

200 17 712 UV  
GRD/SHE/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 13. März 2018**

Verwaltungsrichter Grütter, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Loosli  
Gerichtsschreiber Schnyder

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführer

gegen

**AXA Versicherungen AG**  
Generaldirektion, Postfach 357, 8401 Winterthur  
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 19. Juni 2017 (1.341.267/67)



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Der 1964 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war über seine berufliche Tätigkeit bei den Winterthur-Versicherungen (heute AXA Versicherungen AG [nachfolgend AXA oder Beschwerdegegnerin]) obligatorisch unfallversichert, als er am 6. August 2000 in eine Auffahrkollision verwickelt wurde (Akten der AXA [act. II] A1). Der Unfallversicherer anerkannte seine Leistungspflicht und kam für die Kosten der Heilbehandlung und Arbeitsunfähigkeit auf. In der Folge tätigte er medizinische und berufliche Abklärungen. Gestützt auf einen Vergleich stellte die AXA mit Verfügung vom 12. Mai 2005 (act. II A72) die Taggeldleistungen per 30. April 2005 und die Übernahme der Heilungskosten per 31. Mai 2005 ein. Weiter sprach sie dem Versicherten ab dem 1. Mai 2005 eine Rente der obligatorischen Unfallversicherung gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50% sowie eine Integritätsentschädigung von 30% zu.

Rückwirkend ab 1. August 2001 richtete die IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB) bei einem Invaliditätsgrad von 50% eine halbe Rente aus (vgl. Akten der IVB [act. III] 56). Nach 2008 (act. III 75) und 2011 (act. III 81) von der IVB von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevisionen richtete diese bei einem unverändert gebliebenen Invaliditätsgrad von 50% weiterhin die halbe Rente aus (act. III 79, 86).

### **B.**

Im Rahmen einer 2013 (act. III 87) von der IVB von Amtes wegen eingeleiteten weiteren Revision tätigte diese berufliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie eine interdisziplinäre Begutachtung durch das C.\_\_\_\_\_ (MEDAS, vgl. u.a. act. III 100). Gestützt auf dessen interdisziplinäres Gutachten vom 6. März 2014 (act. III 102.1) und in Anwendung von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG; SR 831.20; 6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket

[SchlBest. IV 6/1; in Kraft seit 1. Januar 2012]) hob die IVB mit Verfügung vom 15. September 2014 (act. III 121) bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Invalidenrente per Ende Oktober 2014 auf. Mit Verfügung vom 16. September 2014 (act. III 122) entschied sie, die Rente ab dem 1. November 2014 wieder auszurichten, wenn Massnahmen zur Wiedereingliederung durchgeführt würden, längstens aber bis zum 31. Oktober 2016. Bei Abbruch der Massnahme werde die Weiterausrichtung der Invalidenrente eingestellt. Ab dem 8. September 2014 (act. III 123, 129, 136) wurde ein Arbeitstraining durchgeführt. Mit Schreiben vom 21. April 2015 (act. III 140) forderte die IVB den Versicherten mit Bezug auf die Schadenminderung auf, das Arbeitspensum zu steigern, ansonsten werde das Arbeitstraining abgebrochen und die Rente eingestellt. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. III 144, 146, 148) verfügte sie am 25. Juni 2015 (act. III 149) dem Vorbescheid entsprechend den Abbruch der Wiedereingliederungsmassnahmen per 30. April 2015 und die Einstellung der halben Invalidenrente per 1. Mai 2015. Die Verfügung blieb unangefochten.

### C.

Die AXA legte das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS am 25. Februar 2016 (act. II M54) ihrem beratenden Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vor, welcher hierzu Fragen beantwortete. Am 25. März 2016 (act. II A88) gewährte sie dem Versicherten das rechtliche Gehör bezüglich der vorgesehenen Renteneinstellung, wogegen dieser, vertreten durch Fürsprecher B.\_\_\_\_\_ (vgl. act. II A89), Einwände erhob (act. II A91). Nach Einholen einer weiteren Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (act. II M55) hob die AXA mit Verfügung vom 31. Oktober 2016 (act. II A92) bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Invalidenrente der obligatorischen Unfallversicherung per 1. Dezember 2016 auf. Die hiergegen erhobene Einsprache (act. II A94) wies sie mit Entscheid vom 19. Juni 2017 (act. II A98) ab.

## **D.**

Mit Eingabe vom 21. August 2017 erhob der Versicherte, weiterhin vertreten durch Fürsprecher B. \_\_\_\_\_, hiergegen Beschwerde. Er beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge ersatzlos aufzuheben.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 21. November 2017 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 28. Februar 2018 wurde den Parteien mitgeteilt, dass die einverlangten IV-Akten beim Verwaltungsgericht eingetroffen sind.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (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 vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 19. Juni 2017 (act. II A98). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und dabei insbesondere, ob die seit dem 1. Mai 2005 ausgerichtete Invalidenrente der obligatorischen Unfallversicherung zu Recht per 1. Dezember 2016 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 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). 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 Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden voraus (BGE 129 V 177 E. 3.1 und 3.2 S. 181; SVR 2017 UV Nr. 8 S. 28 E. 3.3, 2012 UV Nr. 2 S. 6 E. 3.1).

**2.3** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbs-

möglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**2.4** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. November 2017, 8C\_130/2017 [zur Publikation vorgesehen] E. 7, BGE 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (Entscheid des BGer vom 30. November 2017, 8C\_130/2017, E. 7.2 [zur Publikation vorgesehen]).

Die im Hinblick auf einen IV-Rentenanspruch erfolgte Rechtsprechungsänderung gemäss BGE 141 V 281 findet sinngemäss auch im Bereich des UVG Anwendung. Vorausgesetzt wird allerdings, dass zwischen dem Unfall und den Beschwerden ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 141 V 574 E. 5.2 S. 581). Dies gilt auch für die Erweiterung des Anwendungsbereichs auf sämtliche psychischen Störungen gemäss Entscheid des BGer vom 30. November 2017, 8C\_130/2017 (zur Publikation vorgesehen).

**2.5** 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).

**2.5.1** 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).

**2.5.2** Die Erheblichkeit der Sachverhaltsänderung, welche Voraussetzung für eine Revision der Rente der Unfallversicherung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist, bejaht das Bundesgericht, wenn sich der Invaliditätsgrad um 5 Prozentpunkte ändert (BGE 140 V 85 E. 4.3 S. 87).

**2.5.3** 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 2017 IV Nr. 40 S. 122 E. 5.2.2).

**2.5.4** 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).

**2.6** 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.**

**3.1** Im Rahmen eines Vergleichs kam zwischen der Beschwerdegegnerin und dem Beschwerdeführer eine Einigung bei einem Invaliditätsgrad von 50% zustande. Mit Verfügung vom 12. Mai 2005 (act. II A72) wurde angesichts dieser Vereinbarung eine UVG-Rente zugesprochen. Zu diesem Zeitpunkt präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

**3.1.1** Im Gutachten der neurologisch-neurochirurgischen Klinik des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 13. Mai 2002 (act. II M31) wurde ein Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) durch Autounfall am 6. August 2000 mit Zervikothorakalsyndrom und Zervikobrachialgie rechts mit schmerzbedingter Armschwäche diagnostiziert (S. 4). Die weiterhin regredienten Schmerzen mit endständig schmerzhafter Beweglichkeit des Kopfes und Schmerzen im Bereich der Hals- und oberen Brustwirbelsäule (BSW) würden vorwiegend belastungsabhängig auftreten und entsprächen einem residuellen Zervikothorakalsyndrom nach Distorsionstrauma der HWS. Die Armschwäche rechts sei schmerzbedingt und könne bis zur symmetrischen Kraftentfaltung M5 überwunden werden, entspreche also einem Cervikobrachialsyndrom rechts nach Trauma. In der neurologischen Untersuchung fänden sich keine Ausfälle. Die lebhaften Reflexe und der rechts etwas lebhaftere Radialisreflex könnten durch die Schmerzen und den Muskelhartspann rechts erklärt werden. Bildgebend fände sich eine kleine, in ihrer Ausdehnung zwischen November 2001 und April 2002 stationäre Hydromyelie. Es könne sich durchaus um eine posttraumatische Hydromyelie handeln. Diese sei klein und stationär und sei eine eher unwahrscheinliche Erklärung für die Schmerzen im rechten Arm. Die schwere Arbeit als ... sei sicher nicht geeignet für diesen Versicherten mit persistierenden belastungsabhängigen Schmerzen nach HWS-Distorsionstrauma. Wenn schwere körperliche Arbeit vermieden und er als ... vermehrt mit weniger phy-

sich belastenden Aufgaben betraut werden könne, wäre eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeit auf ca. 20 bis 30% zu erwarten. Unter günstigen Umständen und entsprechender Anpassung der Arbeit sei längerfristig das Wiedererlangen der vollen Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 5).

**3.1.2** Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im orthopädischen Gutachten vom 14. Mai 2002 (act. II M27) einen Zustand zwei Jahre nach HWS-Beschleunigungsverletzung (S. 4). Gemäss den Angaben des Versicherten bliebe als Hauptproblem ein dominanter Nackenschmerz mit Ausstrahlung nach occipital. Zudem bestünden Schwindelprobleme. Die Schmerzen seien belastungsindiziert verstärkt, so dass Ausstrahlungen nach cranial als auch nach caudal in die BWS auftreten würden, gelegentlich sogar in die Lendenwirbelsäule (LWS). Zudem seien Schmerzen in der rechten Schulter und im Bereich des rechten Armes gegeben. Aktuell sei der Versicherte wieder als ... zu 40% arbeitsfähig. Die Arbeitsbelastung bedeute für ihn ein Limit, er müsse sich auch mit dieser eingeschränkten Tätigkeit stark zusammennehmen und auch aufpassen, insbesondere was die Schwindelproblematik betreffe. Er sei schon einmal wegen des Schwindels in eine Grube gestürzt (S. 3). Dr. med. F.\_\_\_\_\_ führte aus, obwohl der Versicherte bis zu einem gewissen Grad körperliche Belastungen meiden könne, sei eine grössere Aktivität angeblich nicht denkbar. Nebst der lokalen Schmerzproblematik sei die Schwindelsituation von Relevanz, die ihm in seiner Tätigkeit als ... Probleme bereite (vgl. stattgehabtes Sturzerlebnis). Die aktuelle Arbeitssituation sei dank einem guten Einvernehmen mit dem Arbeitgeber als günstig einzustufen. Veränderungen, die zu einer höheren Arbeitsleistung führen würden, seien hier nicht denkbar (S. 6 Ziff. 6.1). Aufgrund der Beschwerdesymptomatik mit lokalen Schmerzen, die belastungsindiziert aufträten, und der Schwindelproblematik seien jegliche Aktivitäten nur limitiert möglich. Theoretisch wäre es denkbar, dass der Versicherte mit Botengängen und Vermeidung von repetitiv schweren Belastungen und der Möglichkeit, sich zwischendurch zu entspannen und zu liegen, die Arbeitstätigkeit leichtgradig steigern könnte (Ziff. 6.2).

**3.1.3** Im Bericht der psychiatrischen Klinik des Spitals E.\_\_\_\_\_ vom 25. September 2003 (act. II M37) wurde ein HWS-Distorsionstrauma dia-

gnostiziert. Aus psychiatrischer Sicht liessen sich keine persönlichkeitsbedingten oder psychopathologischen Faktoren feststellen, welche das Zustandsbild des Versicherten erklären würden. Die Schilderung der Beschwerden, insbesondere der Schmerzen, würde präzise und detailliert erfolgen, was gegen eine Psychogenität der Beschwerden spreche (S. 2).

**3.1.4** Im Gutachten der Klinik für Allgemeine Innere Medizin des Spitals E. \_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2003 (act. II M35) wurde ein schmerzhaftes Cervikalsyndrom nach Distorsionstrauma der HWS mit/bei Cervikobrachialgien rechts mit schmerzbedingter Armschwäche rechts diagnostiziert (S. 4 Ziff. 4). Der Versicherte habe angegeben, bei allen Bewegungen mit dem Kopf und Nacken würde ein diffuser Schwindel, zum Teil Schwankschwindel, zum Teil mit Schwarzwerden vor Augen auftreten. Es bestünden Schmerzen im Nacken und Hinterkopf, verstärkt bei Wetterveränderungen, zudem ein dauerndes Kältegefühl im Bereich des Occiput. Im Weiteren beschreibe der Versicherte eine Kraftlosigkeit im ganzen rechten Arm von der Schultermuskulatur bis in die Handmuskulatur. Bereits bei leichten Arbeiten mit der rechten Hand würden diese Schmerzen auftreten. Arbeiten mit dem Hammer könnten rechts nicht durchgeführt werden. Laufen könne der Versicherte ca. 20 bis 30 Minuten ohne Pause. Dann würde eine enorme Müdigkeit auftreten. Sitzen könne er weniger als eine Stunde. Es würden dann starke Schmerzen vom Kopf bis in den Rücken auftreten. Arbeiten in stehender Position gingen besser als in sitzender Position. Mit der rechten Hand könne er nur wenige kg (< 3 kg) heben. Autofahren könne er nur ganz kurze Strecken wegen rasch auftretender Schmerzen im Bereich des Nackens und der rechten Schulter sowie des rechten Armes (S. 3). Aktuell arbeite er nicht mehr in der .... Die Gutachter führten aus, eine vergleichbare, körperlich stark belastende Arbeit sei aufgrund der erhobenen Befunde nicht möglich (S. 5 Ziff. 6.1). Eine den Unfallfolgen angepasste und zumutbare Tätigkeit müsse folgendes Profil haben: jegliche schwere körperliche Arbeit sei nicht möglich. Insbesondere könnten nur leichte Lasten von bis maximal 3 kg kurze Zeit getragen werden. Repetitive Arbeit, insbesondere mit dem rechten Arm, sei nicht möglich. Eine länger dauernde sitzende Tätigkeit (mehr als 1 Stunde am Stück) sei ebenfalls nicht möglich. Gehen könne der Versicherte während 20 bis 30 Minuten ohne Pause, dann seien jedoch Pausen notwendig wegen Erschöpfung. Aufgrund der

Schwindelbeschwerden bei jeglichen Kopf- und Nackenbewegungen sei jegliche Aktivität nur limitiert möglich. Auto fahren könne er nur über kurze Strecken wegen Auftreten von Schmerzen im rechten Arm sowie den beschriebenen Schwindelbeschwerden (Ziff. 6.2). Die maximale tägliche oder wöchentliche Arbeitszeit in Stunden hänge von der Art der Arbeit ab. Bei idealen Arbeitsbedingungen (häufiges, kürzeres Gehen, keine Belastung des rechten Armes) seien drei Stunden tägliche Arbeit möglich (S. 6 Ziff. 6.2.4). Pausen seien sicher notwendig, da der Versicherte rasch ermüde und unter Schwindelbeschwerden leide. Solche Pausen sollten mindestens alle 45 Minuten möglich sein (Ziff. 6.2.5).

**3.1.5** Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und beratender Arzt der Beschwerdegegnerin, hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 13. Januar 2004 (act. II M40) fest, die Arbeitsunfähigkeit (gemeint wohl: Arbeitsfähigkeit) werde seines Erachtens entscheidend durch eine mögliche Schwindelproblematik limitiert. Allein aufgrund der lokalen cervicobrachialen Problematik wäre seines Erachtens bei entsprechendem Einsatz eine Arbeitsfähigkeit von mindestens über 60% möglich.

**3.1.6** Der behandelnde Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in den Berichten vom 26. Oktober 2004 (act. II M42) und 1. März 2005 (act. II M43) aus, unverändert leide der Versicherte unter täglichen Schmerzen im LWS-, HWS- und Schultergürtelbereich rechts. Er sei (höchstens) zu 50% arbeitsfähig.

**3.2** Seit der Verfügung vom 12. Mai 2005 ist den Akten betreffend den Gesundheitszustand im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.2.1** Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 6. März 2014 (act. II M51) wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 44 Ziff. 7). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein Status nach Autounfall mit HWS-Distorsionstrauma am 6. August 2000, eine Adipositas (BMI 31.6) sowie eine Hydromyelia C6/7 (Ziff. 8). Bei den Untersuchungen beklagte sich der Versicherte über wegen der Schmerzen bestehende Schlafprobleme, weswegen tagsüber eine Müdigkeit bestehe. Beim Bücken und Vornüberbeugen trete ein Schwindel auf, auch das Gehen im Kreis sowie

übermässige Bewegungen würden einen Schwindel auslösen. Auch bei raschem Aufstehen verspüre er noch einen Schwindel. Dieser sei aber im Alltag bei normalem Gehen kein Problem. Als Hauptproblem gab der Versicherte konstante Schmerzen im Nacken und in der rechten Schulter rechtsbetont an. Die Beschwerden würden als Verspannungen, aber auch als Blockierungen angegeben. Die Schmerzen würden in den Hinterkopf (verbunden mit einem Kältegefühl) und in den rechten Arm bis in die Hand den Rücken entlang nach unten bis ins Kreuz ausstrahlen. Abrupte HWS-Bewegungen und das Heben von Lasten hätten vermehrte Schmerzen zur Folge. Auch sei eine gewisse Wetterfühlbarkeit vorhanden. Seit kurzer Zeit spüre er beim Gehen nach einer Dauer von 15 bis 20 Minuten einen Schmerz im rechten Bein, der dorsal von der Hüfte bis ins Sprunggelenk ausstrahle. Es handle sich um ein Ziehen/Spannen, dessen Ursache für ihn (den Versicherten) unklar sei. Weiter klagte der Versicherte über lumbale Schmerzen, welche er ebenfalls als Spannungen beschrieben habe (S. 20 f. Ziff. 4.2.2, S. 26 Ziff. 4.3.2, S. 35 Ziff. 4.5.2). Die Gutachter der MEDAS führten aus, es bestehe weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 49 Ziff. 10).

**3.2.2** Am 25. Februar 2016 (act. II M54) nahm Dr. med. D. \_\_\_\_\_ Stellung zum interdisziplinären Gutachten der MEDAS vom 6. März 2014 (act. II M51). Dieses sei in jeder Hinsicht nachvollziehbar, schlüssig formuliert und im Rahmen der Teilgutachten widerspruchsfrei. Alle Teilgutachter kämen zur gleichen Beurteilung bezüglich der Leistungsfähigkeit des Versicherten. Ihre Schlussfolgerungen würden auf sämtlichen medizinischen Akten basieren und die Gutachter würden aufgrund objektiv erhobener Befunde argumentieren (S. 1 f. Ziff. 1). Auf der somatischen Ebene würden das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2002 (act. II M27) und das Gutachten der MEDAS vom 6. März 2014 im Verlauf eine deutliche Veränderung der Befundlage belegen, indem die Beschwerden, soweit sie im Gutachten der MEDAS festgestellt worden seien, heute keine organische Grundlage mehr aufweisen, was sich in der psychiatrischen Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung äussere. Zuvor bzw. im Jahre 2002 seien die Beschwerden somatisch definiert worden. Dies bedeute, dass auf der somatischen Ebene zwischenzeitlich eine grundlegende Besserung eingetreten sei. Die Diagnose einer anhaltenden somato-

formen Schmerzstörung lasse annehmen, dass heute keine rentenrelevante Erkrankung mehr vorliege (S. 2 Ziff. 4). Die somatischen Befunde seien nicht mehr beschwerdeführend. Bei den heute noch feststellbaren Befunden handle es sich ausschliesslich um leichtere Weichteilbefunde, abgesehen von einer leichten, neu aufgetretenen Bewegungseinschränkung der HWS, die im wesentlichen einer altersentsprechenden Störung entspreche (Ziff. 5). Der Versicherte sei in der aktuellen Tätigkeit als ... in der Verpackung und Produktion wie auch in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig (S. 3 Ziff. 6).

Am 24. August 2016 (act. II M55) nahm Dr. med. D. \_\_\_\_\_ erneut Stellung bezüglich einer Veränderung zu 2005. Es sei nicht auf die subjektiven Beschwerden des Versicherten einzugehen, da die Veränderung insbesondere auf der objektiven Ebene gesucht werden müsste. Es könne aber darauf hingewiesen werden, dass nur schon eine Bewertung der subjektiven Beschwerden, so wie sie in den Teilgutachten festgehalten worden seien, in der Intensität wesentliche Unterschiede aufweisen würden. 2002 seien die Beschwerdeangaben bezüglich Nacken-, Hinterhauptschmerzen, Brachialgie und insbesondere Schwindel viel ausgeprägter gewesen als 2014. Entscheidend seien aber die klinisch objektiven Befunde. Verglichen worden seien die Rotation der HWS aus Neutralstellung (keine wesentliche Befundänderung, entspreche überwiegend wahrscheinlich dem Vorzustand von 2002), die Seitneigung (Verbesserung bzw. Normalisierung gegenüber 2002), der Kinn-Sternum-Abstand (unverändert), provozierte Endphasenschmerzen (unverändert gegenüber 2002), die Muskeltrophik (der Versicherte werde 2014 deutlich kräftiger beschrieben als 2002), der Befund der Muskelpalpation (im Gegensatz zu 2002 praktisch keine Palpationsbefunde 2014), die Klopfdolenz über der HWS (markante Verbesserung zu 2002) und die Kraftminderung des rechten Armes (markante Verbesserung gegenüber 2002). Der radiologische Befund habe sich zwischen den zwei Gutachten nicht verändert (S. 1). 2002 sei polydisziplinär keine psychiatrische Diagnose gestellt worden, was bedeute, dass der Versicherte in dieser Hinsicht gesund gewesen sei. Dagegen sei ein zervikales Schmerzsyndrom mit Zervikobrachialgien rechts und schmerzbedingter Armschwäche rechts in Abwesenheit einer psychiatrischen Diagnose offensichtlich mit so-

matischer Begründung diagnostiziert worden. Dies lasse sich aufgrund der 2002 beschriebenen Befundlage nachvollziehen. Diese Befunde seien anlässlich der Begutachtung 2014 zusammenfassend als diskret zu bezeichnen bzw. als nicht genügend, um das aktuell geschilderte Beschwerdebild zu erklären. Dies zeige, dass sich der Sachverhalt zwischen 2002 und 2014 verändert habe. Während 2002 somatische und objektivierbare Befunde vorgelegen hätten, die ein Schmerzsyndrom der HWS mit Brachialgie rechts zu erklären vermögen, lägen diese Befunde heute nicht mehr ursachengenügend vor (S. 2).

**3.3** 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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352). 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 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.4** Das von der IVB in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 6. März 2014 (act. II M51) erfüllt die von der höchstgerichtlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (E. 3.3 hiavor). Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinan-

dergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung und die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten Kenntnis aller Vorakten und würdigten die ihnen zur Verfügung stehenden Informationen einlässlich. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend sowie die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Dem Gutachten kommt damit uneingeschränkte Beweiskraft zu und es ist in der Folge darauf abzustellen, zumal auch der Beschwerdeführer keine konkreten Einwände gegen das Gutachten vorbringt und Dr. med. D. \_\_\_\_\_ das Gutachten der MEDAS als „in jeder Hinsicht nachvollziehbar, schlüssig formuliert und im Rahmen der Teilgutachten widerspruchsfrei“ beurteilt (act. II M54 S. 1 Ziff. 1).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin geht von einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes seit der rentenzusprechenden Verfügung vom 12. Mai 2005 (act. II A72) aus, was eine freie Prüfung des Leistungs- und Rentenanspruchs zur Folge habe (vgl. E. 2.5.3 hiervor). Der Beschwerdeführer verneint eine massgebliche Veränderung, ohne dies jedoch näher zu begründen (Beschwerde S. 5 Ziff. 3). Er verweist lediglich auf lit. a SchlBest. IV 6/1 bezüglich Überprüfung der Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zugesprochen wurden und führt aus, ein derartiges Vorgehen sei in der obligatorischen Unfallversicherung nicht vorgesehen.

Wie die Beschwerdegegnerin jedoch zutreffend ausführt (vgl. Beschwerdeantwort S. 10 Ziff. 2.2.2), sagt die Vornahme einer Revision durch die Invalidenversicherung gestützt auf lit. a SchlBest. IV 6/1 nichts darüber aus, ob der Invalidenversicherung eine Rentenrevision aufgrund einer Veränderung der rechtserheblichen Verhältnisse möglich gewesen wäre oder nicht. Lit. a SchlBest. IV 6/1 steht nämlich der Invalidenversicherung als *lex specialis* zur allgemeinen Regelung offen. Im vorliegenden Fall ist es jedoch – wie nachfolgend dargelegt – seit 2005 offensichtlich zu einer massgebenden Änderung im Gesundheitszustand gekommen, so dass hier eine Revision zulässig ist.

Der orthopädische Gutachter Dr. med. F. \_\_\_\_\_ erwähnte im Gutachten vom 14. Mai 2002 (act. II M27) Schwindelprobleme, welche nach Angaben des Beschwerdeführers bereits zu einem Sturzereignis in eine Grube geführt hätten (S. 3). Er mass dieser Schwindelproblematik Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bei (S. 6). Bei der allgemein-internistischen Untersuchung (vgl. Gutachten vom 31. Oktober 2003 [act. II M35]) gab der Beschwerdeführer an, bei allen Bewegungen mit dem Kopf und Nacken würde ein diffuser Schwindel, zum Teil Schwankschwindel, zum Teil mit Schwarzwerden vor Augen, auftreten (S. 3 Ziff. 2). Die Gutachter führten aus, aufgrund der Schwindelbeschwerden bei jeglichen Kopf- und Nackenbewegungen sei jegliche Aktivität nur limitiert möglich, auch Auto fahren könne der Beschwerdeführer nur über kurze Strecken (S. 5 Ziff. 6.2). Auch der beratende Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. G. \_\_\_\_\_, mass der Schwindelproblematik in der Aktenbeurteilung vom 13. Januar 2004 (act. II M40) entscheidende Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit bei (S. 5). Die Schwindelproblematik, welcher vor der Zusprache der Unfallrente 2005 noch ein massgebender Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zuerkannt wurde, hat sich seither in erheblichem Masse gebessert. Zwar erwähnte der Beschwerdeführer den Schwindel anlässlich der Begutachtung der MEDAS 2014 ebenfalls (act. II M51 S. 14, 20), gab jedoch hierzu folgendes an: Beim Bücken und Vornüberbeugen trete ein Schwindel auf (S. 14) bzw. bei raschem Aufstehen verspüre er noch einen Schwindel. Dieser sei aber im Alltag bei normalem Gehen kein Problem (S. 26). Im Gegensatz zu früher tritt nun offensichtlich der Schwindel nicht mehr bei allen Bewegungen mit dem Kopf und Nacken auf und hat auch nicht mehr die gleiche Intensität wie früher. Auch von seit 2005 diesbezüglich erfolgten Sturzereignissen wird nicht mehr gesprochen. Weiter ist eine Verbesserung seit 2005 darin zu erblicken, als der Beschwerdeführer anlässlich der allgemein-internistischen Begutachtung 2002 (act. II M 35) noch angab, weniger als eine Stunde sitzen zu können. Dann träten starke Schmerzen vom Kopf bis in den Rücken auf (S. 3 Ziff. 2). In der Zwischenzeit hat sich diese Situation deutlich gebessert, zumal es dem Beschwerdeführer 2013 möglich war, als Fahrer/Beifahrer mit dem Auto nach ... zu reisen (act. II M51 S. 15 Ziff. 3.6) und er zudem bei der neurologischen Begutachtung 2014 angab, bezüglich der Schmerzintensität seien Gehen und Sitzen günstig (S. 26 Ziff. 4.3.2). Entgegen seinem Vorbringen (vgl. Beschwerde S. 4 f.

Ziff. 2) ist aber auch seit 2005 insoweit eine wesentliche Verbesserung offensichtlich, wenn man die damals erhobenen Befunde mit jenen aus dem Jahr 2014 vergleicht. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ zeigte diesbezüglich in seiner Beurteilung vom 24. August 2016 (act. II M55) nachvollziehbar und überzeugend eine massgebliche Verbesserung auf, wogegen der Beschwerdeführer auch zu Recht keine konkreten Einwände vorbringt. So hatte sich u.a. 2014 im Vergleich zu 2002 die Seitneigung der HWS verbessert bzw. präsentierte sich normal, wurde der Beschwerdeführer als deutlich kräftiger beschrieben (Muskeltrophik), waren praktisch keine Palpationsbefunde mehr vorhanden und hat sich eine markante Verbesserung bezüglich der Klopfdolenz über der HWS sowie der Kraftminderung des rechten Armes eingestellt (vgl. act. II M55).

Aber auch aufgrund der gesamten Lebensumstände ist von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der erstmaligen Rentenzusprechung 2005 auszugehen, was die Beschwerdegegnerin zu Recht und nachvollziehbar darlegt (vgl. Beschwerdeantwort S. 13 f.). Diese geht korrekterweise von einem reduzierten Leiden und insgesamt einem aktiven, nicht beeinträchtigten Leben des Beschwerdeführers aus. So wurde dieser 2003 noch als von starker Müdigkeit geplagt und sich schlapp fühlend beschrieben (act. II M35 S. 3 Ziff. 1) bzw. dass der aktive und sehr kultivierte Beschwerdeführer durch den besagten Unfall erheblich in der körperlichen Integrität geschädigt wurde (act. II M36 S. 2 Ziff. 11). Noch nach Zusprache der Rente befand er sich in physiotherapeutischer Behandlung und nahm täglich Schmerzmedikamente ein (vgl. Verlaufsberichte von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 14. Mai 2008 [act. III 78] und 28. Dezember 2012 [act. III 85]). 2014 präsentierte sich die Situation vollkommen anders. Es fanden kaum noch Arztkonsultationen statt; der Beschwerdeführer suchte lediglich alle eineinhalb bis zwei Monate seinen Hausarzt auf. Eine letzte Physiotherapiebehandlung hatte vier Monate vor dem Gutachten stattgefunden. Die medikamentöse Behandlung erfolgte gelegentlich mittels Aulin-Beutel (act. II M51 S. 15 Ziff. 3.5). Der Beschwerdeführer steht in tragfähiger Ehe, hat Freude an seinen Kindern, unterhält Beziehungen zu jahrelangen Arbeitskollegen und Verwandten. Er verbringt seine Freizeit mit seiner Familie mit Spaziergängen, hilft bei der Kinderbetreuung aktiv mit (beispielsweise hat er via Schule für die Kinder einen Deutschkurs organisiert). Weiter verfolgt

er im Fernsehen Sendungen auf Deutsch und in seiner Heimatsprache und beteiligt sich aktiv an den Haushaltsarbeiten. Auch war es ihm möglich, in den letzten Jahren Reisen in ... und seine Heimat zu unternehmen (act. II M51 S. 13 f. Ziff. 3.1, S. 14 Ziff. 3.3, S. 15 Ziff. 3.6, S. 34 f. Ziff. 4.5.1, S. 49 Ziff. 9). Dieses Aktivitätsausmass lässt sich denn auch schwer mit der damals beschriebenen starken Müdigkeit vereinbaren, bzw. es ist erstellt, dass sich diese seit 2005 sehr stark gebessert hat.

**3.6** Gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 6. März 2014 (act. II M51) ist der Beschwerdeführer weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt (S. 49 Ziff. 10). Die Schlussfolgerung wird denn auch von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ im Bericht vom 25. Februar 2016 (act. II M54) bestätigt und beschwerdeweise nicht beanstandet. Neu wurde eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (vgl. S. 44 Ziff. 8). Die Gutachter der MEDAS stützten sich bei ihrer Beurteilung jedoch noch auf die Foerster-Kriterien (S. 41 Ziff. 4.5.5). Damit basiert aber die Annahme einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auf einer veralteten Basis, weshalb die Frage, ob der psychische Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters zu erfolgen hat. Im vorliegenden Fall verliert das nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten der MEDAS seinen Beweiswert nicht und kann ohne weiteres beigezogen werden, da es eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Anlässlich der Begutachtung 2014 konnten in dieser Hinsicht deutliche Inkonsistenzen festgestellt werden. So nahm der Beschwerdeführer bei der orthopädischen Untersuchung im Stehen anfänglich eine Inklinationsstellung nach rechts ein. Als ihn der Untersucher aufforderte, diese Fehlstellung zu korrigieren, betonte der Beschwerdeführer, dass dies nicht möglich sei. Als sich Letzterer unbeobachtet fühlte, konnte jedoch festgestellt werden, dass die Wirbelsäulenstellung im Lot war (S. 21 Ziff. 4.2.3). Bei der neurologischen Untersuchung war die aktive HWS-Beweglichkeit deutlich eingeschränkt, wobei passiv liegend untersucht eine freie Beweglichkeit vorlag (S. 29 Ziff. 4.3.5). Auch beim Aus- und Anziehen waren keine Behinderungen sichtbar (S. 44 Ziff. 9). Ob diese Inkonsistenzen geeignet sind, eine Invalidität auszuschliessen, kann offen bleiben, zumal eine Indi-

katorenprüfung nach BGE 141 V 281 auf eine Überwindbarkeit der Schmerzstörung hinweist. Insbesondere sind die geltend gemachten Einschränkungen im Beruf und in den sonstigen Lebensbereichen nicht gleich ausgeprägt, wie das unter E. 3.5. hiervor dargelegte Aktivitätsausmass zeigt, und lassen auf eine nur leichte Ausprägung des Gesundheitsschadens schliessen, während die restlichen Indikatoren offensichtlich auf eine Überwindbarkeit der Einschränkungen deuten.

**3.7** Aufgrund des Dargelegten liegt ein Revisionsgrund vor. Der Beschwerdeführer war sodann im Zeitpunkt der Verfügung vom 31. Oktober 2016 (act. II A92) in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht mehr eingeschränkt. Die Vornahme eines Einkommensvergleichs erübrigt sich somit. Die Einstellung der Rente per 1. Dezember 2016 erfolgte demnach zu Recht und ist auch in zeitlicher Hinsicht nicht zu beanstanden. Die gegen den Einspracheentscheid vom 19. Juni 2016 (act. II A98) erhobene Beschwerde ist unbegründet und daher abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Verfahrenskosten sind keine zu erheben (Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. a ATSG).

**4.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 UVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

#### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden weder Verfahrenskosten erhoben noch eine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Zu eröffnen (R):

- Fürsprecher B. \_\_\_\_\_ z.H. des Beschwerdeführers
- AXA Versicherungen 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.