.51 Am 20. April 2010 (M28, Vorakten doc. 60, 92, 181, 441; BVGer act. 1/54) wurde hinsichtlich der drei Unfälle vom 7. September 2000, 19. September 2003 und 23. Mai 2006 ein polydisziplinäres Gutachten durch die MEDAS J. _____ erstattet, in welchem die umfangreiche medizinische, berufliche und unfalltechnische Aktenlage resümiert, die Anamnese dargestellt, die Befunde erhoben und eine zusammenfassende Beurteilung abgegeben wurde. Das Gutachten stützte sich auf Konsilien in den Fachbereichen Neurologie (Dr. Ff. _____) vom 19. Februar 2010 (Vorakten doc. 62, 94, 443; BVGer act. 1/56), Rheumatologie (Dr. Gg. _____) vom 20. Februar 2010 (Vorakten doc. 64, 96, 182, 445; BVGer act. 1/58), Neuropsychologie (lic. phil. Hh. _____ und lic. phil. li. _____) vom 1. März 2010 (Vorakten doc. 63, 95, 444; BVGer act. 1/57) und Psychiatrie (Dr. Jj. _____) vom 3. März 2010 (Vorakten doc. 61, 93, 442; BVGer act. 1/55). Die Gesamtbeurteilung basierte auf einem vorgängig im Zirkulationsverfahren erarbeiteten Konsens aller beteiligten Konsiliarärzte vom 13. April 2010.

Dr. Ff. _____, Neurologin, berichtete, die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der chronischen Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich um 10 % eingeschränkt.

Lic. phil. Hh. _____ und lic. phil. li. _____, Neuropsychologinnen, befanden, mit Ausnahme einer leicht instabilen Aufmerksamkeitskapazität beständen alters- und ausbildungsadäquate mentale Leistungen. Die Beschwerden im mentalen Bereich seien auf die Schmerzen zurückzuführen.

Es würden sich keine Hinweise für eine hirnorganische neuropsychologische Funktionsstörung finden.

Dr. Kk. _____, Rheumatologe, erkannte im Wesentlichen muskuläre Verspannungszustände der Nacken- und Schultermuskulatur links, ohne objektivierbare strukturelle Läsionen. In Ermangelung objektivierbarer struktureller Befunde könne aus rheumatologischer Sicht keine langdauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Das Hauptleiden ergebe sich aus dem Fachbereich Psychiatrie.

Dr. Jj. _____, Psychiater, konstatierte, dass es sich bei der Versicherten um eine willige, intelligente Frau handle, welche vor dem ersten Unfall psychisch gesund gewesen sei. Im Anschluss an den ersten Unfall vom 7. September 2000 habe sich ein Beschwerdebild entwickelt, das definitionsgemäss einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) entspreche, zudem würden psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen mitspielen. Der Unfall vom 7. September 2000 sei aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Hauptursache der aktuellen Beschwerden. Es würden sich keine unfallfremden Faktoren eruieren lassen, welche das Beschwerdebild erklären könnten. Ein möglicher Risikofaktor zum posttraumatischen Verlauf könne die sehr leistungsorientierte Persönlichkeitsstruktur der Versicherten mit hohen Ansprüchen an sich selber sein, ein sozial und gesellschaftlich erwünschtes, positiv gewichtetes Merkmal. Zum Zeitpunkt des zweiten Unfalles vom 19. September 2003 sei die Versicherte zwar wieder arbeitsfähig gewesen, aber nicht beschwerdefrei; sie habe sich in einer vermehrt vulnerablen Phase befunden. Der zweite Unfall habe zu einer Verschlechterung, mit teils neuen passageren Symptomen (Migräneanfälle) geführt; der Status quo ante sei nicht mehr erreicht worden. In diesem Sinn habe der zweite Unfall zu einer andauernden Verschlimmerung geführt. Es sei davon auszugehen, dass der zweite Unfall allein ohne den ersten kaum zu einer Chronifizierung geführt hätte. Analog hätte sich vermutlich auch der dritte Unfall vom 23. Mai 2006, für sich allein betrachtet, nicht derart schwerwiegend ausgewirkt. Es sei die Kombination mehrerer Unfälle, welche für den derzeitigen Zustand verantwortlich sei. Der vierte Unfall habe nur zu einer relativ kurzdauernden passageren Verschlimmerung geführt. Der Psychiater gewichtete den 1. Unfall mit 60 % und die beiden Unfälle vom 17. September 2003 und vom 23. Mai 2006 mit je 20 %.

Es wurden die folgenden Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Neurasthenie (ICD-10 F48.0)
- Kopfschmerzen vom Spannungstyp

Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- rezidivierende muskuläre Verspannungszustände der Nacken-/Schultermuskulatur links bei
 - Status nach HWS-Distorsionstrauma mit Kopfanprall am 7. September 2000
 - Status nach HWS-Distorsionstrauma infolge Heckauffahrunfall am 19. September 2003
 - Status nach HWS-Distorsionstrauma infolge Seitkollision am 23. Mai 2006
 - Status nach Hinterkopfkotusion am 25. Mai 2009
 - zervikaler Streckhaltung mit diskreter Kyphosierung C2 bis C6
- psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (ICD-10 F54)

Nebenbefunde

- Status nach Beinvenenthrombose rechts im August 2008 (Risikofaktor orale Antikontrazeptiva)

Die Experten erkannten, es würde keine Aggravation und kein objektivierbares organisches Korrelat vorliegen; im Vordergrund stehe ein psychiatrisches Leiden, eine Neurasthenie.

Der Endzustand sei noch nicht erreicht, weitere Verbesserungen seien möglich, nicht nur durch medizinische Massnahmen, sondern auch infolge des Spontanverlaufs.

Betreffend die Arbeitsunfähigkeit hielten die Ärzte fest, aus rheumatologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit und aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 10 %. Die psychiatrischen Beschwerden (Neurasthenie) würden im Vordergrund stehen und würden zu einer Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Sekretärin/Stellvertreterin der Leiterin der I. _____ zu etwa 55 % führen. Bei geistig weniger anspruchsvollen Tätigkeiten wäre die Arbeitsfähigkeit leicht höher, schätzungsweise bei 60 %.

Auf Anfrage der B._____ ergänzten die Gutachter am 8. April 2011 (Vorakten doc. 200, 427), die Arbeitsfähigkeit von 55 % beziehe sich auf ein Pensum von 100 %.

5.1.52 Der Vertrauensarzt der B._____, Dr. Ll._____, äusserte sich am 11. August 2010 (Vorakten doc. 180, 440) zum Gutachten der MEDAS J._____ dahingehend, es sei mit seinen 40 Seiten umfassend und beantworte die vorgelegten Fragen korrekt. Die Aktenlage sei ausführlich dargestellt, die Ereignisse chronologisch erfasst und danach die Beurteilung der einzelnen Konsiliarärzte bezüglich der Hauptfragen zusammengefasst worden. Insgesamt handle es sich um ein ausführliches, korrektes, nachvollziehbares, multidisziplinäres und interdisziplinäres Gutachten. Es seien keine umfallfremden Ursachen aufgeführt worden. Die psychische Gesundheitsschädigung werde noch nicht als abgeheilt beurteilt. Die Unfallkausalität sei bei dieser komplexen Ausgangslage mit an und für sich insgesamt vier Unfällen schwierig. Dementsprechend hätten sich auch die Begutachter unterschiedlich, qualitativ und quantitativ, festgelegt.

5.1.53 Dr. K._____, Facharzt für Neurologie, fasste im Auftrag der A._____ am 24. August 2010 (M29, Vorakten doc. 59, 91; BVGer act. 1/53) die ärztlichen Akten zusammen und befand, er hätte Neurasthenie nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Unfälle zurückgeführt, da aus seiner Sicht die Neigung dazu vorbestehend sei. Die Haushaltstätigkeit könne auch mit dem Vorliegen einer Neurasthenie vollumfänglich durchgeführt werden. Die Arbeitsunfähigkeit von 40 % lasse sich nicht begründen, er sehe eine deutlich höhere Arbeitsfähigkeit auch im Beruf als Sekretärin. Bei seinen Fällen in der Praxis hätten chronische Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich praktisch nie zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt. Die Beschwerden seien zu 50 % auf den ersten, zu 5 % auf den zweiten und zu 45 % auf den dritten Unfall zurückzuführen.

5.1.54 Dr. Mm._____, Psychiater, erstattete am 31. März 2011 zuhanden der A._____ ein Gutachten (M30, Vorakten doc. 58, 90; BVGer act. 1/52), wonach der zweite und dritte Unfall leicht gewesen seien. Daher könne die Beschwerdezunahme nur auf ängstliche Verspannungen und nicht auf somatische Schädigungen zurückgeführt werden. Die Diagnose Neurasthenie sei nicht nachvollziehbar. Eine Neurasthenie sei in der Regel Folge einer entsprechenden Anlage, könne nach einem langwierigen schweren Infekt oder aufgrund psychischen Stresses entstehen. Die HWS-Symptomatik aufgrund des Unfalls vom 7. September 2000 sei im Mai 2002

im Wesentlichen abgeheilt gewesen. Die verbleibenden Beschwerden hätten keineswegs zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt. Bis zum zweiten Unfall gebe es keine Berichte mehr.

Das Delta-v sei im unfallanalytischen Gutachten mit 22-28 km/h angegeben worden, was für eine Vorwärtskollision ein Delta-v im Bereich der Harmlosigkeit ergebe. Es sei nicht einzusehen warum der zweite Unfall, welcher als leicht einzustufen sei, zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt haben sollte. Die Unfälle könnten eigentlich nur eine Teilursache für die Beschwerden der Versicherten gewesen sein. Die Dekompensation nach dem zweiten Unfall vom 19. September 2003 könne oder müsse eine Folge des am Arbeitsplatz erlebten Stresses sein. Für ihn sei nicht nachvollziehbar, weshalb dieser, von der Versicherten selbst als leicht eingeschätzter Unfall, eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt haben sollte. Das müsse andere, bisher nicht bekannte, Gründe gehabt haben. Die Unfälle könnten eigentlich als Auslöser nur eine Teilursache für die Beschwerden der Versicherten sein. Wenn sich nach dem ersten Unfall tatsächlich so etwas wie eine Neurasthenie entwickelt haben sollte, sei dies eine Folge eines massiven Mangels an Resilienz (Fähigkeit Schwierigkeiten und Probleme zu bewältigen).

Da schon die Arbeitsunfähigkeit nach dem zweiten Unfall keine Folge des ersten mehr sein könne, sei auch die heutige Arbeitsunfähigkeit nach einem dritten und vierten Unfall keine Folge des ersten.

Aufgrund der Schilderung der Versicherten würde sich eigentlich die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) stellen, dafür würde aber der Nachweis von emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen fehlen. Trotzdem stellte Dr. Mm. _____ die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

5.2

5.2.1 Die Vorinstanz legte in der angefochtenen Verfügung vom 22. Dezember 2014 (vgl. A39; Vorakten doc. 7; BVGer act. 1/1) die medizinische Entwicklung dar. Im Wesentlichen hielt sie fest, die Versicherte habe bei den Verkehrsunfällen vom 7. September 2000, 19. September 2003 und 23. Mai 2006 je eine HWS-Distorsion erlitten (vgl. Verfügung E. 3.1.1-3.1.3) und sei sowohl beim zweiten als auch beim dritten Unfall jeweils noch wegen der vorhergehenden Unfälle in ärztlicher Behandlung und teilweise arbeitsunfähig gewesen (vgl. Verfügung E. 3.2). Sie sei ab 21. Mai 2001 zu 100 % arbeitsfähig gewesen, wobei ab September 2002 während einiger

Zeit wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vorgelegen habe (Verfügung E. 3.1.1). Nach dem zweiten Unfall sei sie vollständig arbeitsunfähig gewesen (vgl. Verfügung E. 3.1.3). Ab Februar 2006 habe sie ein Praktikum als medizinische Praxisassistentin begonnen, wobei das Pensum wegen vieler gesundheitlicher Absenzen auf 80 % habe reduziert werden müssen (vgl. Verfügung E. 3.1.2). Nach dem dritten Unfall habe sie das Praktikum mit einer reduzierten Arbeitszeit im Herbst 2007 abschliessen können. Ab März 2008 sei sie zu 50 % als Arztsekretärin tätig gewesen und habe per November 2008 zur I. _____ gewechselt bei gleichbleibendem Arbeitspensum (vgl. Verfügung E. 3.1.3). Das BAG kam gestützt auf die medizinischen Unterlagen zum Schluss, dass der erste Unfall vom 9. September 2000 derjenige mit der höchsten Intensität sowie dem grössten Schädigungspotential gewesen sei und die Beschwerden der Versicherten grösstenteils auf diesen Unfall zurückzuführen seien (vgl. Verfügung E. 8.1). Das MEDAS-Gutachten erfülle die Beweisanforderungen, dementsprechend sei auf die dort erfolgte Kausalitätsaufteilung abzustellen (vgl. Verfügung E. 8.1).

5.2.2 Die Beschwerdegegnerin 1 schloss sich der medizinischen Sachverhaltsfeststellung der Vorinstanz an (BVGer act. 9) und ergänzte, die Versicherte habe an ständigen Schmerzen gelitten, die einzig auf das Unfallereignis vom 7. September 2000 zurückzuführen seien. Sämtliche involvierten Ärzte, Case Manager, Arbeitgeber und Sachbearbeiter hätten der Versicherten vorbildlichen Einsatz beim Kampf gegen die unfallbedingten Beschwerden attestiert. Sie sei aufgrund ihrer pflichtbewussten und perfektionistischen Haltung gewillt, wieder Tritt zu fassen. Leider sei ihr dies wegen der bei den Unfällen erlittenen Verletzungen nicht mehr gelungen.

5.2.3 Die Beschwerdeführerin bestreitet nicht, dass sich die Versicherte drei HWS-Distorsionen zuzog, sie ist jedoch der Ansicht (BVGer act. 1), dass die Arbeitsfähigkeit bereits ab 1. Mai 2001 voll hergestellt, und der Gesundheitszustand stationär gewesen sei, so dass nur noch eine Erhaltungstherapie stattgefunden habe. Replikweise (BVGer act. 16) verwies die Beschwerdeführerin auf die medizinischen Vorakten. Dr. U. _____ habe von einem sehr schönen Verlauf berichtet und darüber, dass die Arbeit ab 1. Mai 2001 zu 100 % wieder aufgenommen worden sei (Bericht vom 2. September 2001; M16; Vorakten doc. 78, 110; BVGer act. 1/72). Dr. F. _____ habe bestätigt (Bericht vom 28. Januar 2001; M20, Vorakten doc. 71, 103; BVGer act. 1/65), dass ab 1. Mai 2001 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Ein Jahr nach der Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 %, das heisse ab Mai 2002, seien die Folgen des ersten Unfalles

im Wesentlichen abgeheilt gewesen. Eine sporadische Arbeitsunfähigkeit von 20 % ab September 2002 ändere daran nichts. Im Rahmen des ersten Unfalles seien keine psychischen Probleme dokumentiert und auch nicht behandelt worden. Der zweite Unfall habe zu einer andauernden Verschlimmerung geführt. Der Status quo ante sei nicht mehr erreicht worden. Es sei jedoch davon auszugehen, dass der zweite Unfall ohne den ersten kaum zu einer Chronifizierung geführt hätte. Analoges gelte auch für den dritten Unfall. Es sei die Kombination der Unfälle, welche zum derzeitigen Zustand geführt habe.

5.3 Der medizinische Sachverhalt ist nachfolgend unter Würdigung der medizinischen Vorakten zu bestimmen. Das Bundesrecht schreibt nicht vor, 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 nachvollziehbar 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.

5.3.1 Der Richter weicht bei Gerichtsgutachten praxisgemäss 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 anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine 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 (vgl. BGE 118 V 286 E. 1b; BGE 112 V 30 E. 1a m.H.).

5.3.2 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 (vgl. BGE 104 V 209 E. c; RKUV 1993 Nr. U 167 E. 5a m.H.). 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 (vgl. BGE 120 V 357 E. 1c m.H.).

5.3.3 Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt 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 (vgl. BGE 122 V 157 E. 1c).

5.3.4 Ein Parteigutachten enthält 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: vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b mit weiteren Hinweisen).

5.3.5 Bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen kann auch auf die formalisierte Berichterstattung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler abgestellt werden, da auch diese der freien Beweiswürdigung unterliegen. Sind daher keine konkreten Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermögen, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung ausser Acht zu lassen (vgl. Urteil des BVGer C-4325/2015 vom 27. September 2016 E. 3.7.3). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der behandelnden Arztperson stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (vgl. Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2).

5.4

5.4.1 Die Vorinstanz stützte sich bei der Feststellung des Sachverhalts hinsichtlich der ersten beiden Unfälle massgeblich auf die Berichte von Dr. F._____, Neurologe, und von Dr. H._____, Neurologin, (vgl. Verfügung BAG E. 3.1.1 und E. 3.1.2).

5.4.1.1 Bei den Berichten von Dr. F. _____ handelt es sich um Behandlungsberichte (vgl. E. 5.3.5 hiervor), auf welche Bezug genommen werden kann, sofern sie den rechtsprechungsgemässen Anforderungen genügen (vgl. E. 5.3 hiervor). Der Kreisarzt Dr. Y. _____, orthopädischer Chirurg, zweifelte an den Berichten von Dr. F. _____ hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit und Vorliegen einer Konzentrationsschwäche. Mit Schreiben vom 6. August 2004 (Vorakten doc. 355) erklärte Dr. F. _____ einleuchtend, dass aufgrund des positiven Verlaufs Dr. Y. _____ als Orthopäde und Chirurg am 17. Juni 2004 nicht dieselben Befunde erheben konnte, wie er am 16. Oktober 2000 und 19. September 2003. Die Differenzen der Arbeitsunfähigkeit klärte Dr. F. _____ auf, indem er feststellte, nach dem ersten Unfall sei die Arbeitsunfähigkeit sehr wechselhaft gewesen, und die Versicherte habe immer wieder versucht zwischendurch zu arbeiten, wobei es zu Rückschlägen gekommen sei. Es leuchtet ein, dass die hochmotivierte Versicherte arbeiten wollte, sich dann überforderte und dadurch die Arbeitsunfähigkeit wiederum zunahm. Ebenso leuchtet ein, dass die Versicherte aufgrund ihrer Schmerzen die schwere Tätigkeit in der Küche nur schwerlich meistern konnte und selbst wenn sie 100 % arbeitsfähig geschrieben war, die effektiv erbrachte Leistung nur 80 % betrug. Aufgrund der Beschwerden wollte sich die Versicherte bereits vor dem zweiten Unfall umschulen lassen, was auch aus dem Inspektorenbericht der A. _____ vom 22. September 2003 hervorgeht (A6, Vorakten doc. 50, 142, BVGer act. 1/45, 24/6). Die Berichte von Dr. F. _____ sind schlüssig und nachvollziehbar, womit ihnen Beweiswert zukommt.

5.4.1.2 Bei der Expertise von Dr. H. _____ handelt es sich um ein von der Suva in Auftrag gegebenes externes Gutachten (vgl. E. 5.3.2 hiervor), welches unter Beachtung des rechtlichen Gehörs eingeholt wurde, zumal sich die Versicherte und die Beschwerdeführerin zum Fragenkatalog an die Sachverständige äussern und Ergänzungsfragen stellen konnten (Vorakten doc. 329ff., 334ff., 340f., 354, 360). Diesem Gutachten kommt daher ein erhöhter Beweiswert zu, sofern es den von der Rechtsprechung aufgestellten Anforderungen genügt (vgl. E. 5.3 hiervor). Die Expertise beruht auf den Vorakten und eigenen Untersuchungen durch die Gutachterin, beinhaltet eine Zusammenfassung der medizinischen Vorakten sowie der Anamneseerhebung und enthält eine Auseinandersetzung mit den geklagten Leiden. Zudem kam die Sachverständige zu nachvollziehbaren Schlussfolgerungen. Es liegen keine Berichte vor, welche das Gutachten in Zweifel ziehen, so dass es beweiswertig ist.

Dr. H._____ schützte die Einschätzungen von Dr. F._____, wonach die Versicherte vor dem zweiten Unfall zwar arbeitsfähig geschrieben gewesen sei, aber die entsprechende Leistung nicht habe erbringen können. Ebenso geht Dr. H._____ mit Dr. F._____ einig, dass die Beschwerden aus dem ersten Unfall beim Eintritt des zweiten Unfalls noch nicht abgeklungen waren, so dass der zweite Unfall zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes führte.

5.4.1.3 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Arbeitsfähigkeit zwischen dem ersten und dem zweiten Unfall nur teilweise und vorübergehend vollständig hergestellt werden konnte, wie ab Mai 2001 und Januar 2003, jedoch selbst in Zeiten von vollständiger Arbeitsfähigkeit die Leistungsfähigkeit wegen Schmerzen massgeblich eingeschränkt war (vgl. E. 5.4.1.1 und E. 5.4.1.2 hiervor). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin war der Gesundheitszustand der Versicherten im Zeitpunkt des zweiten Unfalls nicht stabil. Die medizinischen Behandlungen dienten folglich nicht nur dazu den Zustand zu erhalten, wie dies von der Beschwerdeführerin vorgebracht wurde, sondern eine nachhaltige 100%ige Arbeitsfähigkeit zu erreichen. Es zeichnete sich jedoch bereits vor dem zweiten Unfall ab, dass im Rahmen der beruflichen Tätigkeit als Köchin eine nachhaltige vollständige Arbeitsfähigkeit nicht möglich sein würde, daher wurde eine Umschulung angedacht (vgl. E. 5.4.1.1 hiervor). Der zweite Unfall führte zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustandes aus dem ersten Unfall (vgl. E. 5.4.1.1 und E. 5.4.1.2 hiervor), was denn auch unter der Parteien unbestritten ist.

5.4.2 Bei der Darstellung des Sachverhalts betreffend den dritten Unfall, zog die Vorinstanz insbesondere das MEDAS-Gutachten bei (vgl. Verfügung BAG E. 3.1.3).

5.4.2.1 Die Beschwerdeführerin stützte sich replikweise ebenfalls auf das MEDAS-Gutachten ab (vgl. Replik S. 3; BVGer act. 16), übte jedoch gleichzeitig unter Hinweis auf die Stellungnahmen von Dr. Mm._____ und Dr. K._____ Kritik (Replik S. 5; BVGer act. 16). Die Annahme der MEDAS-Gutachter, wonach sich die Versicherte beim Zweitunfall in einer „vermehrt vulnerablen Phase“ befunden habe und auch bei Neurasthenie ein „second stroke“-Mechanismus anzunehmen sei, werde nicht belegt. Es sei auch unklar, und gehe aus dem Gutachten nicht hervor, inwiefern die Gutachter die angeblich unfallbedingte „erhöhte Vulnerabilität“ der versicherten Person von weiteren möglichen Risikofaktoren, wie leistungsorientierte Persönlichkeit, Belastung am Arbeitsplatz, zuverlässig hätten abgrenzen und

quantifizieren können. Selbst nach der Annahme des MEDAS-Psychiaters beschränke sich die ursächliche kausale Komponente, für die die A._____ entstehen müsse, darin, die erhöhte Vulnerabilität der Versicherten verursacht zu haben, und somit zu einem angeblich längeren und intensiveren Verlauf im Anschluss an die späteren Unfälle geführt zu haben. Angesichts der alternativen Erklärungen für diese Entwicklung sei nicht dargelegt, dass der erste Unfall eine massgebende Ursache gewesen sei. So habe der beratende Psychiater der A._____, Dr. Mm._____, im Bericht vom 31. März 2011 ausgeführt (M30; Vorakten doc. 58, 90; BVGer act. 1/52), die Diagnose einer Neurasthenie überzeuge nicht, da diese in der Regel Folge einer entsprechenden Anlage sei.

5.4.2.2 Beim Gutachten der MEDAS J._____ (vgl. E. 5.1.51 hiavor) handelt es sich um, ein nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht (vgl. E. 5.3.2 hiavor) eingeholtes, externes Gutachten. Die MEDAS J._____ wurde von der Beschwerdeführerin vorgeschlagen (vgl. A13, Vorakten doc. 42, 134, 549; BVGer act. 1/37), und die betroffenen Unfallversicherer sowie die Versicherte konnten Zusatzfragen stellen (vgl. Vorakten doc. M28; Vorakten doc. 60, 92, 181, 441, 463, 464, 478; BVGer act. 1/54).

5.4.2.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 20. April 2010 (M28; Vorakten doc. 60, 92, 181, 441; BVGer act. 1/54) basiert auf den Vorakten, einer detaillierten Anamneseerhebung und auf für die strittigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen. Sodann erfolgten eine interdisziplinäre Beurteilung und die Beantwortung der gestellten Fragen. Die Gutachter setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Versicherten auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein, und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden für die rechtsanwendende Person nachvollziehbar begründet. So hielt denn auch der Vertrauensarzt der B._____ fest, es handle sich um ein ausführliches, korrektes, nachvollziehbares, multidisziplinäres und interdisziplinäres Gutachten (vgl. E. 5.1.52 hiavor). Das MEDAS-Gutachten erfüllt in medizinischer Hinsicht, und bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 5.3 hiavor). Hingegen überzeugen die von der Beschwerdeführerin eingeholten Parteigutachten von Dr. K._____ (vgl. E. 5.1.53) und von Dr. Mm._____ (vgl. E. 5.1.54), welche ohne Beachtung der Mitwirkungs-

rechte der Versicherten und ohne Zutun der anderen beteiligten Unfallversicherungen entstanden sind, nicht und vermögen, wie nachfolgend zu zeigen ist, keine Zweifel am MEDAS-Gutachten zu wecken.

Bei der Stellungnahme von Dr. K._____ handelt es sich um einen Aktenbericht, da der Arzt keine eigenen Untersuchungen durchführte. Er begründete seine Annahme, wonach keine Neurasthenie und keine Arbeitsunfähigkeit vorliegen würden, einzig mit der Erfahrung aus seiner Praxis ohne Bezug zur Versicherten, jedoch sind Diagnose und Arbeitsunfähigkeit im konkreten Einzelfall zu beurteilen. Auf die Stellungnahme von Dr. K._____ kann daher, mangels hinreichender Begründung, nicht abgestellt werden, so dass ihr kein Beweiswert zukommt.

Ebenfalls stellt die Stellungnahme von Dr. Mm._____ einen Aktenbericht dar, da er keine eigenen Untersuchungen durchführte. Er äusserte sich als Psychiater zu den somatischen Leiden, indem er den Schluss zog, die Beschwerden seien nicht auf somatische Schädigungen zurückzuführen und die HWS-Symptomatik aufgrund des Unfalles vom 7. September 2000 sei im Mai 2002 im Wesentlichen abgeheilt gewesen. Als Psychiater verfügt Dr. Mm._____ nicht über das notwendige Facharztwissen auf dem Gebiet der Neurologie und Rheumatologie, womit in somatischer Hinsicht nicht auf seine Beurteilung abgestellt werden kann. In Bezug auf das psychiatrische Leiden brachte Dr. Mm._____ vor, die Diagnose einer Neurasthenie sei nicht nachvollziehbar. Seine Ansicht relativierte er gleich selber, indem er festhielt, falls sich nach dem ersten Unfall tatsächlich eine Neurasthenie entwickelt haben sollte, sei dies eine Folge eines massiven Mangels an Resilienz. Somit schliesst auch Dr. Mm._____ das Vorliegen einer Neurasthenie nicht per se aus. Dr. Jj._____ der MEDAS J._____ erläuterte nachvollziehbar, warum er die Diagnose einer Neurasthenie stellte. So erklärte er, nachdem er differentialdiagnostisch eine Depression mangels depressiver Stimmung ausschloss, gestützt auf die von Dr. F._____ und Dr. Cc._____ erhobenen Befunde (Hirnleistungsschwäche in Form von Konzentrations-, Wortfindungs-, Aufmerksamkeits- und Konzeptionalisierungsstörung, Mühe mit der geteilten Aufmerksamkeit) sowie der von der Psychologin lic. phil. Ee._____ im Jahr 2008 erwähnten unfallbedingten leicht ausgeprägten Hirnfunktionsstörung und den von der Leiterin der I._____ beschriebenen Symptome (Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit nach vier Stunden), dass Müdigkeit, Energielosigkeit, Konzentrationsstörungen und Schmerzen im Vordergrund stünden, was zur Neurasthenie passe. Diese Schlussfolgerung ist stimmig.

Hingegen ist die Stellungnahme von Dr. Mm. _____ nicht schlüssig. So stellte er einerseits die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung und hielt andererseits gleich selber fest, dass eine solche Diagnose nicht gestellt werden könne, da der Nachweis emotionaler Konflikte und psychosozialer Probleme fehle. Auch Dr. Jj. _____ setzte sich eingehend mit der Differenzialdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung auseinander und kam zum Schluss, zum Zeitpunkt des Beginns der Schmerzen seien ausser dem Unfall keine emotionalen Konflikte oder psychosozialen Belastungen vorgelegen, vielmehr sei die Versicherte zufrieden mit ihrer Arbeit und erfolgreich gewesen sowie geschätzt worden. Sie habe gerade eine neue Stelle gefunden und Pläne für eine berufliche Weiterbildung gehabt. Ausserdem habe sie Freude an ihrem Hobby, dem Tauchen, empfunden. Dr. Jj. _____ hielt fest, die Versicherte habe eine gute Introspektionsfähigkeit und einen guten Zugang zu ihren Gefühlen, so dass auch nicht von Alexithymie gesprochen werden könne, die typisch für eine Somatisierungsstörung wäre. Die Schilderung der Schmerzen durch die Versicherte sei relativ präzise und sehr zurückhaltend, was auch nicht zu einer somatoformen Schmerzstörung passe. Die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien daher nicht erfüllt. Diese Schlussfolgerung von Dr. Jj. _____ leuchtet ein. Hingegen ist nicht einzusehen, warum Dr. Mm. _____ die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung stellte, wenn er selber der Ansicht war, dass die Kriterien hierfür nicht erfüllt waren. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ist daher nicht nachvollziehbar, womit der Stellungnahme von Dr. Mm. _____ auch in psychiatrischer Hinsicht kein Beweiswert zukommt. Daher kann auch nicht auf seine Beurteilung, wonach keine Arbeitsunfähigkeit vorliegen soll, abgestellt werden. Weitere Berichte, welche dem MEDAS-Gutachten widersprechen würden, liegen nicht vor, womit darauf abzustellen ist. Damit ist erstellt, dass die Versicherte an einer Neurasthenie leidet, wie dies Dr. Jj. _____ diagnostiziert und schlüssig begründet wurde.

5.4.2.4 Die Beschwerdeführerin brachte weiter vor (Beschwerde S. 19, BVGer act. 1), im MEDAS-Gutachten werde davon ausgegangen, dass die psychische Komponente im Vordergrund stehe und sich die Aufteilung der psychischen Folgen auf die drei Unfälle zu 60 %-20 %-20 % rechtfertige. Im Rahmen des ersten Unfalles seien jedoch keine psychischen Probleme dokumentiert worden. Dem ist gegenzuhalten, dass Dr. H. _____ am 24. Mai 2005 festhielt (M27; Vorakten doc. 65, 97, 253, 256, 273, 326; BVGer act. 1/59), die Versicherte sei anamnestisch nach dem ersten Unfallgeschehen in geschocktem Zustand, leicht verwirrt und zittrig gewesen. Die Begutachterin berichtete weiter, durch die vielen Schmerzen sei die

Versicherte anamnestisch leicht depressiv geworden, was jedoch nicht behandelt worden sei. Zwar ist Dr. H. _____ Neurologin und nicht Psychiaterin, jedoch ist davon auszugehen, dass sie anhand der Erzählung der Versicherten einzuschätzen vermag, dass nach dem ersten Unfall ein leicht depressiver Zustand vorlag. Der erste Unfall führte damit zu einer psychischen Vulnerabilität (vgl. Gutachten von Dr. H. _____, M27; Vorakten doc. 65, 97, 253, 256, 273, 326; BVGer act. 1/59; so auch MEDAS-Gutachten psychiatrische Abklärung Vorakten doc. 61, 93, 442; BVGer act. 1/55). Hinzukommt, dass beim Unfallverarbeitungscoaching nicht nur der dritte Unfall, sondern auch die beiden ersten thematisiert wurden (vgl. Bericht von lic. phil. Ee. _____, Psychologin, vom 31. Juli 2008; Vorakten doc. 540, 541). Schliesslich wurde im MEDAS-Gutachten nachvollziehbar erläutert, dass der erste Unfall kausal für die Entstehung der Neurasthenie war, da die Versicherte vor dem ersten Unfall gesund gewesen sei, und keine unfallfremden Faktoren vorgelegen seien, welche die Symptomatik erklären könnten. So seien die Kindheit, Jugend und die berufliche sowie persönliche Entwicklung unauffällig, insbesondere würden sich keine Hinweise auf mögliche Risikofaktoren für eine Somatisierung finden. Ein möglicher Risikofaktor sah Dr. Jj. _____ in der leistungsorientierten Persönlichkeit mit hohen Ansprüchen an sich selber, was aber für sich keinen Krankheitswert habe, sondern sozial und gesellschaftlich erwünscht sei. Diese Persönlichkeitseigenschaft sei auch in der Rehabilitation nützlich, durch Motivation etwas zu erreichen und vor den unvermeidlichen Rückschlägen in jeder Rehabilitation nicht zu resignieren. Dr. Jj. _____ setzte sich auch mit dem Stress an der Arbeitsstelle der Versicherten auseinander, wonach dieser darauf zurückzuführen sei, dass die Versicherte die Warnsignale oft willentlich übersteuere und sich überfordere. Dr. Jj. _____ kam zum Schluss, dass sich die Persönlichkeitseigenschaft sowohl positiv als auch negativ auswirken könne, vorliegend jedoch keine unfallfremden Faktoren eruiert worden seien, so dass dieser Anteil vernachlässigt werden könne. Diese Folgerung ist schlüssig. Dr. Jj. _____ erörterte weiter, die Beschwerden hätten mit dem ersten Unfall begonnen und zu einer Morbidität geführt. Die Beschwerden hätten sich deutlich zurückgebildet, bevor der zweite Unfall geschehen sei. Nach dem zweiten Unfall sei eine zum Teil nur vorübergehende Verschlechterung vorgelegen. Der überwiegende Teil der Beschwerden habe sich zurückgebildet, aber nicht alles. Es sei anzunehmen, dass der zweite Unfall nicht zu dauernden Beschwerden geführt hätte, wenn der Gesundheitszustand der Versicherten nicht schon vorher wegen des ersten Unfalls beeinträchtigt gewesen wäre. Diese Schlussfolgerung von Dr. Jj. _____ ist nachvollziehbar. Ge-

mäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung entspricht es allgemeiner Erfahrung, dass pathologische Zustände nach HWS-Verletzungen bei erneuter Traumatisierung ausserordentlich stark exazerbieren können (vgl. Urteil des BGer 8C_415/2007 vom 1. Juli 2008, E. 7.2), wie dies auch von Dr. Jj. _____ festgehalten wurde. Weiter erklärte Dr. Jj. _____, die psychischen Faktoren mit der Neurasthenie stünden im Vordergrund der Beschwerden, jedoch handle es sich hierbei nicht um ein vom HWS-Distorsionstrauma klar zu trennendes, eigenständiges psychisches Leiden. Dies leuchtet ein, zumal die Versicherte, wie bereits erwähnt, vor dem ersten Unfall physisch und psychisch gesund war. Damit ist erstellt, dass der erste Unfall zumindest eine Teilursache für die Entstehung der Neurasthenie war.

5.4.2.5 Weiter monierte die Beschwerdeführerin, der erste Unfall möge zwar von der mechanischen Einwirkung her der gravierendste gewesen sein; dem stehe jedoch die unbestrittene Tatsache gegenüber, dass dieser Unfall nur relativ milde Folgen gezeitigt habe und erst die weiteren Unfälle zu einer langen Arbeitsunfähigkeit geführt hätten (Beschwerde S. 18, BVGer act. 1). Dies trifft nicht zu. Die Versicherte war nach dem ersten Unfall zunächst vollständig arbeitsunfähig. Zwar war sie im Mai 2001 zu 100 % arbeitsfähig geschrieben (M21; Vorakten doc. 70, 102, BVGer act. 1/64, 24/3), jedoch hatte sie bei der Arbeit so starke Schmerzen, dass eine Umschulung angedacht wurde (A6, Vorakten doc. 50, 142; BVGer act. 1/45, 24/6). Zudem war sie von September 2002 bis Dezember 2002, das heisst zwei Jahre nach dem ersten Unfall, erneut zu 20 % arbeitsunfähig (M25, Vorakten doc. 67, 99; BVGer act. 1/61, 24/2). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin hatte der erste Unfall damit nicht nur milde Folgen. So waren denn auch die begutachtenden Ärzte der Ansicht, dass der erste Unfall der schwerwiegendste war (Dr. H. _____, M27; Vorakten doc. 65, 97, 253, 256, 273, 326, BVGer act. 1/59; Dr. Jj. _____, Vorakten doc. 61, 93, 442, BVGer act. 1/55; ebenso Vertrauensarzt der A. _____ Dr. K. _____, M29, Vorakten doc. 59, 91, BVGer act. 1/53; implizit auch Vertrauensarzt der A. _____ Dr. Mm. _____, M30, Vorakten doc. 58, 90, BVGer act. 1/52). Damit ist erstellt, dass der erste Unfall der schwerwiegendste war und die Versicherte jeweils noch an den Folgen der vorangehenden Unfälle litt, als jeweils der neue Unfall eintrat.

5.4.2.6 Schliesslich brachte die Beschwerdeführerin vor, dem ersten Unfall einen 60%igen Verursachungsanteil zuzuweisen, sei arbiträr (Beschwerde S. 18, BVGer act. 1; Replik S. 6, BVGer act. 16). Anders als im Privatversicherungsrecht, wo der Beweisgrad der annähernden Sicherheit gilt (vgl.

UELI KIESER/HARDY LANDOLT, Unfall-Haftung-Versicherung, Zürich/St. Gallen 2012, Rn. 639 mit Hinweis auf BGE 130 III 321 E. 3.2), ist im Sozialversicherungsrecht vom Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auszugehen (vgl. UELI KIESER/HARDY LANDOLT, Unfall-Haftung-Versicherung, Zürich/St. Gallen 2012, Rn. 559). Die Aufgabe der Experten ist es, die Kausalitätsanteile zu schätzen. Der Vertrauensarzt der B._____, Dr. LI._____, wies in seiner Stellungnahme vom 11. August 2010 daraufhin (Vorakten doc. 180, 440), dass die Kausalität bei der vorliegenden komplexen Ausgangslage mit an und für sich vier Unfällen schwierig sei. Das MEDAS-Gutachten ist in diesem Sinne „arbiträr“, als es notwendigerweise eine Schätzung der Verursachungsanteile enthält, welche nicht einfach vorzunehmen war. Dr. Jj._____ begründete jedoch nachvollziehbar, wie er zu dieser Einschätzung kam, nämlich, dass er den ersten Unfall als den schwerwiegendsten erachtete. Hinzukommt, dass Dr. Jj._____ feststellte, dass etliche Beschwerden aus dem zweiten Unfall nur vorübergehend gewesen seien, was die Diskrepanz zum Gutachten von Dr. H._____, welche dem ersten Unfall einen Verursachungsanteil von 50 % zuwies, erklärt. Dr. H._____ hatte die Verursachungsanteile nach dem zweiten und Dr. Jj._____ nach dem dritten Unfall zu bestimmen. Da das MEDAS-Gutachten später erstellt wurde, konnten die Beschwerden aus dem zweiten Unfall sich zurückbilden, so dass dem ersten Unfall im Zeitpunkt des MEDAS-Gutachtens mehr Gewicht zukam.

Dr. K._____ erachtete am 24. August 2010 (M29, Vorakten doc. 59, 91, BVGer act. 1/53), der Schlüssel der Aufteilung wie er von der Versicherten vorgeschlagen worden sei 50 % - 45 % - 5 %, sei zutreffender. Dem ist gegenzuhalten, dass die Verursachungsanteile nach medizinischen Massstäben festzustellen sind und nicht nach der Annahme der Versicherten. Hinzukommt, dass wie weiter oben dargelegt wurde (vgl. E. 5.4.2.3 hier vor), der Stellungnahme von Dr. K._____ kein Beweiswert zukommt.

Der von der Beschwerdeführerin beigezogene Dr. Mm._____ erachtete am 31. März 2011 (M30; Vorakten doc. 58, 90; BVGer act. 1/52), da schon die Arbeitsunfähigkeit nach dem zweiten Unfall keine Folge des ersten mehr sein könne, sei auch die Arbeitsunfähigkeit nach dem zweiten und dritten Unfall keine Folge des ersten. Wie bereits weiter oben erörtert (vgl. E. 5.4.2.3 hier vor) kommt der Stellungnahme von Dr. Mm._____ kein Beweiswert zu. Die Beschwerden nach dem ersten Unfall waren beim Eintritt des zweiten und dritten Unfalls nicht verheilt, vielmehr führte der erste Unfall zu einer Morbidität.

Aus dem Gesagten erhellt, dass die von der MEDAS J. _____ aus medizinischer Sicht vorgenommene Aufteilung der Verursachungsanteile schlüssig und die Zuschreibung von 60 % für den ersten Unfall angemessen erscheint. Die Aufteilung zwischen dem zweiten und dem dritten Unfall ist vorliegend nicht umstritten.

5.4.2.7 Aus dem Teilkonsilium von Dr. Jj. _____ geht hervor (Teilgutachten S. 8, Vorakten doc. 61, 93, 442; BVGer act. 1/55), dass das MEDAS-Gutachten unter Beachtung der Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage erstellt wurde (vgl. BGE 132 V 65; BGE 130 V 396; BGE 130 V 352). Diese Rechtsprechung wurde in BGE 141 V 281 geändert und später auf psychische Leiden ausgedehnt (vgl. BGE 143 V 409; Urteil des BGer 8C_130/2017 vom 30. November 2017), so dass auch bei diesen Beschwerden ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen ist. Gemäss altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesgericht standhält (vgl. BGE 141 V 281 E. 8). Im strukturierten Beweisverfahren sind die folgenden Indikatoren anzuwenden: Kategorie "funktioneller Schweregrad" mit den Komplexen "Gesundheitsschädigung" (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde; Behandlungserfolg oder -resistenz; Eingliederungserfolg oder -resistenz; Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und "sozialer Kontext" sowie der Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) mit den Komplexen gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sowie behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck. Das umfassende MEDAS-Gutachten enthält nachvollziehbare Angaben zu sämtlichen Indikatoren, womit ihm auch nach neuer Rechtsprechung voller Beweiswert zukommt.

5.5 Zusammenfassend ergibt sich, dass dem MEDAS-Gutachten, dem Gutachten von Dr. H. _____ und den Berichten von Dr. F. _____ Beweiswert zukommt, so dass nachfolgend darauf abzustellen ist. Weiter ist der von der Vorinstanz in ihrer Verfügung vom 22. Dezember 2014 festgestellte medizinische Sachverhalt zu schützen. Der erste Unfall war der schwerwiegendste, da er selbst zwei Jahre später erneut zu einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % führte und eine Morbidität zurückblieb. Es ist davon auszugehen, dass es ohne den ersten Unfall nicht zu einer Chronifizierung

der Beschwerden gekommen wäre. Weiter ist der erste Unfall eine Teilursache für die Entstehung der Neurasthenie. Schliesslich ist die Aufteilung der Verursachungsanteile aus medizinischer Sicht zu 60 % - 20 % - 20 % nicht zu beanstanden.

6.

6.1 Es folgen Ausführungen zur Leistungspflicht bei Unfällen.

6.1.1 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).

6.1.2 Gestützt auf Art. 77 Abs. 3 UVG erliess der Bundesrat Art. 100 UVV, 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).

6.2 Nachfolgend ist zu prüfen, welcher Absatz von Art. 100 UVV vorliegend anwendbar ist.

6.2.1 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. Urteil des BVGer C-6216/2009 vom 18. Oktober 2012 E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 135 V 333 E. 4.4).

6.2.1.1 Vorliegend wechselte die Versicherte ihre Stelle zwischen den ersten beiden Unfällen vom 7. September 2000 und vom 19. September 2003 nicht sondern nahm ihre angestammte Tätigkeit als Köchin schrittweise wieder auf. Der Umstand, dass die Versicherte zunächst zwar 100 % arbeitete (M21; Vorakten doc. 70, 102, BVGer act. 1/64, 24/3), jedoch von September 2002 bis Dezember 2002 zu 20 % arbeitsunfähig war (M25, Vorakten doc. 67, 99; BVGer act. 1/61, 24/2), ist hinsichtlich Art. 100 Abs. 1 UVV irrelevant.

6.2.1.2 Nach dem zweiten Unfall liess sich die Versicherte zur medizinischen Praxisassistentin umschulen (Vorakten doc. 803). Die entsprechenden Kosten wurden von der kantonalen IV-Stelle (...) übernommen (Vorakten doc. 353, 366, 797). Das Praktikum begann am 6. Februar 2006 und dauerte gemäss Praktikumsvertrag vom 16. Januar 2006 bis zum 5. Februar 2007 (Vorakten doc. 803), so dass sich der dritte Unfall vom 23. Mai 2006 während diesem Praktikum ereignete und die Versicherte das Praktikum nach dem Unfall wieder aufnahm (Vorakten doc. 652, 671, 706). Unbeachtlich ist, dass gemäss Praktikumsvertrag eine Vollzeitbeschäftigung vorgesehen war (Vorakten doc. 803), die Beschwerdeführerin das Pensum wegen ihrer gesundheitlichen Beschwerden jedoch vor dem dritten Unfall auf 80 % reduzieren musste (Vorakten doc. 795).

6.2.1.3 Aus dem Gesagten ergibt sich, dass vorliegend Art. 100 Abs. 1 UVV nicht anwendbar ist, da die Versicherte nach den Unfällen, jeweils eine versicherte Tätigkeit wieder aufnehmen konnte, bevor ein neuer Unfall geschah und sie folglich wegen der Unfälle nicht daran gehindert wurde, eine neue Stelle anzutreten.

6.2.2 Art. 100 Abs. 3 UVV setzt voraus, dass der Versicherte aus einem früheren Unfall bereits rentenberechtigt ist.

6.2.2.1 Die Versicherte bezog aufgrund der beiden Unfälle vom 7. September 2000 und vom 19. September 2003 keine Rente, sondern einzig Taggelder (Vorakten doc. 348, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 744, 745, 746, 748, 749, 750, 751, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 774, 775, 776, 777, 802). Zudem wurde ihr nach dem zweiten Unfall durch die Invalidenversicherung eine Umschulung gewährt (Vorakten doc. 353, 366, 797).

6.2.2.2 Das Tatbestandselement des Rentenbezugs ist damit nicht erfüllt, womit Art. 100 Abs. 3 UVV nicht anwendbar ist.

6.2.3 Art. 100 Abs. 2 UVV zielt auf den Standardfall (vgl. Urteile des BVGer C-242/2011 vom 1. März 2013 E. 4.4; C-6216/2009 vom 18. Oktober 2012 E. 5.4), 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 (vgl. vgl. Urteile des BVGer C-242/2011 vom 1. März 2013 E. 4.4; C-6216/2009 vom 18. Oktober 2012 E. 5.4). Dieses Rückgriffsrecht greift gemäss Wortlaut von Art. 100 Abs. 2 UVV nicht nur bei zwei, sondern auch bei drei und mehr Unfällen.

6.2.3.1 Art. 100 Abs. 2 UVV setzt demnach dreierlei voraus, erstens die Wiederaufnahme einer versicherten Tätigkeit nach einem Unfall vor einem erneuten Unfall, zweitens, dass der neue Unfall Anspruch auf Taggelder auslöst und drittens, dass der neue Unfall während der Heilungsdauer des früheren Unfalls erfolgte.

6.2.3.2 Die Versicherte erlitt vorliegend drei Autounfälle, welche je unter anderem zu einer HWS-Distorsion führten, und für deren Behandlungskosten je drei verschiedene Unfallversicherer aufkamen. Nach den Unfällen nahm die Versicherte jeweils eine versicherte Tätigkeit wieder auf, bevor

der neue Unfall geschah, so dass die Voraussetzung „Wiederaufnahme einer versicherten Tätigkeit“ vorliegend erfüllt ist. Jeder der drei Unfälle, insbesondere auch der dritte Unfall, lösten Taggelder aus, womit auch dieses Tatbestandselement erfüllt ist. Umstritten ist vorliegend jedoch, ob der dritte Unfall während der Heilungsdauer der Beschwerden aus dem ersten Unfall eintrat (vgl. E. 7 hiernach).

7.

Nachfolgend ist zu klären, ob der dritte Unfall während der Heilungsdauer der Beschwerden aus dem ersten Unfall geschah und damit Art. 100 Abs. 2 UVV anwendbar ist. Diese Prüfung ist in mehreren Schritten vorzunehmen. Zunächst folgen Ausführungen zur Heilbehandlung (vgl. E. 7.1 hiernach). Danach ist zu klären, ob der zweite Unfall während der Heilungsdauer der Folgen aus dem ersten Unfall geschah (vgl. E. 7.2 hiernach). Hiernach ist festzustellen, dass der erste und der zweite Unfall fortan zusammen zu betrachten sind (vgl. E. 7.3 hiernach). Schliesslich ist zu prüfen, ob der dritte Unfall während der Heilungsdauer der Beschwerden aus dem ersten und zweiten Unfall geschah (vgl. E. 7.4 hiernach).

7.1 Es folgen Ausführungen zur Heilbehandlung.

7.1.1 Art. 10 UVG trägt den Randtitel „Heilbehandlung“ und nennt in Abs. 1 diejenigen Massnahmen, auf welche die versicherte Person Anspruch hat. Dabei gelten die Prinzipien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung. Es ist mithin durch den Leistungserbringer vorab zu klären, ob die allgemeinen Voraussetzungen der Leistungsvergütung erfüllt sind, bevor in der Folge der Unfallversicherer den massgebenden Entscheid trifft (vgl. UELI KIESER/HARDY LANDOLT, Unfall – Haftung – Versicherung, Zürich/St. Gallen 2012, Rn. 936). Die zu beurteilende Behandlung muss in einem genügenden Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen. Dabei geht es um eine sachliche und um eine zeitliche Konnexität. Der sachliche Zusammenhang ist gegeben, wenn die Behandlung jedenfalls teilweise auf die Unfallfolgen ausgerichtet ist; in zeitlicher Hinsicht besteht Konnexität dann nicht mehr, wenn der medizinische Zustand bei einer mindestens teilweise eingetretenen Arbeitsfähigkeit während 360 Tagen stabil war. Bei Überschreitung dieser Grenze ist das Vorliegen einer Spätfolge bzw. eines Rückfalls zu prüfen (vgl. KIESER/LANDOLT a.a.O. Rn. 938). Bei Art. 10 Abs. 1 UVG geht es nicht nur um Behandlungen, welche die Erwerbstätigkeit wiederherstellen oder erhöhen, sondern um alle Massnahmen, welche den Gesundheitszustand verbessern oder jedenfalls vor

wesentlicher Beeinträchtigung bewahren (vgl. KIESER/LANDOLT, a.a.O. Rz. 939).

7.1.2 Die Heilbehandlung ist solange fortzusetzen, wie von der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person erwartet werden kann. Wenn dies nicht mehr der Fall ist, ist ein Rentenanspruch zu prüfen; mit dem Rentenbeginn fällt zugleich der Anspruch auf Heilbehandlung dahin. Das Bestehen von Dauerschmerzen allein bringt noch nicht mit sich, dass die ärztliche Behandlung weiterzuführen ist (vgl. KIESER/LANDOLT, a.a.O. Rz. 941). Die Frage, ob von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Besserung erwartet werden kann, ist aus ärztlicher Sicht zu beantworten. Dabei ist insbesondere zu klären, ob eine Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit erwartet werden kann, wobei unbedeutende Verbesserungen nicht genügen (vgl. KIESER/LANDOLT, a.a.O. Rz. 1131; BGE 134 V 115 E. 4.3).

7.1.3 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 (Fallabschluss) 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 (vgl. Urteile des BVGer C-6216/2009 vom 18. Oktober 2012 E. 6.4; C-242/2011 vom 1. März 2013 E. 5.4). Der (formelle) Fallabschluss ist als Indiz für eine abgeschlossene Heilungsdauer zu betrachten (vgl. Urteile des BVGer C-6216/2009 vom 18. Oktober 2012 E. 6.4.1; C-242/2011 vom 1. März 2013 E. 5.4.1).

7.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob sich der zweite Unfall während der Heilungsdauer der Beschwerden aus dem ersten Unfall ereignete.

7.2.1 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.

7.2.2 Im von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Zeitpunkt des vermeintlichen Endzustandes am 21. Mai 2001 (Beschwerde S. 3, BVGer act. 1), waren erst 8 Monate seit dem Unfall vom 7. September 2000 vergangen. Zwar trifft es zu, wie dies die Beschwerdeführerin vorbrachte, dass die Versicherte per 21. Mai 2001 zu 100 % die Arbeit wieder aufgenommen hatte (M21; Vorakten doc. 70, 102, BVGer act. 1/64, 24/3), jedoch hatte sie bei der Arbeit so starke Schmerzen, dass eine Umschulung angedacht wurde (A6, Vorakten doc. 50, 142; BVGer act. 1/45, 24/6). Ausserdem war die Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzen um ca. 20 % eingeschränkt (M27; Vorakten doc. 65, 97, 253, 256, 273, 326, BVGer act. 1/59; Vorakten doc. 355). Im August 2001 konnte Dr. F._____ keine weiteren Fortschritte der Versicherten feststellen und überwies sie daher an die ambulante Rückensprechstunde der Klinik D._____ (M17; Vorakten doc. 77, 109; BGer act. 1/71). Dr. U._____ hielt am 14. März 2002 fest (M21; Vorakten doc. 70, 102; BVGer act. 1/64, 24/3), die voraussichtliche Dauer der Behandlung sei ungewiss, da Rezidive auftreten würden. Die behandelnden Ärzte gingen davon aus, dass mit keinen bleibenden Nachteilen zu rechnen sei (M14, M16, M22; Vorakten doc. 69, 78, 80, 101, 110, 112; BVGer act. 1/63, 1/72, 1/74, 24/4), womit sie eine weitere Abnahme der Schmerzen und damit eine Steigerung der Leistungsfähigkeit erwarteten. Davon ging offensichtlich auch die Beschwerdeführerin aus; andernfalls hätte sie der Versicherten keine weiteren Behandlungen mehr bezahlt und ihr auch nicht aufgrund einer unfallbedingten 20%igen Arbeitsunfähigkeit von September 2002 bis Dezember 2002 (M25, Vorakten doc. 67, 99; BVGer act. 1/61; BVGer act. 24/2) erneut Taggelder ausgerichtet (BVGer act. 24/9). Die Beschwerdeführerin hatte den Fall zurecht noch nicht abgeschlossen, als der zweite Unfall geschah, da der gesundheitliche Zustand nicht stabil und kein Endzustand erreicht war (vgl. E. 5.4.1 hiervor).

7.2.3 Selbst wenn, die Beschwerdeführerin den Fall am 21. Mai 2001 abgeschlossen hätte, wäre der zweite Unfall dennoch während der Heilungsdauer der Beschwerden aus dem ersten Unfall erfolgt, da in diesem Fall die unfallbedingten Beschwerden der Versicherten, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % mit Taggeldleistung vom 1. September 2002 bis zum 31. Dezember 2002 führten, als Rückfall zu werten wären, wie hier nach zu zeigen ist.

7.2.3.1 Die medizinische Erfahrung zeigt (vgl. KIESER/LANDOLT, a.a.O. Rz. 942), dass auch nach einem initialen Abschluss einer Heilbehandlung, in einem späteren Zeitpunkt erneut Bedarf an ärztlicher Behandlung der Unfallfolgen entstehen kann, wie zum Beispiel bei einem Rückfall, das heisst bei Wiederauftreten von bestimmten Unfallfolgen oder bei Spätfolgen, wenn ein Unfall bei einer scheinbar behobenen Unfallfolge im Verlauf der Zeit zu organischen oder psychischen Beeinträchtigungen führt, die bisher nicht bestanden (vgl. KIESER/LANDOLT, a.a.O. Rz. 943, 944). Rückfälle und Spätfolgen schliessen sich an ein bestehendes Unfallereignis an. Entsprechend können sie eine Leistungspflicht des damaligen Unfallversicherers nur auslösen, wenn zwischen den erneut geltend gemachten Beschwerden und der seinerzeit beim versicherten Unfall erlittenen Gesundheitsschädigung ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 118 V 293 E. 2c). Kein Kausalzusammenhang ist gegeben, wenn die Beschwerden ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruhen. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (vgl. Urteil des BGer 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 2).

7.2.3.2 Unbestritten ist, dass die Beschwerden der Versicherten, welche ab September 2002 zu Taggeldleistungen führten, auf den ersten Unfall zurückzuführen sind und keine unfallfremden Ursachen bestanden. Weiter diente die damalige Heilbehandlung zweifelsohne der Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit und damit einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes. Die Voraussetzungen für einen Rückfall waren damit gegeben.

7.2.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass im Zeitpunkt des zweiten Unfalles die Heilungsdauer der Beschwerden aus dem ersten Unfall noch nicht abgeschlossen war.

7.3 Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist ihre Leistungspflicht nicht unabhängig vom nachfolgenden Unfall zu beurteilen, denn auch der zweite Unfall führte zu einer HWS-Distorsion, bevor die Beschwerden an der HWS aus dem ersten Unfall verheilt waren, womit sich das Beschwerdebild der beiden Unfälle überlagern. So hielt Dr. F._____ fest (vgl. E.

5.1.36 hiervor), der Verlauf des ersten Unfalls lasse sich vom Verlauf des zweiten Unfalls nicht unterscheiden. Für die Beantwortung der Frage, ob die Heilbehandlung der Beschwerden aus dem ersten Unfall vor dem dritten Unfall abgeschlossen war, sind somit die ersten beiden Unfälle zusammen zu betrachten.

7.4 Im Folgenden ist zu prüfen, ob der dritte Unfall während der Heilungsdauer der Beschwerden aus dem ersten und zweiten Unfall geschah.

7.4.1 Wie die Beschwerdeführerin zurecht vorbrachte, ging nach dem zweiten Unfall die „Verfügungsgewalt“ auf die Beschwerdegegnerin 2 und nach dem dritten Unfall auf die Beschwerdegegnerin 1 über, so dass die Beschwerdeführerin keinen formellen Fallabschluss mehr verfügen konnte. Dementsprechend kann das Kriterium des Fallabschlusses nicht als Indiz dafür dienen, dass die Heilbehandlung bei Eintritt des dritten Unfalls noch nicht abgeschlossen war.

7.4.2

7.4.2.1 Die Versicherte war nach dem zweiten Unfall vom 19. September 2003 vollständig arbeitsunfähig (M23, Vorakten doc. 68, 100, BVGer act. 1/62). Dr. F._____ stellte am 24. September 2003 und am 8. Juni 2004 fest (M26, Vorakten doc. 66, 98, BVGer act. 1/60), dass mit einem bleibenden Nachteil zu rechnen sei, in der Form mangelnder Belastbarkeit, so dass die Tätigkeit als Köchin wegen der Unfallereignisse nicht mehr möglich und eine Umschulung notwendig sei. Dr. F._____ verschrieb Physiotherapie und Medikamente (Vorakten doc. 377, 642, 674, 709). Die kantonale IV-Stelle (...) verfügte am 3. August 2004 (Vorakten doc. 353, 366, 797) die Kostengutsprache für die Umschulung zur medizinischen Praxisassistentin. Die Versicherte begann im August 2004 mit der Ausbildung und absolvierte ab 6. Februar 2006 ein Praktikum (Vorakten doc. 803). Die Schmerzen nahmen mit Beginn des Praktikums zu, so dass das Pensum auf 80 % reduziert werden musste (Vorakten doc. 795).

7.4.2.2 Das Versicherungsgericht des Kantons Aargau stellte mit Urteil vom 21. November 2007 (Vorakten doc. 232, 553, 585, 690, 726) hinsichtlich des zweiten Unfalls fest, dass eine Leistungseinstellung per 31. August 2005 zu früh erfolgt sei, da der normale, unfallbedingte Heilungsprozess noch nicht abgeschlossen, von weiteren Therapien eine namhafte Verbesserung zu erwarten, und damit der Endzustand noch nicht erreicht sei. Dr. H._____ habe ausgeführt, dass weitere medizinische Behandlungen

notwendig seien und zu einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes führen würden. Zwar äusserte sich das Gericht nicht zum ersten Unfall, da die HWS-Beschwerden aus dem ersten Unfall im zweiten Unfall jedoch aufgehen, ist vorliegend davon auszugehen, dass kein Fallabschluss hinsichtlich der Beschwerden aus dem *ersten* Unfall bis zum 31. August 2005 vorgenommen werden konnte, da von der Heilbehandlung noch immer eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten war.

7.4.2.3 Für die Zeit des Gerichtsverfahrens vor dem Versicherungsgericht des Kantons Aargau liegen keine Arztberichte vor. Aus dem Gesprächsprotokoll der Praxisgemeinschaft Altstetten vom 24. Februar 2006 geht jedoch hervor, dass sich die Versicherte bei Dr. F. _____ in Behandlung befand (Vorakten doc. 795) und sie zu 80 % arbeitsfähig war (vgl. E. 7.4.2.1 hier vor). Weiter ist den Suva-Akten zu entnehmen, dass diese für die Heilungskosten aufkam (Vorakten doc. 279, 299, 352, 385) und Taggelder ausrichtete, bis zur Übernahme durch die Invalidenversicherung (Vorakten doc. 277, 278, 344, 345, 348, 349, 350, 353, 359, 361, 366, 378, 797). Weiter wurde im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS J. _____ vom 3. März 2010 festgehalten (Vorakten doc. 61, 93, 442; BVGer 1/55), nach dem zweiten Unfall sei der Status quo sine nicht mehr erreicht worden und es sei davon auszugehen, dass er in absehbarer Zeit auch nicht erlangt werden könne.

7.4.3 Aus dem Gesagten erhellt, dass sich der dritte Unfall während der Heilungsdauer der Beschwerden aus dem ersten und zweiten Unfall ereignete.

7.5 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Würdigung der Vorinstanz in E. 3.1.3 und E. 3.2 der angefochtenen Verfügung nicht zu beanstanden ist. Die Vorinstanz ging zurecht davon aus, dass der dritte Unfall vom 23. Mai 2006 alleine geringere Folgen gehabt hätte, als aufgrund der Vorbelastung durch den ersten und zweiten Unfall, so dass sich die bestehenden Beschwerden nach dem dritten Unfall verstärkten. Weiter ist der Vorinstanz zu folgen, dass die Versicherte sowohl beim zweiten als auch beim dritten Unfall jeweils noch wegen der Folgen der vorangehenden Unfälle in ärztlicher Behandlung war und eine namhafte gesundheitliche Verbesserung erwartet wurde, so dass sich der dritte Unfall während der Heilungsdauer der Beschwerden aus dem ersten Unfall ereignete. Folglich ist Art. 100 Abs. 2 UVV anwendbar und die Beschwerdeführerin gegenüber der B. _____ leistungspflichtig.

8.

Unter den Parteien umstritten ist vorliegend die Aufteilung der Kosten aus dem dritten Unfall. Gemäss Art. 100 Abs. 2 UVV erfolgt die Aufteilung unter den beteiligten Unfallversicherern nach Massgabe der Verursachung.

8.1

8.1.1 Die Vorinstanz ging davon aus, dass die Aufteilung nach Art. 100 Abs. 2 UVV aufgrund der natürlichen Kausalität zu erfolgen habe (vgl. Verfügung E. 5.1; A39, Vorakten doc. 7, BVGer act. 1/1), weil der Adäquanz vor Erreichen des Endzustandes keine spezielle, haftungsbeschränkende Funktion zukomme, so dass in diesem Fall die natürliche und adäquate Kausalität deckungsgleich sei. Die Beschwerdeführerin habe bis zum zweiten Unfall Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen erbracht, ohne die Adäquanz der gesundheitlichen Beschwerden je anzuzweifeln bzw. zu überprüfen. Wenn sie nun ihre Leistungspflicht für die Folgen des ersten Unfalls über den 21. Mai 2001 hinaus mangels Adäquanz bestreite, sei ihr ein „venire contra facta propria“ vorzuhaltend (vgl. Verfügung E. 5.2; Vorakten doc. 7; BVGer act. 1/1). Vernehmlassungsweise brachte die Vorinstanz vor (vgl. Vernehmlassung S. 4 und 5; BVGer act. 10), wohl treffe es zu, dass ein neuer Unfall einen Risikofaktor darstelle, für den der Vorversicherer dem Grundsatz nach nicht einzustehen habe. Verhalte es sich – wie im vorliegenden Fall – jedoch so, dass der vom Vorversicherer zu verantwortende Unfall zu einer massgebenden Angeschlagenheit und Vulnerabilität der Versicherten geführt habe, die dazu führe, dass sich die Folgen der neuen Unfälle wesentlich schwerer auswirken würden, als wenn sich kein Vorunfall ereignet hätte, bleibe der frühere Versicherer im Rahmen der von ihm zu vertretenden Verursachung auch für Folgen und Leistungen aus den neuen Unfällen mitverantwortlich. Der frühere Versicherer habe dabei für den von ihm zu verantwortenden Vorzustand der versicherten Person einzustehen, und zwar solange, bis der Endzustand erreicht sei.

8.1.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. April 2015 (vgl. BVGer act. 9) schloss sich die B. _____ der Ansicht der Vorinstanz an.

8.1.3 Die Beschwerdeführerin hielt dagegen (vgl. Beschwerde S. 5, BVGer act. 1), bei der gesetzlichen Unfallversicherung handle es sich der Konzeptionierung nach um eine kausale Versicherung. Der Unfallversicherer hafte für einen Gesundheitsschaden nur insoweit, als dieser nicht nur in einem natürlichen, sondern auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum versicherten Ereignis stehe. Die Beschwerdeführerin verstehe den Aus-

druck „nach Massgabe der Verursachung“ von Art. 100 Abs. 2 UVV dahingehend, dass der Vorversicherer dem neuen Versicherer diejenigen Leistungen vergüten müsse, die er ohne erneuten Unfall hätte erbringen müssen. Diese Leistungspflicht könne sich gemäss Kausalitätsprinzip a priori nur so weit erstrecken, wie die Beschwerden auch ohne erneuten Unfall in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum ersten Unfall gestanden hätten. Die Tatsache, dass sich ein neuer Unfall ereignet habe, sei ein Risikofaktor, für den nicht der Vorversicherer einzustehen habe; entsprechend habe auch nicht er dieses Risiko zu tragen, sondern der im Zeitpunkt des Unfalleintritts zuständige Versicherer, der für die Deckung dieses Risikos auch Prämien erhebe. Die interne Ausgleichspflicht könne nicht weitergehen, als die Leistungspflicht im Aussenverhältnis gegenüber der Versicherten (vgl. Beschwerde S. 6 und 7, BVGer act. 1).

8.2 Es folgen Ausführungen zur Kausalität.

8.2.1

8.2.1.1 Für die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vorausgesetzt, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten, oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten, gedacht werden kann. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich ist, 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 der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.1, BGE 126 V 353 E. 5c, BGE 119 V 335 E.1, BGE 118 V 286 E. 1b m.H.; RKUV 2000 U 377 S. 185 E. 4a).

8.2.1.2 Ist ein Distorsionstrauma (Schleudertrauma) der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung usw. vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsunfähigkeit in der

Regel anzunehmen. Für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt es, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (vgl. BGE 117 V 359 E. 4b). Das Bundesgericht hat indessen die frühere Praxis von BGE 117 V 359 in BGE 119 V 335 insofern konkretisiert, dass zwar in Fällen von Distorsionen der HWS eine Leistungspflicht des Unfallversicherers auch ohne nachweisbare organische Befunde grundsätzlich möglich ist, doch muss das Vorliegen eines Schleudertraumas wie seiner Folgen durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Trifft dies zu und ist die natürliche Kausalität aufgrund fachärztlicher Feststellungen unbestritten, so kann der natürliche Kausalzusammenhang ebenso aus rechtlicher Sicht als erstellt gelten, ohne dass ausführliche Darlegungen zur Beweiswürdigung nötig sind. Das Bundesgericht führte zudem aus, auch in Fällen von Schleuderverletzungen der HWS bedarf es für einen Leistungsanspruch gegenüber dem Unfallversicherer, dass die geklagten Beschwerden medizinisch einer fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung zugeschrieben werden können und diese Gesundheitsschädigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem versicherten Unfallereignis steht (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb).

8.2.2

8.2.2.1 Die adäquate Kausalität dient der rechtlichen Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.3; BGE 127 V 102 E. 5b/aa; BGE 117 V 369 E. 4a, je m.H.). Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolgs also durch das Ereignis allgemein begünstigt erscheint (vgl. BGE 129 V 177 E. 3.2; BGE 126 V 353 E. 5c; BGE 122 V 415 E. 2a; BGE 121 V 45 E. 3a; BGE 117 V 359 E. 5a; BGE 115 V 133 E. 4a; RKUV 1997 U 272 S. 172 E. 3a; SVR 1999 UV Nr. 14 S. 45 E. 4a). Immerhin spielt die Adäquanz im Bereich klar ausgewiesener organischer (physischer) Unfallfolgen praktisch kaum mehr eine Rolle (BGE 127 V 102 E. 5b/bb m.H.; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45 E. 2b), wohl aber im Bereich der psychischen, insbesondere der psychogenen Unfallfolgen.

8.2.2.2 Bei der Neurasthenie handelt es sich, wie beim HWS-Distorsions-trauma, um einen organisch nicht nachweisbaren Befund. Vom medizinischen Standpunkt aus ist die Neurasthenie den somatoformen Störungen zuzuordnen. Aus juristischer Sicht wird die Neurasthenie wie die anderen

pathogenetisch ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage behandelt (vgl. Urteil des BGer 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3).

Bei der Neurasthenie ist demnach die natürliche und adäquate Kausalität nicht deckungsgleich, da nicht ein organischer Befund, sondern ein Beschwerdebild ohne hinreichende organische Grundlage vorliegt.

8.2.2.3 Nach der Rechtsprechung (vgl. BGE 127 V 102 E. 5b/bb) ist bei der Beurteilung der Adäquanz von organisch nicht (hinreichend) nachweisbaren Unfallfolgen wie folgt zu differenzieren: Es ist zunächst abzuklären, ob der Versicherte beim Unfall ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule erlitten hat, oder ob es sich um einen Unfall mit anderen somatischen Verletzungen und gesundheitlichen Folgen handelt. Im letzteren Fall erfolgt die Adäquanzbeurteilung psychischer Unfallfolgen nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien. Bei Unfällen mit Schleudertrauma ist hingegen die Adäquanz gemäss BGE 117 V 359 zu beurteilen. Der Unterschied besteht darin, dass bei diesen Unfällen auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Unfallfolgen verzichtet wird (vgl. BGE 117 V 359 E. 6a; BGE 117 V 369 E. 4b; ebenso: BGE 129 V 177 E. 4.2; BGE 127 V 102 E. 5b), währendem bei den übrigen Unfällen für die Beurteilung der Adäquanz psychischer Fehlentwicklungen lediglich das Unfallereignis als solches und die dabei erlittenen körperlichen Gesundheitsschäden sowie deren objektive Folgen massgebend sind (vgl. BGE 115 V 133 E. 6c/aa).

Von diesem Grundsatz ist abzuweichen, wenn die zum typischen Beschwerdebild gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zur ausgeprägten psychischen Problematik aber unmittelbar nach dem Unfall ganz in den Hintergrund treten oder die physischen Beschwerden im Verlaufe der ganzen Entwicklung vom Unfall bis zum Beurteilungszeitpunkt gesamthaft nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt haben; diesfalls ist die adäquate Kausalität praxisgemäss unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung zu beurteilen (vgl. BGE 127 V 102 E. 5b, BGE 123 V 98 E. 2a; RKUV 2002 U 465 S. 437). Ebenfalls eine Adäquanzbeurteilung nach den in BGE 115 V 133 entwickelten Kriterien ist bei einem selbständigen (sekundären) psychischen Gesundheitsschaden (vgl. RKUV 2001 U 412 S. 80) oder bei einem durch den Unfall verschlimmerten Vorzustand (vgl. RKUV 2000 U 397 S. 328 E. 3c) vorzunehmen.

Gemäss Dr. Jj. _____ (Vorakten doc. 61, 93, 442; BVGer act. 1/55) ist bei der Versicherten das psychische Beschwerdebild nicht klar vom HWS-Distorsionstrauma zu trennen, so dass auch in rechtlicher Hinsicht nicht zwischen den psychischen und physischen Unfallfolgen zu differenzieren ist.

8.2.2.4 Die Beurteilung der Adäquanz ist eine reine Rechtsfrage (vgl. BGE 115 V 133 E. 11b in fine; BGE 112 V 30 E. 1). Hinsichtlich des Zeitpunktes der Adäquanzprüfung gilt bei Schleudertraumata der HWS, dass sich die dafür massgebenden Kriterien grundsätzlich nach Abschluss des normalen, unfallbedingt erforderlichen Heilungsprozesses beurteilen lassen (vgl. BGE 130 V 380 E. 2.3.1; Urteile des EVG vom 12. Oktober 2006 [U 11 /06] E. 4, vom 8. August 2005 [U 158/05] E. 3.1 und vom 10. Januar 2005 [U 269/04] E. 1.3), was solange nicht möglich ist, wie von einer Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch immer eine Besserung erwartet werden kann (vgl. Urteil des EVG vom 11. Februar 2004 [U 246/03] m.H., zit. in: HAVE 2004 S. 119). Das Bundesgericht präzisierte seine Rechtsprechung in BGE 134 V 109 dahingehend, als es erwog, es erscheine als geboten, vorweg die Frage zu prüfen, in welchem Zeitpunkt der Unfallversicherer einen Fall abschliessen dürfe. Wenn davon gesprochen werde, die Adäquanzprüfung sei zu früh erfolgt, so erschwere dies das Verständnis insofern, als der Eindruck erweckt werde, die Adäquanzprüfung sei die Prüfung einer Rechtsfrage besonderer Art. Dabei handle es sich um eine Rechtsfrage nebst anderen Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Prüfung der Leistungsansprüche. Zu fragen sei nicht danach, in welchem Zeitpunkt die Adäquanzprüfung vorgenommen werden dürfe, sondern wann der Unfallversicherer einen Fall abzuschliessen habe. Beim Abschluss habe er den Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zu prüfen.

Ist die Unfallkausalität mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des (verbleibenden) Gesundheitsschadens darstellt, wenn also letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen

Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blossе Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast beim Unfallversicherer. Diese Beweisgrundsätze gelten sowohl im Grundfall als auch bei Rückfällen und Spätfolgen (vgl. RKUV 1994 U 206 S. 328 f. E. 3b, 1992 U 142 S. 75 f. E. 4b; Urteil des EVG vom 14. Juni 2004 [U 76/04] E. 3.1 m.H.).

Die Beschwerdeführerin vermochte keine hinreichenden Beweise vorzulegen, wonach der Endzustand bereits im Mai 2001 (Beschwerde S. 14, 16; BVGer act. 1) bzw. ein Jahr später (Replik S. 4, BVGer act. 16) eingetreten sein soll.

8.3

8.3.1 Es ist unter den Parteien unbestritten und ergibt sich aus den medizinischen Akten (vgl. E. 5 hiervor), dass sich die Versicherte bei den drei Verkehrsunfällen je eine HWS-Distorsion zuzog und die Ärzte Befunde erhoben, welche gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zum typischen Beschwerdebild gehören (vgl. E. 8.2.1.2 hiervor), womit ein natürliche Kausalzusammenhang zwischen den Unfällen und den HWS-Beschwerden gegeben ist. Da die Beschwerden nach dem ersten Unfall sich nicht hinreichend zurückbildeten, sondern immer noch bestanden, und durch den zweiten und den dritten Unfall verstärkt wurden, sind die HWS-Beschwerden nach dem dritten Unfall auch natürlich kausal auf den ersten Unfall zurückzuführen. Aufgrund der Erklärung von Dr. Jj. _____, wonach es sich bei der Neurasthenie nicht um ein vom HWS-Distorsionstrauma klar zu trennendes, eigenständiges psychischen Leiden handle, ist der Kausalzusammenhang zwischen der Neurasthenie und dem ersten Unfall ebenfalls gegeben.

8.3.2 Ist, wie hier, eine HWS-Distorsion diagnostiziert worden, so ist direkt nach dem Unfall die Adäquanz in der Regel anzunehmen (vgl. ANDRÉ NABOLD in: Hürzeler/Kieser [Hrsg.], Kommentar zum schweizerischen Sozialversicherungsrecht, UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Luzern/St. Gallen 2018; in diesem Sinne auch BGE 134 V 109 E. 9.2). Dies ist auch vorliegend der Fall, so dass von den drei Unfallversicherern A. _____, C. _____/Suva und B. _____ zurecht Kurzfristleistungen in Form von Taggeldern und Heilungskosten bezahlt wurden. Da der Kausalzusammenhang bis zum dritten Unfall nicht unterbrochen wurde, sind die

HWS-Beschwerden nach dem dritten Unfall auch adäquat kausale Folge des ersten Unfalls. Daran ändert nichts, dass sich erst nach dem dritten Unfall die Neurasthenie manifestierte, denn psychische Folgebeschwerden nach HWS-Distorsionen sind nicht ungewöhnlich, vielmehr gehören sie zur typischen Symptomatik nach einem Schleudertrauma (vgl. BGE 134 V 109 E. 8.4). Hieraus folgt, dass der erste Unfall adäquat kausale Ursache für die Beschwerden nach dem dritten Unfall ist. Hiervon ging offensichtlich auch die Beschwerdeführerin aus, nahm sie doch an Besprechungen mit der B. _____ teil (Vorakten doc. 473, 527, 598, 599, 600, 621, 655, 679, 685, 714, 721), bestätigte ihre Leistungspflicht nach Art. 100 Abs. 2 UVV (Vorakten doc. 44, 136) und stellte die teilweise Kostenübernahme für das Unfallverarbeitungscoaching in Aussicht (Vorakten doc. 473, 546). Daran ändert nichts, dass an den Sitzungen eine A. _____-Sachbearbeiterin Haftpflicht und nicht Unfallversicherung teilnahm.

8.3.3 Wie unter E. 8.3.1 und E. 8.3.2 hiervoor erörtert, ist der natürliche und adäquate Kausalzusammenhang zwischen dem Gesundheitsschaden nach dem dritten Unfall und dem ersten Unfall gegeben. Eine Leistungspflicht der Beschwerdeführerin fällt damit erst weg, wenn der Status quo sine vel ante erreicht ist (vgl. E. 8.2.1.4 hiervoor). Dr. Jj. _____ berichtete in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 3. März 2010 (Vorakten doc. 61, 93, 442; BVGer act. 1/55), dass der Endzustand im Zeitpunkt der Begutachtung noch nicht erreicht war. Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die B. _____ noch einige Monate zuwartete, bevor sie mit Verfügung vom 22. Juni 2011 (Vorakten doc. 204, 423) per 30. Juni 2011 den Fall abschloss.

Die B. _____ verfügte nur den Abschluss hinsichtlich des dritten Unfalls, womit die Fallführung für den zweiten und den ersten Unfall an die Suva zurückging (vgl. analog Empfehlung der Ad-hoc-Kommission Schaden 1987, Vorakten doc. 571). Die Empfehlung der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG stellt keinen Rechtserlass, sondern eine standardisierte Praxis dar, welche von Vertretern der zugelassenen Unfallversicherer vereinbart wurde. Weder die Versicherer selbst noch die übrigen Behörden sind daran gebunden. Die Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission Schaden der UVG-Versicherer sind für das Gericht zwar unverbindlich, jedoch unter dem Gesichtspunkt der Rechtsgleichheit von gewisser Bedeutung (vgl. BGE 126 V 353 E. 3; BGE 120 V 224 E. 4c; BGE 114 V 315 E. 5c). In der Empfehlung der Ad-hoc-Kommission ist vorgesehen, dass beim Wegfall der kausalen Rolle des neuen Unfalls, die Behandlungshoheit wieder an den für den

früheren Unfall Zuständigen zurückgehe. Vorliegend konnte zwar nicht davon ausgegangen werden, dass der zweite und erste Unfall den dritten überdauern würde, vielmehr musste angenommen werden, dass auch der Kausalzusammenhang zum ersten und zweiten Unfall nicht mehr gegeben war, jedoch rechtfertigt es sich analog vorzugehen. Daher ist nicht zu beanstanden, dass die Suva/C._____ sich der Sache wieder annahm und die Beschwerdeführerin kontaktierte (Vorakten doc. 195), welche sich mit Telefonat vom 25. Januar 2012 (Vorakten doc. 194) damit einverstanden erklärte, dass die Suva/C._____ eine Verfügung für beide Unfälle (erster und zweiter Unfall) erlässt.

Am 1. Februar 2012 (Vorakten doc. 193, 410) verfügte die Suva/C._____, dass der Anspruch auf Versicherungsleistungen nach UVG für die Unfälle vom 7. September 2000 und 19. September 2003 analog zum Unfall vom 23. Mai 2006 per 30. Juni 2011 ende, da von weiteren medizinischen Behandlungen keine wesentliche Besserung mehr erwartet werden könne und es an einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhänge fehle. Obwohl die Verfügung der Suva in Kopie auch der A._____ zugestellt wurde, machte diese gegenüber der Suva/C._____ nicht geltend, dass ihrer Ansicht nach ein früherer Fallabschluss hätte verfügt werden müssen.

Die Beschwerdeführerin hat sich daher durchaus ein widersprüchliches Verhalten vorwerfen zu lassen, wenn sie erst im Rahmen der Aufteilung der Kosten gemäss Art. 100 Abs. 2 UVV moniert, der Fallabschluss sei zu spät erfolgt, ohne zuvor gegenüber der Suva/C._____ bzw. der B._____ die frühere Falleinstellung geltend zu machen.

8.3.4 Zusammenfassend ergibt sich, dass der Endzustand erst per Juni 2011 vorlag und damit ein früherer Fallabschluss nicht möglich war, so dass für eine Adäquanzprüfung kein Anlass bestand.

8.4

8.4.1 Die Höhe der von der B._____ ausgewiesenen Kosten von Fr. 169'077.90 bestritt die Beschwerdeführerin nicht, sie monierte jedoch, es sei der von ihr bereits geleistete Anteil abzuziehen. Da die Beschwerdeführerin ihr Argument nicht substantiiert vorbrachte und insbesondere keine hinreichenden Belege einreichte, ist darauf nicht weiter einzugehen.

8.4.2 Gemäss Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist bei der Kostenaufteilung nach Art. 100 Abs. 2 UVV von der medizinischen Einschätzung auszugehen (vgl. Urteil des BVGer C-6216/2009 E. 7.4.2 und E. 7.5), daher ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz vom Aufteilungsschlüssel der MEDAS-Gutachter ausging und dem ersten Unfall einen Verursachungsanteil von 60 % zuschrieb, was bei Kosten in der Höhe von Fr. 169'077.90 einen Anteil von Fr. 101'446.70 ausmacht.

9.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Vorinstanz zurecht auf das beweiswertige MEDAS-Gutachten abstellte, dem ersten Unfall einen Verursachungsanteil von 60 % zuschrieb und der A. _____ Kosten in der Höhe von Fr. 101'446.70 auferlegte. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

10.

Zu befinden bleibt über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

10.1 Das Verfahren ist grundsätzlich kostenpflichtig, wobei die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt werden (Art. 63 Abs. 1 VwVG sowie Art. 1ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da es sich vorliegend um eine Streitigkeit mit vermögensrechtlichen Interessen einer juristischen Person handelt, die öffentlich-rechtliche Aufgaben wahrnimmt, sind der unterliegenden Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 2 zweiter Halbsatz VwVG; Urteil des BVGer C-5/2006 vom 12. März 2008 E. 9.1). Diese werden auf Fr. 4'000.- festgesetzt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

10.2 Gemäss Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 Abs. 1 und 2 VGKE haben obsiegende Parteien Anspruch auf eine Parteientschädigung für die ihnen erwachsenen notwendigen Kosten. Keinen Anspruch auf Parteientschädigung haben Bundesbehörden und in der Regel andere Behörden, die als Parteien auftreten (Art. 7 Abs. 3 VGKE). Die obsiegende Vorinstanz ist eine Bundesbehörde im Sinne von Art. 1 Abs. 2 Bst. a VwVG und hat gemäss Art. 7 Abs. 3 VGKE keinen Anspruch auf Parteientschädigung.

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die obsiegenden Beschwerdegegnerinnen Anspruch auf eine Parteientschädigung haben. Den Bundesverwaltungsbehörden gleichgestellt sind gemäss Art. 1 Abs. 2 Bst. e VwVG andere Instanzen und Organisationen ausserhalb der Bundesverwaltung, soweit sie in Erfüllung ihnen übertragener öffentlich-rechtlicher Aufgaben des Bundes verfügen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind sowohl die Versicherungsgesellschaften als auch die Krankenkassen, welche gemäss Art. 68 UVG als Versicherer zugelassen sind, Träger hoheitlicher Gewalt, da das Gesetz ihnen die Befugnis einräumt, Verfügungen im Sinne des Verwaltungsrechts zu erlassen (vgl. Urteil des BGer 8C_324/2007 vom 12. Februar 2008 E. 2.1). Im vorliegenden Fall stehen Leistungen in Frage, welche die Beschwerdegegnerinnen als zugelassene Unfallversicherer im Sinne von Art. 68 UVG in Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung zu erbringen bzw. von einem mitbeteiligten Versicherer zurückfordern können. Sie gelten somit je als Trägerin hoheitlicher Gewalt und damit als Behörde im Sinne von Art. 1 Abs. 2 Bst. e VwVG, welche gemäss Art. 7 Abs. 3 VGKE in der Regel keinen Anspruch auf Parteientschädigung hat. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind privaten UVG-Versicherern sowie – von Sonderfällen abgesehen – den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zuzusprechen, weil sie hinsichtlich der Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung als Organisationen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (vgl. BGE 127 V 176 E. 5b [nicht veröffentlicht, aber in U 329/99 vom 25. Juni 2001]; Urteil des Bundesgerichts U 416/99 vom 18. Oktober 2000 i.S. SWICA gegen O. und Ersatzkasse UVG E. 6; Urteile des BVGer C-5/2006 vom 12. März 2008 E. 9.2 und C-8/2006 vom 23. September 2008 E. 8.2.1 je mit Hinweisen). Ausnahmen sind gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung gerechtfertigt, wenn das Verhalten der Gegenpartei leichtsinnig oder mitwillig ist oder wenn die besondere Art des Prozesses die Zusprechung von Parteikosten rechtfertigt (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b). Eine derartige Ausnahmesituation ist vorliegend nicht gegeben. Die Beschwerdegegnerinnen haben folglich keinen Anspruch auf Parteientschädigung. Daran ändert nichts, dass die Beschwerdegegnerin 1 einen externen Anwalt zuzog.

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 4'000.- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss entnommen.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- die Beschwerdeführerin (Gerichtsurkunde; Beilage: Aktenverzeichnis)
- die Beschwerdegegnerinnen 1 und 2 (Gerichtsurkunde; Beilage: Aktenverzeichnis)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]); Gerichtsurkunde; Beilage: Aktenverzeichnis)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Daniel Stufetti

Karin Wagner

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie die beschwerdeführende Partei in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: