

200 16 300 UV  
SCP/SHE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 9. Februar 2017**

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiber Schnyder

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG**  
Postfach, 8010 Zürich  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 9. Februar 2016  
(Schaden-Nr. 1993 7308737)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1953 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine berufliche Tätigkeit bei der Berner Versicherung (heute: Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG [nachfolgend Allianz oder Beschwerdegegnerin]) obligatorisch nach dem Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) versichert, als er am 24. März 1993 in eine Auffahrkollision verwickelt wurde (Akten der Allianz [act. IIA] 45 f.). Mit Urteil vom 15. März 2001, UV 49969 (act. IIA 153), wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, die Allianz an, dem Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 1996 eine UVG-Rente auf der Basis einer 68%-igen Invalidität auszurichten. Mit Verfügung vom 26. Juli 2001 (act. IIA 161) setzte diese die konkreten Rentenbeträge fest.

### **B.**

Infolge eines 2013 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens (act. IIA 206) tätigte die Allianz erneut Abklärungen. Mit Verfügung vom 23. April 2015 (act. IIA 234) bejahte sie eine relevante wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes, verneinte einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zwischen den geklagten Beschwerden und dem Unfall vom 24. März 1993 und stellte die Versicherungsleistungen per 30. April 2015 ein. Die hiergegen erhobene Einsprache (act. IIA 240) wies sie mit Entscheidung vom 9. Februar 2016 (act. IIA 244) ab. Neben den bereits in der angefochtenen Verfügung bejahten Voraussetzungen der Rentenrevision bejahte die Allianz nun auch jene der Wiedererwägung.

### **C.**

Am 11. März 2016 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B.\_\_\_\_\_, hiergegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Der Einspracheentscheid der Allianz Suisse vom 9. Februar 2016 sei aufzuheben, und es seien dem Beschwerdeführer weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen.
2. Eventualiter: Der Einspracheentscheid der Allianz Suisse vom 9. Februar 2016 sei aufzuheben und an die Vorinstanz zurückzuweisen.
3. Subeventualiter: Der Einspracheentscheid der Allianz Suisse vom 9. Februar 2016 sei aufzuheben, und die Vorinstanz sei aufzufordern, dem Beschwerdeführer die Rente während einer angemessenen Übergangsfrist weiterhin zu gewähren.

- Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 8. Juni 2016 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 9. Juni 2016 warf der Instruktionsrichter die Frage auf, ob die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung mangels objektivierbarer somatischer Befunde nicht auch zwingend zu klären gehabt hätte, ob die von den somatischen Gutachtern bejahten psychischen Unfallfolgen auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum besagten Unfallereignis stünden. Im vorliegenden Verfahren werde somit auch die Frage zu beantworten sein, ob die Beschwerdegegnerin bei der Rentenprüfung eine fehlerhafte Rechtsanwendung begangen habe.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbehelfen fest.

### **Erwägungen:**

#### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über

die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 9. Februar 2016 (act. IIA 244). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und dabei insbesondere, ob die seit dem 1. Januar 1996 ausgerichtete Invalidenrente der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht per 30. April 2015 aufgehoben wurde.

**1.3** Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

**1.4** Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Die Zusprechung von Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt grundsätzlich das Vorliegen eines Berufsunfalles, eines Nichtberufsunfalles oder einer Berufskrankheit voraus (Art. 6 Abs. 1 UVG). Unfall ist die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper, die eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat (Art. 4 ATSG).

**2.2** Der Anspruch auf Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung setzt nebst anderem einen natürlichen und adäquaten Kausalzusammen-

hang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.2.1** Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne die der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht als zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel ("conditio sine qua non"; BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181, 119 V 335 E. 1 S. 337; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 121 E. 5.1).

**2.2.2** 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 Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2 S. 181, 125 V 456 E. 5a S. 461; SVR 2010 UV Nr. 30 S. 122 E. 5.2).

**2.3** Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Die Wiedererwägung dient der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17, SVR 2014 IV Nr. 10 S. 40 E. 4.1).

**2.4** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

**2.4.1** Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10, 130 V 343 E. 3.5 S. 349).

**2.4.2** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109 E. 1.1).

**2.4.3** Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1).

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

### 3.

Mit Urteil vom 15. März 2001 (VGE UV 49969; act. IIA 153) setzte das Verwaltungsgericht den Invaliditätsgrad auf 68% fest und wies die Beschwerdegegnerin an, dem Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 1996 eine diesem Invaliditätsgrad entsprechende UVG-Rente auszurichten. Auch wenn unter den Parteien damals einzig das Valideneinkommen umstritten war, hatte das Verwaltungsgericht das Rechtsverhältnis insgesamt zu überprüfen, weshalb ein Zurückkommen auf die gestützt auf dieses Urteil erlassene Verfügung vom 26. Juli 2001 (act. IIA 161) im Rahmen der Wiedererwägung nicht möglich ist (vgl. UELI KIESER, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl. 2015, Art. 53 N. 45).

Nachfolgend ist deshalb einzig zu prüfen, ob vorliegend die Voraussetzungen der Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG erfüllt sind. Hierfür ist durch einen Vergleich des Sachverhalts, welcher dem mit VGE UV 49969 (act. IIA 153) beurteilten Einspracheentscheid vom 10. März 1997 zugrunde lag, mit demjenigen, wie er sich bis zum angefochtenen Entscheid vom 9. Februar 2016 (act. IIA 244) entwickelt hat, zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.4 hiervor).

### 4.

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

**4.1** Der behandelnde Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 18. Juli 1995 (Akten der Allianz [act. II] 24) eine symptomatische Depression bzw. existenzielle Unsicherheit nach einem Schleudertrauma mit posttraumatischen Komplikationen und schrieb den Versicherten ab dem 21. April 1995, d.h. einen Tag nach der psychiatrischen Erstkonsultation, bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Im Bericht vom 27. Oktober 1995 (act. II 29) führte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ aus, der Versicherte habe sich früher psychisch gesund gefühlt. Seit dem Unfall vom März 1993

leide er zunehmend an verschiedenen Schmerzzuständen, welche ihn in seinen früheren Lebensaufgaben sehr negativ beeinflussten.

**4.2** Im interdisziplinären (neurologisch, neuropsychologisch und rheumatologisch) Gutachten der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 1995 (act. II 30) wurden ein mässiggradiges Cervicalsyndrom, posttraumatische occipitale Kopfschmerzen, mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen sowie eine reaktive Depression diagnostiziert (S. 8 Ziff. 4). Mit konventioneller Röntgentechnik lasse sich radiologisch ausser mässigen, altersentsprechenden degenerativen Veränderungen kein pathologischer Befund an der HWS nachweisen (Ziff. 5). Die Beschwerden seien nicht so sehr ausgeprägt, dass sie die stark verminderte Belastbarkeit erklären könnten. In der klinischen neurologischen Untersuchung fänden sich keine Hinweise für Verletzungen zentraler oder peripherer neurogener Strukturen. In der neuropsychologischen Exploration fände sich eine mittelschwere Funktionsstörung. Im Vordergrund stünden die deutlichen Konzentrationsstörungen mit starker Einschränkung der gerichteten Aufmerksamkeit, der Informationsaufnahme und der Daueraufmerksamkeit. Die SPECT-Untersuchung sowie die PET-Untersuchung hätten pathologische Veränderungen im Sinne einer gestörten Microperfusion bzw. eines verminderten lokalen Stoffwechsels gezeigt. Die messbaren Veränderungen seien durchaus korrelierbar mit den in der neuropsychologischen Untersuchung feststellbaren Defiziten. Beim Versicherten läge mit grosser Wahrscheinlichkeit ein reines HWS-Distorsionstrauma ohne Kopfanprall vor. Eine direkte Kontusion des Gehirns sei daher nicht anzunehmen (S. 9). Der Versicherte leide an neuropsychologischen Defiziten, wie sie in dieser Form häufig nach diesem Unfalltyp zu beobachten seien. Ausgelöst durch die Folgen des Unfalls, vor allem die neuropsychologischen Defizite und die chronischen Schmerzen, sei es zu einer reaktiven depressiven Entwicklung mit Antriebsverminderung, Rückzug und Affektlabilität gekommen. Die neuropsychologischen Funktionsstörungen und die psychische Entwicklung würden sich gegenseitig ungünstig beeinflussen. Die heute angegebenen Beschwerden sowie die in der Untersuchung erhobenen Befunde seien mit hoher Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 24. März 1993 zurückzuführen (S. 11 Ziff. 6.4). Unfallfremde Faktoren, die den heutigen Zustand massgeblich bestimmen würden, seien keine zu erheben (Ziff. 6.5). Vorwiegend aufgrund der neu-

ropsychologischen Defizite mit einer mittelschweren Funktionsstörung und des chronischen Schmerzsyndroms bestehe medizinisch-theoretisch eine Arbeitsunfähigkeit von 60% bei einer täglichen zeitlichen Beanspruchung von sechs Stunden in einer Tätigkeit mit intellektuellen Anforderungen, wie die Arbeit als ... beim ehemaligen Arbeitgeber gewesen sei bzw. die ... beim jetzigen Arbeitgeber bedeuten würde (S. 10). In der innegehabten Tätigkeit als ... wäre eine Arbeitsfähigkeit von 50% bei einer Arbeitszeit von sechs Stunden täglich zumutbar. Alle Tätigkeiten, die erhöhte Anforderungen an Konzentrationsfähigkeit, gute Aufmerksamkeitsleistungen sowie schnelles und präzises Erfassen und Behalten von Informationen stellten, seien für den Versicherten nur mehr in sehr reduziertem Rahmen zumutbar (S. 12 Ziff. 6.8.b). Eine Bürostelle mit einfachen administrativen Aufgaben, ohne Zeitdruck und ohne Anforderungen an Geschwindigkeit und Präzision könnte die Bedingungen erfüllen, unter denen der Versicherte eine Arbeitsfähigkeit von 50% bei einer zeitlichen Beanspruchung von täglich sechs Stunden realisieren könnte (Ziff. 6.8.d und e).

**4.3** Im Auftrag der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB) wurde der Versicherte vom 4. bis 8. Mai 1998 in der Begutachtungsstelle E. \_\_\_\_\_ (MEDAS), interdisziplinär (orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch) untersucht. Im gestützt hierauf verfassten Gutachten vom 20. Mai 1998 (act. II 37) wurden als Hauptdiagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) ein Status nach HWS-Distorsionstrauma mit Klagen über persistierende zervikogene Kopfschmerzen sowie eine Unfallfehlverarbeitung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei vorbestehender narzisstisch-neurotischer Persönlichkeitsstörung genannt (S. 19 Ziff. 4.1). Das HWS-Distorsionstrauma habe beim Exploranden eine erhebliche psychische Beeinträchtigung nach sich gezogen. Wohl hätten in der ersten Zeit nach dem Unfall organisch erklärbare Beschwerden von Seiten des HWS-Beschleunigungstraumas bestanden. Ungewöhnlich am weiteren Verlauf sei jedoch eine stetige Zunahme der Beschwerden, insbesondere eine Verschlechterung der neuropsychologischen Befunde. Die auffällig schlechten neuropsychologischen Befunde stünden im Widerspruch zur Art und Weise, wie sich der Versicherte anlässlich der Untersuchung im Gespräch präsentiert habe. Die Diskrepanz zwischen den somatisch objektivierbaren Befunden und dem Ausmass der heute geklagten

Beschwerden sowie die neuropsychologischen Befunde müsse auf eine psychogene Unfallverarbeitung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) zurückgeführt werden. Im angestammten Tätigkeitbereich als ... bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40%. Es sei dem Versicherten nicht zuzumuten, mehr als drei bis vier Stunden täglich einen Beruf, der ein gewisses Mass an Konzentration erfordere, auszuüben (S. 20 f. Ziff. 5). In einer weniger Konzentration erfordernden Tätigkeit, ohne Leitungsfunktion, wäre dem Versicherten ein Arbeitspensum von 50% zuzumuten (S. 21 Ziff. 6).

**4.4** Gemäss dem Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 30. Mai 2003 (act. II 38) fiel ein depressives Symptombild auf, gezeichnet mit Antriebslosigkeit und Interessenlosigkeit, vor allem aber auch einer weitgehenden Initiativlosigkeit (S. 4 Ziff. 2). Der Versicherte klagte auch über Konzentrationsschwierigkeiten und Merkfähigkeitsstörungen, welche auch im psychiatrischen Gespräch deutlich auffallen würden. Zweifellos könne weiterhin eine neuropsychologische Störung nachgewiesen werden (S. 5). In erster Linie sei von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen, in zweiter Linie sei aber auch die neurotisch-narzisstische Persönlichkeitsstörung hervorzuheben, welche in hohem Grade chronifiziert sei (S. 6 Ziff. 4b). Der Heilungsverlauf nach dem Unfall mit einer Chronifizierung eines somatoformen Schmerzbildes sei untypisch für die durchgemachten Unfallfolgen (S. 6 Ziff. 5a). Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung habe die Ursache sicher im Unfallereignis vom 24. März 1993 gehabt, habe sich allerdings in den darauffolgenden Jahren zu einem eigenständigen Krankheitsbild entwickelt, wofür heutzutage die traumatischen Einwirkungen vom 24. März 1993 nicht mehr verantwortlich gemacht werden könnten (Ziff. 5b). Seit ca. 1998 habe die somatoforme Schmerzstörung keinen Zusammenhang mehr zum ursprünglichen Unfall (S. 7 Ziff. 5e).

**4.5** Im Gutachten der G. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2014 (act. II 44) diagnostizierten die Gutachter einen Status nach Auffahrkollision am 24. September 1993 mit/bei Status nach HWS-Distorsion ohne nachweisbare organisch-strukturelle Folgeschäden und ohne zu postulierende unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit. Überwiegend wahrscheinlich ohne kausalen Zu-

sammenhang zum Unfall habe sich ein unfallfremdes psychoneurotisches Störungsbild mit einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0), einem anamnestisch zervikozephalen und zervikobrachialen Schmerzsyndrom beidseits (ICD-10 M53.1), einem anamnestisch chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) sowie einer Haglund-Ferse rechts mit deutlicher Klavusbildung (ICD-10 D16.3) gebildet (S. 29 Ziff. 6). Die subjektiven Befunde könnten grösstenteils nicht objektiviert werden (S. 30 Ziff. 1.2). Es lägen Tendenzen zur Beschwerdeverdeutlichung oder -vortäuschung vor (Ziff. 1.3). Die aktuell geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise Folge des Unfalles vom 24. März 1993. Schon seit Jahren hätten keine organischen Befunde mehr objektiviert werden können, die auf das Ereignis vom 24. März 1993 zurückzuführen gewesen wären. Die anlässlich der MEDAS-Begutachtung 1998 gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne heute insofern nicht mehr bestätigt werden. Vielmehr seien die schlechten Ergebnisse anlässlich der neuropsychologischen Testung als Selbstlimitation zu interpretieren. Insofern lasse sich die Diagnose nicht mehr aufrechterhalten. Ein Status quo sine könne somit spätestens mit der Begutachtung vom 2. und 4. Dezember 2014 angenommen werden (Ziff. 2.1).

Der unfallbedingte Gesundheitszustand habe sich seit dem Gutachten der Klinik D. \_\_\_\_\_ vom 20. Juli 1995 objektiv gebessert. Die damals auf rheumatologischem und neurologischem Fachgebiet noch festgehaltene Diagnose eines mässiggradigen Zervikalsyndroms lasse sich heute ausschliesslich noch anhand der anamnestischen Beschwerden aufrechterhalten. Objektivierbare pathologische Befunde, wie sie damals im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung festgehalten worden seien, würden sich heute nicht mehr feststellen lassen, so dass unter Berücksichtigung objektivierbarer organischer Befunde objektiv eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu konstatieren sei, auch wenn der Versicherte subjektiv keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung gegenüber 1995 geltend mache. Auf neuropsychologischem Gebiet sei ein direkter Vergleich mit den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung von 1995 kaum möglich, da in den früheren neuropsychologischen Untersuchungen keine Prüfung der Plausibilität der Ergebnisse mittels Beschwerdevalidie-

rungsverfahren durchgeführt worden sei. Bei der heutigen Untersuchung hätten sich zwar wiederum Ergebnisse ergeben, die zum Teil schwerste kognitive Defizite suggerieren würden, wobei die heutigen Ergebnisse noch schlechter ausgefallen seien als bei den früheren Untersuchungen, was neuropsychologisch nicht erklärbar und damit mit dem klinischen Eindruck nicht vereinbar sei. Die heutigen Ergebnisse seien aber aufgrund der sehr auffälligen Symptomvalidierung ausschliesslich auf eine Selbstlimitation des Versicherten zurückzuführen, sodass auch hier mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einem nicht-authentischen Leistungsprofil ausgegangen werden müsse, d.h. auf die testpsychologischen Befunde könne nicht abgestellt werden. Psychiatrisch sei ebenfalls kein direkter Vergleich möglich, zumal 1995 keine fachpsychiatrische Untersuchung durchgeführt worden sei. Subjektiv klagte der Versicherte heute über vergleichbare Beschwerden wie 1995, jedoch sei der aktuelle psychische Befund mit einer wesentlichen depressiven Störung nicht vereinbar. Eine eigenständige depressive Störung sei auch im MEDAS-Gutachten 1998 nicht festgestellt worden, so dass sich unter Berücksichtigung „objektiver“ psychischer Befunde die 1995 von der Klinik D.\_\_\_\_\_ und vom behandelnden Psychiater C.\_\_\_\_\_ diagnostizierte symptomatische (reaktive) Depression nicht mehr feststellen lasse. Insofern könne von einer Besserung des Gesundheitszustandes auf psychischem Gebiet ausgegangen werden (S. 31 f. Ziff. 3.1.1). Es bestünden keine unfallbedingten pathologischen Befunde mehr, die den Versicherten in der Funktion als ... beeinträchtigen würden, weshalb von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (S. 32 Ziff. 4.1.1).

## **5.**

**5.1** Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**5.2** Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der Verfügung vom 23. April 2015 (act. IIA 234) und im Einspracheentscheid vom 9. Februar 2016 (act. IIA 244) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der G.\_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2014 (act. II 44). Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 5.1 hiervor), weshalb ihm uneingeschränkte Beweiskraft zukommt. Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis von allen Vorakten und würdigten in ihrer Beurteilung sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Daran vermögen, wie nachfolgend dargelegt, die Einwände des Beschwerdeführers weder etwas zu ändern noch den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens zu schmälern, weshalb vollumfänglich auf das Gutachten der G.\_\_\_\_\_ abzustellen ist.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 5) äussert sich das Gutachten der G.\_\_\_\_\_ sehr wohl zu den durchgeführ-

ten neurologischen Untersuchungen. So wurde auf S. 21 ff. Ziff. 5.1 sowie S. 25 f. Ziff. 5.3 ausführlich die neurologischen Beurteilungen von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom 10. September 1993 (act. II 7) und 3. April 1994 (act. II 12), die SPECT- (act. II 16) und PET-Untersuchung (act. II 22), die neurologische Beurteilung der Klinik D.\_\_\_\_\_ vom 20. Juli 1995 (act. II 30) und vom MEDAS vom 20. Mai 1998 (act. II 37) zusammengefasst sowie kritisch und in nachvollziehbarer Weise gewürdigt. Auch hat der Umstand, dass keine erneuten technischen Untersuchungen und Laboruntersuchungen durchgeführt wurden, keine Schmälerung des Beweiswertes des Gutachtens zur Folge, da es grundsätzlich den Gutachterpersonen überlassen bleibt, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 6. Januar 2015, 8C\_516/2014, E. 6.2) und der Beschwerdeführer in keiner Weise darlegt, warum diese Untersuchungen vorliegend erforderlich gewesen wären.

**5.3** Dass im Vergleich zum Gesundheitszustand, welcher dem Rentenentscheid zugrunde gelegt wurde, eine wesentliche Verbesserung eingetreten ist, wird im Gutachten der G.\_\_\_\_\_ (vgl. act. II 44 S. 31 f. Ziff. 3.1.1) nachvollziehbar und schlüssig begründet. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Beschwerde S. 7 Art. 5) handelt es sich dabei denn auch nicht um eine bloss andere Beurteilung eines an sich unverändert gebliebenen Zustands. Namentlich lässt sich die auf rheumatologischem und neurologischem Fachgebiet noch festgehaltene Diagnose eines Zervikalsyndroms heute nicht mehr aufrechterhalten. Objektivierbare pathologische Befunde, wie sie damals im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung in Form einer verminderten Kopfbeweglichkeit festgehalten wurden, liessen sich bei der Begutachtung im Dezember 2012 - wenn auch bei gleichzeitiger Ablenkung - nicht mehr feststellen, so dass diesbezüglich eine objektivierbare Verbesserung ausgewiesen ist. Daran ändert der Umstand, dass der Beschwerdeführer subjektiv keine Verbesserung, sondern - bei weitgehend unverändert beklagter Beschwerdesymptomatik - eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend macht, nichts, da hierfür einzig die objektiven Befunde massgebend sind.

Was die neuropsychologisch beklagten Defizite anbetrifft, konnte 2014 zwar kein direkter Vergleich mit den Ergebnissen der Untersuchung von 1995 erstellt werden, da damals keine Prüfung der Plausibilität der Ergebnisse mittels Beschwerdevalidierungsverfahren durchgeführt wurde. Es mag auch zutreffen, dass die im Jahre 2014 durchgeführte neuropsychologische Testung den Eindruck schwerster kognitiver Defizite erwecken liess. Wesentlich ist jedoch, dass sich diese Ergebnisse mit den klinischen Befunden nicht vereinbaren lassen, was im neuropsychologischen Gutachten überzeugend begründet wird. So ist mit dem Gutachten der G. \_\_\_\_\_ aufgrund der sehr auffälligen Symptomvalidierung davon auszugehen, dass die anlässlich der Untersuchung demonstrierten Leistungen ausschliesslich auf einer Selbstlimitation des Beschwerdeführers beruhen (act. II 44 S. 31 Ziff. 3.1.1). Denn mit den 2014 noch objektivierbaren Befunden lässt sich nicht begründen, dass der Beschwerdeführer schwerst beeinträchtigte Testleistungen erbrachte, die sogar noch schlechter ausfielen, als bei Patienten mit schweren Hirnverletzungen oder mit Demenz (S. 26). Der Gutachter der G. \_\_\_\_\_ legt insoweit nachvollziehbar dar, dass vorliegend mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einem nicht-authentischen Leistungsprofil ausgegangen werden muss, d.h. dass das tatsächliche Leistungsvermögen weit über den testpsychologischen Befunden liegt. Der Gutachter legt nachvollziehbar dar, dass dem Beschwerdeführer per sofort die Fahreignung abzusprechen wäre, falls die vom Beschwerdeführer erbrachten Testleistungen Ernst zu nehmen wären (S. 26). Schliesslich wurden die gezeigten Selbstlimitierungen als weit über das Ausmass eines blossen Verdeutlichungsverhaltens hinausgehend interpretiert und als eigentliche Leistungsverweigerung bezeichnet (S. 28), was auf eine bewusstseinsnahe Verfälschung des Testergebnisses im Sinne einer Aggravation schliessen lässt.

Auch aus psychiatrischer Sicht wird im Gutachten der G. \_\_\_\_\_ dargelegt, dass ein direkter Vergleich mit dem Gutachten der Klinik D. \_\_\_\_\_ nicht möglich ist, da damals keine fachpsychiatrische Untersuchung durchgeführt wurde. Auch wenn der Beschwerdeführer immer noch über vergleichbare Beschwerden wie 1995 klagt, ändert dies nichts an der schlüssigen Beurteilung des Gutachters der G. \_\_\_\_\_, wonach aufgrund der von ihm erhobenen psychopathologischen Befunde eine wesentliche de-

pressive Störung nicht mehr zu diagnostizieren ist. In Anbetracht des Umstandes, dass das Unfallereignis im Begutachtungszeitpunkt bereits mehr als zwanzig Jahre zurücklag, ist denn auch ohne weiteres nachvollziehbar, dass für den Gutachter der G. \_\_\_\_\_ ein reaktives depressives Geschehen im Sinne der für die Rentenzusprechung massgeblichen Diagnose (symptomatische [reaktive] Depression) nicht mehr feststellbar war. Weiter legten die Gutachter ebenso nachvollziehbar dar, dass auch die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mittlerweile nicht mehr zu stellen ist (vgl. act. II 43 S. 32 Ziff. 3.1.2). Insofern wird im Gutachten der G. \_\_\_\_\_ mit überzeugender Begründung nachgewiesen, dass auch in psychischer Hinsicht eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich mit demjenigen, wie er der Rentenzusprechung zugrunde gelegt wurde, wesentlich verbessert hat, womit das Vorliegen eines Revisionsgrundes ausgewiesen ist. Die Verbesserung besteht spätestens seit der gutachterlichen Untersuchung in der G. \_\_\_\_\_ im Dezember 2014.

## **6.**

Die vorliegend umstrittene Leistungseinstellung erfolgte pro futuro per 30. April 2015. Da die Voraussetzungen der Rentenrevision erfüllt sind, ist nachfolgend frei und umfassend, d.h. ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen, ob der Beschwerdeführer über das Datum der Leistungseinstellung hinaus Anspruch auf Rentenleistungen der Unfallversicherung hat.

Was den natürlichen Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 24. März 1993 und den anlässlich der Begutachtung durch das G. \_\_\_\_\_ geltend gemachten Beschwerden betrifft, ist ein solcher, wie nachfolgend dargelegt wird, nicht mehr gegeben. Dabei ist auf das polydisziplinäre Gutachten der G. \_\_\_\_\_ vom 18. Dezember 2014 (act. II 44) abzustellen, welchem voller Beweiswert zukommt.

Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht ergeben sich keine Hinweise auf noch vorhandene strukturelle Schädigungen im Bereich des Bewegungsapparates, die in einem kausalen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 24. März 1993 zu bringen wären. Aus orthopädischer Sicht lässt sich somit auch keine unfallbedingte Minderung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durch das erwähnte Ereignis begründen und es ist von einer zeitlichen und leistungsmässigen vollständigen Einsatzfähigkeit auszugehen (act. II 44 S. 24 f. Ziff. 5.3). Aus neurologischer Sicht lässt sich kein Befund erheben der als Folge der erlittenen HWS-Distorsion zu interpretieren wäre. Bei regelrechten neurologischen Untersuchungsbefunden kann denn auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (act. II 44 S. 25 Ziff. 5.3). Auf psychiatrischem Gebiet lässt sich eine chronifizierte psychische Fehlentwicklung auf dem Boden einer zugrundeliegenden narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung, möglicherweise einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, feststellen. Diese kann diagnostisch heute einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) zugeordnet werden und zeigt darüber hinaus auch somatoforme Elemente, ohne dass die diagnostischen Kriterien für eine eigenständige somatoforme Schmerzstörung noch erfüllt sind. Die psychische Fehlentwicklung ist durch ein regressives Schonverhalten und eine erhebliche Selbstlimitierung geprägt und geht mit einem erheblichen sekundären Krankheitsgewinn einher. Darüber hinaus lassen sich aktuell auf psychiatrischem Gebiet keine komorbiden psychischen Störungen feststellen. Die vom Beschwerdeführer berichtete Angstsymptomatik mit panikartigen Angstzuständen ist insoweit nicht unfallkausal, als sie im Vorfeld und nach dem Tod der Mutter im Frühjahr 2014 auftrat. Zudem ist sie nach eigenen Angaben des Beschwerdeführers inzwischen wieder abgeklungen und lässt sich aktuell keiner eigenständigen und krankheitswertigen diagnostischen Entität mehr zuordnen. Die vom G. \_\_\_\_\_ erhobenen psychopathologischen Befunde stehen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht (mehr) in einem natürlichen Kausalzusammenhang mit dem Unfall vom 24. März 1993, sondern stellen eine eigenständige unfallfremde Störung dar, so dass auch aus psychiatrischer Sicht keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr postuliert werden kann (S. 28 f. Ziff. 5.3). Aus neuropsychologischer Sicht lassen sich die vom Beschwerdeführer demonstrierten Leistungen zufolge Selbstlimitierung nicht verwerten. Weil die Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung weder aus neurologischer noch aus psych-

iatrischer Sicht mit dem im März 1993 erlittenen Unfall begründbar sind, ist davon auszugehen, es lägen unfallbedingt keine kognitiven Defizite (mehr) vor. Es liegt damit auch keine neuropsychologisch begründbare Arbeitsunfähigkeit vor, d.h. es besteht diesbezüglich eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (act. II 44 S. 26 Ziff. 5.3).

Zusammenfassend ist erstellt, dass die aktuelle Beschwerdesymptomatik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht (mehr) auf das Unfallereignis vom 24. März 1993 zurückzuführen ist, und der Status quo sine spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung vom Dezember 2014 eingetreten war.

## 7.

Aufgrund des Dargelegten liegt ein Revisionsgrund vor und die im Zeitpunkt der Renteneinstellung noch geltend gemachten Beschwerden stehen mit dem Unfallereignis vom 25. März 1993 in keinem natürlichen Kausalzusammenhang. Demgemäss ist abschliessend über das Subeventualbegehren, es sei dem Beschwerdeführer eine angemessene Übergangsfrist einzuräumen, damit er sich auf die neuen finanziellen Verhältnisse einstellen könne (Beschwerde S: 11 Art. 8), zu befinden.

Im Gegensatz zur Invalidenversicherung, bei welcher der Rentenanspruch spätestens mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung erlischt, besteht der Rentenanspruch im Unfallversicherungsrecht über das Erreichen des AHV-Alters hinaus bis zum Tod. Diesbezüglich sieht das Gesetz zum Schutze der Versicherten einzig vor, dass die UVG-Renten ab dem Monat, in dem die berechnete Person eine Altersrente der AHV bezieht, nicht mehr revidiert werden kann (vgl. Art. 22 UVG). Vor diesem Zeitpunkt ist eine revisionsweise Aufhebung der Rente jederzeit möglich, weshalb auch das Subeventualbegehren ohne Weiterungen abzuweisen ist.

Die Einstellung der Versicherungsleistungen per 30. April 2015 ist somit nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde vom 11. März 2016 abzuweisen ist.

**8.**

**8.1** In Anwendung von Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

**8.2** Für die obsiegende Beschwerdegegnerin besteht praxisgemäss kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 104 Abs. 4 VRPG).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
  - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG
  - Bundesamt für Gesundheit

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.