

FR_GERICHTE 605 2018 321 vom 20. November 2019

FR Kantonsgericht, 2019-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_321

FR: FR_GERICHTE 605 2018 321 du 20 novembre 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2018 321 del 20 novembre 2019

Regeste

Urteil des I. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerde vom 17. Dezember 2018 gegen den Einspracheentscheid der Suva vom 15. November 2018 ist fristgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Der Beschwerdeführer hat ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgericht, I. Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob die Suva zu Recht die Rente per 1. Februar 2013 aufgehoben hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2.1

Nach Art. 6 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) werden die Leistungen der Unfallversicherung bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt. Gemäss Art. 4 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier nach Art. 1 Abs. 1 UVG zur Anwendung kommt, gilt als Unfall 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.

E. 2.2

Zwischen dem Unfall und der Gesundheitsschädigung muss zuerst ein natürlicher Kausalzusammenhang bestehen. 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. 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 anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfielen. Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu

folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigt (Urteil BGer 8C_307/2016 vom 17. August 2016 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 138 V 218 E. 6). Weitere Abklärungen hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammenhangs können unterbleiben, wenn die adäquate Kausalität der organisch objektiv nicht ausgewiesenen Beschwerden ohnehin zu verneinen ist (Urteil 8C_42/2007 vom 14. April 2008 E. 2).

Kantonsgericht KG Seite 4 von 12

E. 2.3

Weiter muss zwischen dem Unfall und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang bestehen. Ein Ereignis hat 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). Lehre und Rechtsprechung lassen den sozialen Unfallversicherer für Schäden nur dann eintreten, wenn diese sowohl in einem natürlichen wie auch in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem schädigenden Ereignis stehen. Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu (BGE 129 V 177 E. 3.3 mit Hinweisen). Objektivierbar sind Untersuchungsergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind. Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht, das eine Adäquanzprüfung als nicht erforderlich erscheinen liesse. Auch aus dem Vorliegen von Schmerzen kann noch nicht auf organisch (hinreichend) nachweisbare Unfallfolgen geschlossen werden, weil sich die Feststellung von Schmerzen einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht. Von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen kann somit erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt wurden und die hierbei angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich anerkannt sind (Urteil BGer 8C_123/2018 vom 18. September 2018 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, nicht aber in diesem Sinne objektiv ausgewiesen, so ist bei der Beurteilung der Adäquanz vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzubeziehen. Hat die versicherte Person einen Unfall erlitten, welcher die Anwendung der Schleudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind die durch BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; sog. Psycho-Praxis), anzuwenden (Urteil BGer 8C_414/2017 vom 26. Februar 2018 E. 2.1 mit Hinweisen). Dabei sind – anders als nach der sogenannten Schleudertrauma-Praxis (BGE 134 V 109) – psychische Aspekte ausser Acht zu lassen (Urteil BGer 8C_390/2011 vom 10. August 2011 E. 5.2 mit Hinweisen).

E. 2.4

Ist der Versicherte infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid (Art. 8 ATSG), so hat er Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und

Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird gemäss Art. 17 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer

Kantonsgericht KG Seite 5 von 12 materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung (BGE 133 V 108, 130 V 71 E. 3.2.3). Die Rente ist insbesondere bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht. Letztes gilt auch, wenn die Adäquanz eines natürlichen Kausalzusammenhangs für die Zukunft aufgrund der im Zeitpunkt der Leistungsanpassung gegebenen Verhältnisse neu zu prüfen ist (Urteil BGer 8C_212/2017 vom 1. Februar 2018 E. 2.2.1 mit Hinweisen namentlich auf BGE 141 V 9 E. 2.3 und 6.1). Bei der Festlegung der zeitlichen Wirkung einer revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Rente im Bereich der Unfallversicherung ist es sachgerecht, auf den Verfügungszeitpunkt abzustellen, wenn feststeht, dass bereits an diesem Tag die Revisionsvoraussetzungen materiell erfüllt sind. Damit erfolgt die Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung auf den ersten Tag des Monats, welcher der Verfügung folgt (BGE 140 V 70 E. 4.2).

E. 2.6

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Auch Gutachten, welche der Unfallversicherer während des

Administrativverfahrens von seinen eigenen Ärzten einholt, sind beweistauglich, solange ihre Richtigkeit nicht durch konkrete Indizien erschüttert wird. Ebenso sind ärztliche Beurteilungen aufgrund der Akten nicht an sich unzuverlässig, wenn genügend Unterlagen von persönlichen Untersuchungen vorhanden sind (BGE 125 V 351 E. 3 mit Hinweisen). Auch unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte besteht kein förmlicher Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung. Eine solche ist indessen aber anzuordnen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4). Im Sozialversicherungsrecht besteht kein Rechtsgrundsatz, wonach die Verwaltung oder der Richter im Zweifelsfall zugunsten des Versicherten zu entscheiden hätte. Vielmehr haben die Versicherten die für die Beurteilung des Sachverhalts notwendigen Beweise im Rahmen des ihnen Zumutbaren zu erbringen, andernfalls sie die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen haben (BGE 126 V 319 E. 5a; ARV 1990 Nr. 12 S. 67).

E. 2.7

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) befand in seinem Urteil vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz (61838/10) über die EMRK-Konformität einer Observation, die im Auftrag eines (sozialen) Unfallversicherers durch einen Privatdetektiv erfolgt war, dass keine ausreichende gesetzliche Grundlage für eine Observation bestehe, weshalb Art. 8 EMRK (Recht auf Achtung des Privatlebens) verletzt sei. Hingegen verneinte er eine Verletzung von Art. 6 Ziff. 1 EMRK (Gebot eines fairen Verfahrens) durch die erfolgte Verwendung der

Observationsergebnisse (Urteil BGer 8C_235/2017 vom 23. November 2017 E. 4.2). Was die Verwendung des im Rahmen einer widerrechtlichen Observation gewonnenen Materials anbelangt, richtet sich diese allein nach schweizerischem Recht. Die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) ist grundsätzlich zulässig, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten öffentlichen und privaten Interessen würden diese überwiegen. Ferner ist mit Blick auf die gebotene Verfahrensfairness eine gegen Art. 8 EMRK verstossende Videoaufnahme verwertbar, solange aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung erfolgte Handlungen des Versicherten aufgezeichnet wurden, und ihm keine Falle gestellt worden war. Von einem absoluten Verwertungsverbot ist wohl immerhin insoweit auszugehen, als es um Beweismaterial geht, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen worden ist (vorerwähntes Urteil BGer 8C_235/2017 E. 4.4 mit Hinweisen, namentlich auf Urteil BGer 9C_806/2016, inzwischen publiziert als BGE 143 I 377).

E. 3

Juli 1995 anlässlich einer Besichtigung der Unfallstelle durch die Suva (Suva-Akten Nr. 5 f.) bzw. eines Telefonats vom 29. Januar 1998 (Suva-Akten Nr. 73). Der Beschwerdeführer selber gab die Fallhöhe am 10. Juli 1995 (Suva-Akten Nr. 7) mit zwei Metern an. Dieser Wert findet sich auch im Bericht des L. _____ vom 7. April 1995 (Suva-Akten Nr. 4), wo der Beschwerdeführer vom 31. März bis 5. April 1995 hospitalisiert gewesen war sowie im Bericht zur ambulanten neurologisch-neurochirurgischen Untersuchung im F. _____ vom 13. September 1995 (Suva-Akten Nr. 10). Es ist somit mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit von einer Sturzhöhe von maximal zwei Metern auszugehen. Dr. med. M._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie des N._____ ging in seinen Berichten bereits von falschen Grundlagen aus, da er z. B. am 13. Mai 2015 (Suva-Akten Nr. 267) sowie am 29. November 2016 (Suva-Akten Nr. 257) ein beim Unfall erlittenes schweres SHT sowie einen Sturz von einer Leiter erwähnte, was beides nicht korrekt ist. Gemäss dem Austrittsbericht vom 11. März 2014 (Suva-Akten Nr. 214, S. 139 f./862) nach Hospitalisation des Beschwerdeführers wegen seit drei Tagen bestehenden Drehschwindels war er beim Facharzt bereits wegen einer chronischen mittelschweren Mittelohrentzündung in Behandlung. Anlässlich der Hospitalisation wurde eine Perforation entdeckt. Der Grund für die am 4. November 2014 (Suva-Akten Nr. 266) vorgenommene Tympanoplastik war denn auch diese Mittelohrentzündung mit Perforation (otite chronique perforée), womit diese Problematik nicht im Zusammenhang zum Unfall von 1995 steht. Was das vom Facharzt ebenso notierte wahrscheinlich posttraumatische vestibuläre Defizit betrifft, lagen direkt nach dem Unfall eben gerade keine Hinweise auf eine Funktionsstörung des Innenohrs/Gleichgewichtsorgans vor (vgl. Bericht des L._____ vom 6. Juni 1995; Suva-Akten Nr. 2) bzw. konnten diese nicht objektiviert werden (vgl. Bericht vom 23. August 1996 von Dr. med.

Kantonsgericht KG Seite 11 von 12 O._____, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, Allergologie und klinische Immunologie sowie Arbeitsmedizin der Suva; Suva-Akten Nr. 31). Ferner wurde im Bericht zur interdisziplinären Schwindelsprechstunde im F._____ vom 15. Juni 2017 (Suva-Akten Nr. 282) festgehalten, aktuell bestehe eine normale peripher vestibuläre Funktion beidseits mit sekundär somatoformen Schwindel, wobei eine vollständige Untersuchung wegen fehlender Compliance des Beschwerdeführers nicht möglich war. Aus einem Zervikal- und Lumbal-MRI (vgl. Berichte vom 31. März 2016 [Suva-Akten Nr. 262] sowie vom 4. April 2016 [Suva-Akten Nr. 263] ergeben sich zwar leichte degenerative Beschwerden auf der Höhe C4-C5, C5-C6, L5-S1, diese stehen aber ebenfalls offensichtlich in keinem Kausalzusammenhang zum Unfall von 1995. Zudem waren diverse Untersuchungen ohne Befund (vgl. Bericht zum Schädel-MRI vom 3. Oktober 2016 [Suva-Akten Nr. 273], Bericht vom 19. Dezember 2016 von Dr. med. P._____, Facharzt für Neurologie [Suva-Akten Nr. 255], Bericht vom F._____ vom 12. April 2018 [Suva-Akten Nr. 282]). Was die Berichte der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. Q._____, Praktische Ärztin, vom

E. 3.1

Der Beschwerdeführer bringt vor, die Suva stütze sich für ihren Entscheid einzig auf die Unterlagen der IVB, darunter Observationsmaterialien. Für Observationen fehle es aber an einer gesetzlichen Grundlage, weshalb die von der IVB vorgenommene Observation nicht zulässig gewesen sei und das illegal beschaffte Beweismaterial nicht verwendet werden dürfe. Ferner sei die Observation nicht geeignet gewesen, die mit jeweils unterschiedlicher Intensität und äusserlich praktisch nicht wahrnehmbaren auftretenden sporadischen Gesundheitsstörungen zu überprüfen. Ferner habe er zusammen mit seiner Einsprache zahlreiche ärztliche Berichte aus dem Zeitraum November 2014 bis April 2018 der Suva zukommen lassen. Diese setzte sich mit jenen in ihrem Einspracheentscheid jedoch nicht auseinander. Zur Klärung der wahren Sachlage sei ein medizinisches Gutachten durch einen unabhängigen Experten anzuordnen.

E. 3.2

Im Moment der Rentenzusprache mit Verfügung vom 7. März 2001 ergab sich was folgt aus dem medizinischen Dossier. Gemäss einem Bericht zu einem MRI Schädel vom 19. September 1995 (Suva-Akten Nr. 11) lag ein SHT mit vollständiger Resorption der traumatischen Subarachnoidalblutung vor. Dr. med. D. _____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates der Suva, hielt anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 22. Oktober 1996 (Suva-Akten Nr. 38) fest, es falle die zunehmende Regression auf. Die vorgegebene Unsicherheit beim Gehen werde er als psychogen. Auf somatischer Ebene lägen mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Befunde vor, die behandlungsbedürftig seien oder eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Das Gehabe des Beschwerdeführers sei als gestörte Unfallverarbeitung mit Regression zu interpretieren. Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte in seinem für die Invalidenversicherung erstellten Gutachten vom 21. März 1997 (Suva-Akten Nr. 49), es bestehe ein

Kantonsgericht KG Seite 7 von 12 Status nach SHT, ein postcommotionelles Syndrom sowie eine reaktive Verstimmung. Letztere führe nicht zu einer nennenswerten Einschränkung der Erwerbsfähigkeit. Das F. _____ erklärte in dem für die Invalidenversicherung erstellten neurologisch-neuropsychologischen Gutachten vom 27. Juni 1997 (Suva-Akten Nr. 63), gemäss initialem Schädel-CT müsse von einem mittelschweren SHT mit Contusio cerebri mit postkontusionellem Syndrom ausgegangen werden. Die Untersuchung ergebe keine pathologischen somatischen Befunde, die eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge habe. Die vorliegende vollständige Arbeitsunfähigkeit sei bedingt durch Pseudodemenz und Apathie im Rahmen der reaktiven depressiven Verstimmung sowie durch die im Verlauf aufgetretene Regression. Der Beschwerdeführer wirke zeitweise sehr theatralisch und sei während der Untersuchung unkooperativ gewesen. Er fixiere sich völlig auf seine Beschwerden und sei dadurch in zunehmende Abhängigkeit von Fremdhilfe geraten, wobei sich diesbezüglich seine sozio-kulturelle Situation sicher begünstigend ausgewirkt habe. Als Diagnosen wurden ein SHT mit traumatischer Subarachnoidalblutung mit persistierenden Zervikozephalgien, Schwindel und Nausea und neurasthenischen Beschwerden sowie eine pathologische Traumaverarbeitung mit Pseudodemenz, reaktiver Depression und regressivem Verhalten festgehalten. Dr. med. G. _____, Facharzt für Chirurgie der Suva, bestätigte am 9. Februar 1999 (Suva-Akten Nr. 97) die Sichtweise von Dr. med. D. _____ und war ebenso der Ansicht, es lägen keine orthopädischen Folgen des Unfalls vor. Anlässlich der neurologischen Beurteilung für die Schätzung des Integritätsschadens berücksichtigte Dr. med. H. _____, praktischer Arzt der Suva, am 18. November 1999 (Suva-Akten Nr. 100) persistierende chronische Kopfschmerzen (andauernd, auch in Ruhe) nach Hinterhauptanprall ohne Schädelfraktur mit leichter Contusio cerebri, was einem Integritätsschaden von 10% entspreche. Ferner ging er aufgrund von mittelschweren kognitiven Einschränkungen infolge leichter Contusio cerebri, pathologischer Traumaverarbeitung mit Pseudodemenz, reaktiver Depression und regressivem Verhalten bei deutlichen Minderleistungen mehrerer Hirnfunktionen sowie deutlicher Wesensänderung mit Antriebs- und Affektstörungen von einem zusätzlichen Integritätsschaden von 50% aus. Auf dieser Grundlage wurde dem Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 1997 eine ganze Rente der Unfallversicherung (Invaliditätsgrad von 100%) zugesprochen.

E. 3.3

Für die rückwirkende Rentenaufhebung per 1. Februar 2013 mittels Verfügung vom 20. April 2018, bestätigt durch Einspracheentscheid vom 15. November 2018, stützte sich die Suva auf nachfolgende Unterlagen der IVB. Am 4. September 2013 untersuchte Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stellen Bern/Freiburg/Solothurn (nachfolgend: RAD), den Beschwerdeführer. Im dazugehörigen Bericht (Suva-Akten Nr. 215, S. 272 ff./862) wurden die Akten korrekt zusammengefasst. Die RAD-Ärztin diagnostizierte ein prolongiertes organisches Psychosyndrom nach SHT (postcommotionelles Syndrom; F07.2), eine dissoziative, historionische Verarbeitung des Unfalls mit Chronifizierung, Differentialdiagnose Verdeutlichung/Aggravation. Demgegenüber liege die schwere Pseudodemenz und Apathie im Rahmen einer Depression nicht mehr vor. Konsultationen beim Hausarzt hätten zuletzt noch 1–2 Mal pro Jahr stattgefunden, was für einen geringen Leidensdruck spreche. Für eine einfache Tätigkeit bestehe nach einem Arbeitstraining eine volle Arbeitsfähigkeit. Die Leistungsfähigkeit sei nach dieser Einarbeitung aufgrund der dissoziativen Störung noch zu ca. 20% eingeschränkt.

Kantonsgericht KG Seite 8 von 12 Nach Einsicht in die Observationsunterlagen erklärte die RAD-Ärztin am 24. April 2014 (Suva-Akten Nr. 215, S. 251 ff./862), aus den Videos ergebe sich ein deutlich anderes Bild als während der Untersuchungssituation. Der Beschwerdeführer bewege sich locker und ohne eine ersichtliche Einschränkung durch Schwindel oder Schmerzen in der Öffentlichkeit. Er freue sich an seinem Kind, zeige auch Freude und Interesse zusammen mit anderen Menschen. Entgegen seinen Angaben anlässlich der Untersuchung unternehme er mit dem Kind alleine Ausflüge, wobei er ausgeglichen, entspannt und geübt wirke. Er könne problemlos mit dem iPhone umgehen, lese und schreibe damit auch im Gehen. Er fahre auch alleine mit dem Kleinkind Zug. Der Antrieb sei unauffällig. Seine subjektiven Angaben seien deutlich diskrepant zu den Beobachtungen im Rahmen der Observierung. Er habe sich während der Untersuchung wie ein deutlich leidender, in sich gesunkener von Sorgen geplagter Mensch verhalten, habe regelmässig gestöhnt, sich langsam bewegt und angespannt, unruhig gewirkt mit Klagen über Freudlosigkeit und Antriebsarmut und habe beim Gehen wo immer möglich etwas berührt, als ob er Angst hätte sonst umzufallen. Unbeobachtet verhalte er sich völlig unauffällig und wirke zufrieden, ausgeglichen. Er habe einen unauffälligen, lockeren, federnden Gang ohne Anzeichen für eine Gangunsicherheit. Insgesamt könnten aufgrund des beobachteten, unauffälligen Verhaltens des Versicherten im Rahmen der Observierung die anlässlich der Untersuchung gestellten Diagnosen nicht mehr gestellt werden. Überdies nahm die Suva die Prüfung der Adäquanz mittels der sog. Psycho-Rechtsprechung vor und verneinte die Adäquanz der organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden zum Unfall.

E. 3.4

Zunächst ist festzuhalten, dass aus heutiger Sicht die damalige Rentenzusprechung durch die Suva erstaunt. So erfolgte diese namentlich aufgrund Pseudodemenz und Apathie im Rahmen der reaktiven depressiven Verstimmung sowie durch die im Verlauf aufgetretene Regression. Somatische Befunde konnten hingegen nicht erhoben werden. Darauf weist auch die RAD-Ärztin in ihrem Bericht vom 4. September 2013 hin. Von Interesse ist ferner, dass bereits 2002 der ehemalige Hausarzt, Dr. med. J. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Nephrologie, gewisse Zweifel an den Beschwerden des Beschwerdeführers hatte, wie seinem Bericht vom 26. April 2002 (Suva-Dossier Nr. 128)

zu Handen des neuen Hausarztes Dr. med. K. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zu entnehmen ist: "Je me suis d'ailleurs demandé à plusieurs reprises s'il souhaite vraiment aller mieux. Il est possible aussi qu'on le voit moins bien lors des consultations que dans la vie courante."

E. 3.5

Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass sich bereits aus dem ersten Bericht der RAD-Ärztin, somit vor ihrer Kenntnisnahme des Observationsmaterials, eine klare Verbesserung der Situation ergibt, da die RAD-Ärztin festhielt, die bei der Rentenzusprache vorhandene schwere Pseudodemenz und Apathie im Rahmen einer Depression liege nicht mehr vor und sie nach der Durchführung eines Arbeitstrainings von einer vollen Arbeitsfähigkeit mit einer um 20% reduzierten Leistungsfähigkeit ausging, demgegenüber bei der ursprünglichen Rentenzusprache von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden war. Was das gemäss dem Beschwerdeführer aus dem Recht zu weisende Observationsmaterial angeht, erkannte zwar das EGMR, wie erwähnt, im schweizerischen Sozialversicherungsrecht fehle es an einer genügenden gesetzlichen Grundlage für die Anordnung einer Observation. Dies bedeutet aber nicht automatisch, dass die Verwendung des im Rahmen einer widerrechtlichen

Kantonsgericht KG Seite 9 von 12 Observation gewonnenen Materials ausgeschlossen ist. Vielmehr ist die Verwertung des Materials grundsätzlich zulässig, ausser bei einer Abwägung der tangierten öffentlichen und privaten Interessen würden diese überwiegen. Dies ist vorliegend zu verneinen, da das erhebliche und gewichtige öffentliche Interesse an der Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs klar überwiegt. Ferner erfolgten die Aufnahmen nur im öffentlich frei einsehbaren Raum und der Beschwerdeführer nahm alle gefilmten Handlungen aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung vor. Die von der Rechtsprechung gesetzten Voraussetzungen für die Verwendung des Observationsmaterials sind damit gegeben, worauf die Suva bereits hingewiesen hat. Weiter argumentiert der Beschwerdeführer, die Videoaufnahmen seien zeitlich betrachtet nicht über einen längeren Zeitraum aufgenommen worden und deshalb nicht repräsentativ. Er habe sporadische Gesundheitsstörungen mit jeweils unterschiedlicher Intensität. So könne ein Mensch trotz Gleichgewichtsschwäche sich noch vorsichtig bewegen, was unter Umständen äusserlich nicht sichtbar sei und auch nicht gefilmt werden könne. Allgemein könnten die Symptome, an welchen er leide, in einer kurzen Zeitfrequenz nicht aussagekräftig observiert oder gefilmt werden. Dies überzeugt nicht. Der Beschwerdeführer ist auf den Videos regelmässig alleine oder alleine mit seinem Kleinkind unterwegs, wobei sich aus seinem Gangbild zu keinem Moment Hinweise auf eine Gangunsicherheit bzw. auf Schwindel ergeben. Er war z. T. auch zügig unterwegs, hatte oft beide Hände in den Hosensäcken, oder aber bediente während dem Gehen sein Mobiltelefon. Ein vorsichtiges Gehen aufgrund einer akuten Gleichgewichtsschwäche ist zu keiner Zeit erkennbar. Überdies zeigte er Freude über sein Kind, lachte auch mit einem Bekannten und war alleine in Restaurants anzutreffen. Anlässlich der RAD-Untersuchung gab er demgegenüber an, wenn er alleine sei, nehme er das Kind nie mit nach draussen. Die Stimmung sei immer schlecht, er sei traurig und fast neidisch, wenn er andere sehe, wenn sie mit ihren Familien etwas unternehmen würden und er immer zuhause bleiben müsse. Er könne sich nicht freuen. Ferner bewegte er sich bei der Untersuchung sehr langsam und stützte, wenn etwas zur Verfügung stand, leicht ab. Die Diskrepanzen zwischen den Feststellungen anlässlich der Observation sowie den Angaben anlässlich der Untersuchung durch die RAD-Ärztin

sind offensichtlich. Von Interesse ist, dass der Beschwerdeführer beim Abschlussgespräch bei der IVB vom 12. Januar 2015 (Suva-Akten Nr. 215; S. 243 ff./862) wiederum angab, er bleibe meist zu Hause. Manchmal gehe er spazieren. Er habe einmal probiert alleine zu gehen, hätte aus Angst vor Schwindelanfall nicht weit gehen können. Er habe keine Hobbies, er könne nicht zu seinem Kind schauen und gehe nicht mit diesem spazieren. Überdies kann nicht gehört werden, verdeckte Ermittlungen gegen eine Person gehörten klarerweise ausschliesslich in den Aufgabenbereich der Polizei und der Staatsanwaltschaft, weshalb die IVB bei Verdacht auf Versicherungsbetrug Anzeige bei der Staatsanwalt hätte machen müssen. So wurde im vorgenannten EGMR-Urteil einzig gerügt, dass keine genügenden versicherungsspezifischen Vorschriften betreffend die Bewilligung oder die Beaufsichtigung der Durchführung einer Observation existierten. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass in der Zwischenzeit die Staatsanwaltschaft des Kantons Bern, Region Bern-Mittelland, am 17. September 2019 Anklage gegen den Beschwerdeführer wegen versuchten Betrugs unter anderem wegen weiterem Erhalt einer IV-Rente der Invalidenversicherung und der Suva erhoben hat (Akten IVB, Dokument 161). Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren die Einstellung der Invalidenrente gestützt auf das Observationsmaterial sowie die RAD-Berichte bestätigte. In seinem Urteil vom 18. März 2016 (Suva-Akten Nr. 214; S. 40 ff./862) hielt es fest, gestützt auf die medizinischen Abklärungen liege keine physische Gesundheitsschädigung

Kantonsgericht KG Seite 10 von 12 vor. Die ursprüngliche Rentenzusprache habe gemäss den Feststellungen der Vorinstanz im Wesentlichen eine pathologische Traumaverarbeitung mit Pseudodemenz, reaktiver Depression und regressiven Verhalten zugrunde gelegen. Objektivierbare Funktionsausfälle hätten sich keine gefunden, ein Schädel-MRI vom 19. September 1995 sei völlig unauffällig ausgefallen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf weitere medizinische Abklärungen verzichtet werden durfte. Es bestehe Klarheit über die von der RAD-Ärztin (verdachtsweise) festgestellten Verdeutlichung/Aggravation, welche durch die Observationsergebnisse untermauert würden. Es lägen damit Ausschlussgründe vor, die die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten würden, weshalb von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente bestehe. Die Leistungseinstellung der Suva gestützt auf die Unterlagen der IVB ist somit nicht zu kritisieren. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers musste die Suva nicht zwingend eigene Untersuchungen vornehmen, um diese Ergebnisse der IVB zu bestätigen. Im Übrigen bestätigte der Beschwerdeführer in der Beschwerde selber eine deutliche Verbesserung der Situation im Vergleich zur Situation anlässlich der Rentenzusprache mit der Angabe, er habe sporadische Gesundheitsstörungen, die somit nur noch gelegentlich bzw. selten vorliegen.

E. 3.6

Zu keiner anderen Einschätzung führen die zahlreichen, zu einem grossen Teil bereits im Einspracheverfahren, vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichte. Zunächst ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer den Unfallfallhergang in seinen Darstellungen dramatisierte. So gab er anlässlich des vorerwähnten Abschlussgesprächs bei der IVB vom 12. Januar 2015 eine Fallhöhe von fünf Metern, bei der RAD-Ärztin sogar von acht Metern an. In der Beschwerde wiederum werden 3–3.5 Meter geltend gemacht. Jedoch kann keiner dieser Angaben mit den unfallnahen Unterlagen belegt werden. Vielmehr ergibt sich aus diesen eine Fallhöhe von "nur" 1.2–1.5 Metern gemäss den Angaben des Bauführers am

30. Juni 1995 bzw. am

E. 5

April 2018 (Suva-Akten Nr. 282) sowie vom 28. März 2019 (Beschwerdebeilage 6) angeht, verfügt diese offenbar nicht über den Facharztstitel in Psychiatrie. Ferner ging auch sie von falschen Grundlagen aus, da der Beschwerdeführer weder fünf Meter, wie dargestellt, gefallen war noch direkt nach dem Unfall während zwei Tagen im Koma gelegen hat. So war der Beschwerdeführer gemäss dem vorerwähnten Bericht des L. _____ vom 7. April 1995 bei Einlieferung einzig desorientiert entsprechend einem Glasgow Coma Scale Score von 14 (= leichte Bewusstseinsstörung). Bereits

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