

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00015

vom 4. April 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00015

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00015 du 4 avril 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00015 del 4 aprile 2019

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2017 sind die am 25. September 2015 beziehungsweise am 9. November 2016 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) und der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) in Kraft getreten.

Gemäss den allgemeinen übergangsrechtlichen Regeln sind der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, die in Geltung standen, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende und somit rechtserhebliche Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Dem entsprechend sehen die Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG vor, dass Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 2017 ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, nach bisherigem Recht gewährt werden (Absatz 1 der genannten Übergangsbestimmungen).

Der hier zu beurteilende Sachverhalt hat sich vor dem 31. Dezember 2016 verwirklicht, weshalb die bis zu jenem Zeitpunkt gültig gewesenen Normen auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles zu mindestens 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

E. 1.3

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).

Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente (zum massgeblichen Vergleichszeitpunkt vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4), die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente 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 auf grund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung.

Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 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 (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen und E. 6.1). Entsprechend ist gegebenenfalls nicht nur der natürliche Kausalzusammenhang, sondern auch dessen Adäquanz für die Zukunft neu zu prüfen, wobei die im Zeitpunkt der erwogenen revisionsweisen Leistungsanpassung gegebenen tatsächlichen Verhältnisse massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_248/2017 vom 24. Mai 2018 E. 3.3 mit Hinweisen). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – sofern Anhaltspunkte für eine Veränderung der erwerblichen Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung bestehen – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.3.1 und E. 5.4).

E. 1.4.1

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise 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 andern Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.4.2

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. 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, 402 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a).

Bei objektiv ausgewiesenen organischen Unfallfolgen deckt sich die adäquate, das heisst rechtserhebliche Kausalität weitgehend mit der natürlichen Kausalität; die Adäquanz hat hier gegenüber dem natürlichen Kausalzusammenhang praktisch keine selbständige Bedeutung (BGE 134 V 109 E. 2.1) . 1 .4.3

Die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und der infolge eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule auch nach Ablauf einer gewissen Zeit nach dem Unfall weiterbestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf organisch nachweisbare Funktionsausfälle zurückzuführen sind, hat nach der in BGE 117 V 359 begründeten Rechtsprechung des Bundesgerichts in analoger Anwendung der Methode zu erfolgen, wie sie für psychische Störungen nach einem Unfall entwickelt worden ist (vgl. BGE 123 V 98 E. 3b, 122 V 415 E. 2c). Es ist im Einzelfall zu verlangen, dass dem Unfall eine massgebende Bedeutung für die Entstehung der Arbeitsbeziehungsweise der Erwerbsunfähigkeit zukommt. Das trifft dann zu, wenn er eine gewisse Schwere aufweist oder mit anderen Worten ernsthaft ins Gewicht fällt. Demnach ist zunächst zu ermitteln, ob der Unfall als leicht oder als schwer zu betrachten ist oder ob er dem mittleren Bereich angehört. Auch hier ist der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und gesundheitlicher Beeinträchtigung bei leichten Unfällen in der Regel ohne Weiteres zu verneinen und bei schweren Unfällen ohne Weiteres zu bejahen, wogegen bei Unfällen des mittleren Bereichs weitere Kriterien in die Beurteilung mit einzu beziehen sind. Je nachdem, wo im mittleren Bereich der Unfall einzuordnen ist und abhängig davon, ob einzelne dieser Kriterien in besonders ausgeprägter Weise erfüllt sind, genügt zur Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs ein Kriterium oder müssen mehrere herangezogen werden.

Als Kriterien nennt die Rechtsprechung hier: - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalles; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen.

Diese Aufzählung ist abschliessend. Anders als bei den Kriterien, die das Bundesgericht in seiner oben zitierten Rechtsprechung (BGE 115 V 133) für die Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall und einer psychischen Fehlentwicklung für relevant erachtet hat, wird bei der Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen einem Unfall mit Schleudertrauma der Halswirbelsäule und den in der Folge eingetretenen Beschwerden auf eine Differenzierung zwischen physischen und psychischen Komponenten verzichtet, da es bei Vorliegen eines solchen Traumas nicht entscheidend ist, ob Beschwerden medizinisch eher als organischer und/oder psychischer Natur bezeichnet werden (BGE 134 V 109; RKUV 2001 Nr. U 442 S. 544 ff., 1999 Nr. U 341 S. 409 E. 3b, 1998 Nr. U 272 S. 173 E. 4a; BGE 117 V 359 E. 5d/ aa und 367 E. 6a).

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 15. Januar 2018 (Urk. 1) Beschwerde erheben und beantragen, der Entscheid der Beschwerdegegnerin sei aufzuheben und es seien ihm weiterhin die Versicherungsleistung auszurichten. Mit Beschwerdeantwort vom 15. Februar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 19. Februar 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren angefochtenen Entscheid (Urk. 2) zusammengefasst damit, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der Rentenzusprache im Jahr 2004 im Sinne einer Besserung verändert. Infolgedessen sei ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG ausgewiesen. Gestützt auf das beweiskräftige polydisziplinäre Gutachten vom 30. Oktober 2016 sei festzustellen, dass unfallkausale Gesundheitsschäden nicht länger ausgewiesen seien. Daher belaufe sich der Invaliditätsgrad neu auf 0 %, weshalb ein weiterer Anspruch auf Leistungen aus Unfallversicherung entfielen. Die verfügte Renten aufhebung erweise sich damit als rechtens. Da die ursprüngliche Rentenzusprache zweifellos unrichtig gewesen sei (es sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgegangen worden, obschon gemäss gutachterlicher Einschätzung lediglich 25 % unfallkausal gewesen seien), könne die angefochtene Verfügung ausserdem mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung geschützt werden.

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen (Urk. 1) geltend, die ursprüngliche Rentenzusprache beruhe auf einem Vergleich zwischen den Parteien und könne daher nur unter qualifizierten Voraussetzungen abgeändert werden. Im Gutachten vom 30. Oktober 2016 werde eine unzulässige Neubeurteilung eines gleichgebliebenen Sachverhaltes vorgenommen. Die Gutachter hätten darin festgestellt, dass bereits ursprünglich kein Kausalzusammenhang zum Unfallereignis aus dem Jahr 2000 bestanden habe und würden einen solchen weiterhin verneinen. Es sei daher zu keiner Änderung des rechtserheblichen Sachverhaltes gekommen. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes werde dadurch nicht ausgewiesen, kämen die Gutachter doch zum Schluss, es habe bereits

bei der ursprünglichen Rentenzusprache kein invalidisierender Gesundheitsschaden bestanden. Wo «nichts» vorliege, könne auch keine Verbesserung eintreten. Ein Wiedererwägungsgrund liege ebenfalls nicht vor, da die auf einem einvernehmlichen Vergleich beruhende Rentenzusprache nicht offensichtlich unrichtig erfolgt sei.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachstehenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

E. 3.1

Die sachverhaltsrelevante (medizinische) Aktenlage im Zeitpunkt der Rentenzusprache am 29. September 2004 (Urk. 7/119) präsentierte sich wie folgt:

E. 3.1.1

Am 27. Januar 2004 wurde der Beschwerdeführer durch Ärzte des Begutachtungsinstituts Z. ___ untersucht und hierüber am 14. Juli 2004 ein Gutachten erstattet (Urk. 7/109).

Die Ärzte berichteten, anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer geklagt, er leide hauptsächlich an Kopfschmerzen und Ohrgeräuschen im linken Ohr, welche seine Konzentration beeinträchtigen würden. Seit zwei Monaten leide er zudem unter Schulterschmerzen auf der linken Seite und aufgrund der Schmerzen unter Depressionen (Urk. 7/109 S. 7). Nach dem Unfall seien zunächst Nackenschmerzen aufgetreten und nach zwei Wochen auch ein Pfeifen in den Ohren. Die Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich hätten nur langsam wie der abgenommen (Urk. 7/109 S. 10). Die Kopfschmerzen bestünden permanent und äusserten sich auch in einer Licht- und Lärmüberempfindlichkeit sowie gelegentlichen Gleichgewichtsstörungen. Ausserdem sei er seit dem Unfall impo tent. Nachmittags würden jeweils Depressionen und Konzentrationsstörungen auftreten (Urk. 7/109 S. 11).

Der neurologische Gutachter hielt fest, es könne eine leichte Klopfdolenz okzipital festgestellt werden. Das Gehör erscheine mit Ausnahme des geklagten Tinnitus in Ordnung. Im Bereich der Halswirbelsäule bestehe eine leichte Streckhaltung und im kraniozervikalen Übergang sowie paravertebral eine Druckdolenz . Ausserdem äussere der Beschwerdeführer Schmerzen bei Rotation und Flexion der Halswirbelsäule (Urk. 7/109 S. 15 f.). Der psychiatrische Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer habe zu Beginn des Untersuchungsgesprächs Mühe mit der Konzentration gezeigt, was sich aber nach einigen Minuten gebessert habe. Während des Gesprächs seien die Gedanken des Beschwerdeführers stets darum gekreist, dass er durch den Unfall seinen Status als Familienoberhaupt verloren habe. Die Stimmung sei depressiv gewesen. Der Beschwerdeführer beschreibe Kopfschmerzen und einen Tinnitus sowie eine verminderte Belastbarkeit, innere Unruhe und eine Nervosität. Er erscheine bewusstseinsklar, allseits orientiert und mit intakter Wahrnehmung. Das Denken sei formal unauffällig, inhaltlich jedoch depressiv eingengt. Es bestünden weder Wahn noch Sinnestäuschungen oder Halluzinationen. Der Affekt sei gut und sowohl Mimik als auch Gestik präsentierten sich unauffällig (Urk. 7/109 S. 20).

Die Ärzte diagnostizierten eine Halswirbelsäulen-Distorsion mit einem Zervikal syndrom und muskulärer Dysbalance im Nacken- und Schultergürtel sowie leichten kognitiven Defiziten; zudem eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (Urk. 7/109 S.

22), welchen sie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beimessen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie des Weiteren ein beginnendes metabolisches Syndrom mit Adipositas, Hypertonie und einem kontrollbedürftigen Blutzuckerwert fest (Urk. 7/109 S. 23). Die Ärzte kamen zum Schluss, aufgrund der Schmerzen in der Schulter- und Nackenpartie dürfe diese nicht mehr übermässig belastet werden. Da die Tätigkeit als Pizzaiolo genau diese Partie belaste, bestehe in dieser (ange stammten) Tätigkeit noch eine Restarbeitsfähigkeit von nur noch 30 %. Eine adaptierte Tätigkeit mit leichter bis mittelschwerer, wechselbelastender Tätigkeit ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 kg, vereinzelt über 10 kg ohne Zwangshaltung und ohne Überkopparbeiten und Belastung des Schultergürtels sei aus somatischer Sicht zu 75 % zumutbar. Diese Einschränkung bestehe, da der Pausenbedarf über eine reine Wechselbelastung hinausgehe. Die Einschränkung aus psychiatrischer Sicht betrage 50 %, wobei die unfallkausale Einschränkung lediglich 25 % betrage. Die andere Hälfte bestehe vor dem Hintergrund einer vorbestehenden Persönlichkeitsstruktur. Die Einschränkung in psychiatrischer Hinsicht addiere sich nicht zu jener aus somatischer Sicht, da der Beschwerdeführer den vermehrt erforderlichen Pausenbedarf in beiderlei Hinsicht nutzen könne. Seit dem Unfallereignis bestehe demnach eine (unfallkausale) Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 7/109 S. 24 f.).

E. 3.1.2

Im Erledigungsvorschlag vom 16. September 2004 (Urk. 7/117) respektive der Verfügung vom 29. September 2004 (Urk. 7/119) wurde davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. Im Einkommensvergleich wurde der als Pizzaiolo erzielte Erwerb als Valideneinkommen und ein statistischer Tabellenlohn gemäss LSE als Invalideneinkommen herangezogen. Zudem wurde ein Leidensabzug aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs gewährt. Der Erledigungsvorschlag kam zum Schluss, insgesamt resultiere daraus ein Invaliditätsgrad von 70 %.

E. 3.2

Das im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens eingeholte Gutachten des Z.____ vom 30. Oktober 2016 (Urk. 7/195/1) äusserte sich zur gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers wie folgt:

E. 3.2.1

Der Beschwerdeführer beklage vor allem psychische Probleme. Im Alltag sei er nervös und depressiv. Es gehe ihm psychisch jedoch besser als nach dem Unfall, so habe er etwa kaum noch Selbstmordgedanken und er habe gelernt seine Beschwerden zu akzeptieren. Seit einigen Jahren führe er Selbstgespräche mit seinem toten Vater. An den Inhalt der Gespräche könne er sich im Nachhinein jeweils nicht erinnern. Oft sitze er nachts auf dem Balkon und wisse nicht, wo er sei. Wenn seine Frau ihn dann anspreche, gehe er zurück ins Bett. Daneben leide er unter einem Tinnitus (mehrheitlich links, weniger auch rechts) und Schmerzen im rechten Nacken. Die Schmerzen seien nach dem Unfall massiv gewesen, inzwischen habe er sich jedoch daran gewöhnt. Den Kopf könne er aufgrund der verhärteten Nackenmuskulatur nur eingeschränkt zur Seite drehen und es bestün den immer noch beinahe konstant, mindestens alle zwei bis drei Tage, Kopf schmerzen. Manchmal sei der Kopfschmerz von Übelkeit begleitet. Zudem sei er stets licht- und lärmempfindlich. Die Kopfschmerzen behandle er mit Analgetika. Manchmal gehe er zur Beruhigung des

Kopfschmerzes spazieren oder er höre Musik, wobei letzteres auch den Tinnitus beruhige. Er könne sich nicht konzentrieren und schlafe schlecht, insbesondere aufgrund des Tinnitus. Daher fühle er sich kraft- und energielos. Ausserdem müsse er seinen Blutzucker behandeln. Somatisch gehe es ihm seiner Einschätzung nach mehr oder weniger gut, die psychischen Probleme mit den erwähnten Schlafstörungen würden ihn jedoch weiterhin einschränken (Urk. 7/195/1 S. 10, S. 13, S. 20, S. 25 f.).

E. 3.2.2

In der psychiatrischen Exploration habe eine etwas herabgesetzte, gelegentlich leicht depressive Stimmung beobachtet werden können. Psychomotorik und Antrieb hätten sich unauffällig präsentiert. Der affektive Kontakt sei gut gewesen. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass ihm das Leben gelegentlich verleide; sich aber von Suizidgedanken und –impulsen distanziert. Er habe einen wachen Eindruck vermittelt und sei bewusstseinsklar und voll orientiert gewesen. Eine Konzentrationsschwäche habe nicht festgestellt werden können und die Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung seien intakt gewesen. Das Denken sei nicht einengt gewesen. Es hätten keine Anhaltspunkte für Wahn, illusionäre Verkennungen oder Halluzinationen gegeben und es habe ein guter Bezug zur Realität bestanden. Ebenso wenig bestünden Hinweise auf Zwänge, Ängste oder Phobien. Die Stimmung und der Antrieb seien gemäss den Schilderungen des Beschwerdeführers im Laufe des Tages gleichbleibend (Urk. 7/195/1 S. 15 f.).

Der psychiatrische Fachgutachter kam zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode vorliege. Im Rahmen der Untersuchung habe gelegentlich eine leichte depressive Verstimmung festgestellt werden können. Die erwähnten Selbstgespräche mit dem verstorbenen Vater seien nicht Ausdruck einer schizophrenen Störung, hierzu würden die notwendigen Grundsymptome wie Halluzinationen, Affektverflachung und Denkstörungen fehlen. Der Beschwerdeführer hadere mit seinem Schicksal und zeige ein depressives Zustandsbild, weshalb er in den Begegnungen mit seinem verstorbenen Vater Trost und Unterstützung suche. Eine somatoforme Schmerzstörung oder eine Schmerzverarbeitungsstörung liege ebenfalls nicht vor; obschon die somatischen Beschwerden nicht objektivierbar seien, habe im Laufe der Jahre keine Symptomausweitung stattgefunden und der Beschwerdeführer befinde sich kaum in physiotherapeutischer Behandlung (Urk. 7/195/1 S. 16). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (Urk. 7/195/1 S. 17).

Bei der Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde sei lediglich eine leichte depressive Verstimmung feststellbar, wodurch die Lebensfreude des Beschwerdeführers beeinträchtigt sei. Weiter zeigten sich eine leichte Schlafstörung und ein leichter sozialer Rückzug. Die psychosoziale Entwicklung des Beschwerdeführers sei unauffällig und er habe mehrere Jahre in der freien Wirtschaft gute Leistungen erbracht. Aufgrund der Depression sei er im Alltag leichtgradig beeinträchtigt; die Umsetzung der Ressourcen sei nur geringgradig eingeschränkt. Ressourcen bestünden jedoch nur wenige; der Beschwerdeführer sei 61 Jahre alt, gehe seit Jahren keiner Berufstätigkeit mehr nach und verfüge über keine anerkannte, qualifizierte Ausbildung. Zu seinen Familienangehörigen bestehe eine sehr gute Beziehung. Die Kommunikationsfähigkeit werde durch die Depression geringgradig eingeschränkt. Seit Jahren bestehe keine Motivation, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Die bisherige Therapie sei lege artis erfolgt, wobei der aktuelle Blutspiegel einen zu tiefen Wert der verordneten Psychopharmaka zeige. Die therapeutischen Optionen würde er ansonsten wahrnehmen. In der psychiatrischen

Untersuchung seien keine Diskrepanzen aufgefallen. Den Alltag verbringe der Beschwerdeführer eher passiv, wobei er kaum durch psychopathologische Symptome beeinträchtigt werde. Er helfe seiner Frau im Haushalt und gehe regelmässig spazieren. Zu seinen Familienangehörigen bestehe eine gute Beziehung. Bis vor kurzem habe er auch regelmässig Fussballspiele seines Sohnes besucht. Aufgrund der genannten Aktivitäten sei es nicht nachzuvollziehen, weshalb sich der Beschwerdeführer überhaupt nicht für arbeitsfähig halte. Mit Ausnahme der Aufgabe der Berufstätigkeit habe sich das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert (Urk. 7/195/1 S. 18 ff.).

E. 3.2.3

Anlässlich der orthopädischen Untersuchung hätten sich moderate pathologische Befunde an der Halswirbelsäule im Sinne einer degenerativen Veränderung gezeigt. Die paravertebrale Muskulatur sei durchschnittlich entwickelt und es bestehe kein Hartspann. In fokussierter Situation zeige der Beschwerdeführer eine stark verlangsamte Kopffrotation mit einer Einschränkung in beide Richtungen um mindestens die Hälfte unter Verweis auf beidseitige Nackenbeschwerden. Bei gleichzeitiger Ablenkung könne beidseits eine rasche Kopfbewegung bis in die Endposition beobachtet werden, ohne dass Schmerzen angegeben würden. Im Liegen sei keine Verspannung der Nackenmuskulatur tastbar; auf Nachfrage äussere der Beschwerdeführer jedoch eine beidseitige diffuse Druckdolenz ohne Seitenpräferenz. Der Lasègue-Test sei auf 30 ° limitiert und es bestehe eine heftige muskuläre Abwehrspannung. Es bestehe eine starke Verspannung des Oberkörpers und der Beine bei wahrscheinlich deutlich verkürzter ischiokruraler Muskulatur. An den Schultern bestehe kein erkennbarer Bewegungsschmerz und keine erkennbare Druckdolenz. In der Röntgenaufnahme vom 15. August 2016 sei ein korrektes Alignment der Wirbelkörper mit moderaten osteochondrotischen Veränderungen von HWK3/4 bis HWK6/7, akzentuiert in den HWK5/6 und HWK6/7 erkennbar. Es bestünden eine leichte Seitneigung des Kopfes nach rechts, moderate unkarthrotische Veränderungen sowie Ossikel am ersten kostovertebralen Gelenk rechts, was am ehesten einem nicht fusionierten Knochenkern entspreche (Urk. 7/195/1 S. 20 ff., S. 23).

Im Zusammenhang mit dem Unfallereignis aus dem Jahr 2000 könne keine orthopädische Diagnose gestellt werden. Unabhängig vom erwähnten Unfallereignis (aber mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) bestehe ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom bei moderater degenerativer Veränderung der unteren Halswirbelsäule (Urk. 7/195/1 S. 22).

Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass heute im Grundsatz ein vergleichbares Zustandsbild wie nach dem Unfall bestehe. Damals habe er jedoch die Beschwerden stärker wahrgenommen und sich über die Jahre nun daran gewöhnt. Heute bestehe insbesondere immer noch eine eingeschränkte Beweglichkeit des Kopfes, wobei Autofahren jedoch möglich sei. Eine spezifische Behandlung, mit Ausnahme neurologischer Kontrolluntersuchungen, finde nicht statt. In der körperlichen Untersuchung könne zwar festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer eher etwas dekonditioniert wirke, ansonsten aber keine Auffälligkeiten am Bewegungsapparat bestünden. Zwar präsentiere sich die dorsale Oberschenkelmuskulatur verkürzt und die paravertebrale Muskulatur sei eher unterentwickelt, was die Haltungsinsuffizienz erkläre. Die früher postulierte Streckhaltung der Wirbelsäule könne klinisch jedoch ausgeschlossen werden. Die eingeschränkte Kopfbeweglichkeit bei Rotation sei im Rahmen einer Selbstlimitierung zu werten, da der Beschwerdeführer diese unter Ablenkung bis in die

Endposition und ohne Schmerzangabe ausführen könne. Die in der Vergangenheit als chronisch vorliegend bezeichnete Verhärtung der Nackenmuskulatur lasse sich nun nicht mehr feststellen. Die in den Röntgenaufnahmen ersichtlichen Osteochondrosen und Unkarthrosen hätten sich über die Jahre natürlich entwickelt und stünden nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfallereignis. Aus orthopädischer Sicht seien keine Residuen des Ereignisses vom 24. November 2000 objektivierbar. Aufgrund der degenerativen Veränderungen sei der Beschwerdeführer vermindert belastungsfähig, weshalb die frühere Tätigkeit als Pizzaiolo mutmasslich nicht mehr zumutbar sei. In einer adaptierten Tätigkeit (leicht bis mittelschwer belastend bis maximal 5 kg, ausnahmsweise bis 10 kg, ohne Zwangshaltung des Kopfes und ohne repetitive Überkopfbewegung) bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/195/1 S. 22 ff.).

E. 3.2.4

Im Rahmen der neurologischen Untersuchung zeige der Beschwerdeführer bei der aktiven Rotation eine Einschränkung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit. Bei der Prüfung der passiven Beweglichkeit sei es zu Gegenhalten mit stark wechselndem Bewegungsumfang gekommen. Bei unauffälliger Beobachtung zeige er jedoch flüssige Bewegungen des Kopfes ohne erkennbare Einschränkungen, wobei das Bewegungsausmass deutlich über die in der fokussierten Untersuchung gezeigten Einschränkungen hinausgehe. Weiter sei das Gehör auf der linken Seite leicht vermindert. Die muskuläre Trophik der Extremitäten präsentiere sich symmetrisch normal. Bei der Kraft an denselben gebe der Beschwerdeführer ruckartig nach. In der Feinmotorik zeige sich eine allseits wechselnd ausgeprägte Verlangsamung; unter Ablenkung jedoch rasche und geschickte Bewegungen an allen Extremitäten ohne erkennbare Einschränkung. Der Lasègue-Test sei beidseits negativ gewesen. Für die gesamte linke Körperhälfte gebe der Beschwerdeführer eine verminderte Sensibilität an. Im Romberg-Test habe der Beschwerdeführer stark geschwankt, was sich unter Ablenkung aber stabilisiert habe (Urk. 7/195/1 S. 27).

Der neurologische Fachgutachter stellte die Diagnosen eines episodischen Spannungskopfschmerzes, eines beidseitigen Tinnitus und eines Status nach HWS-Distorsion im Jahr 2000 (Urk. 7/195/1 S. 27).

Der Beschwerdeführer habe in der Exploration über im Vordergrund stehende psychische Probleme berichtet; körperlich fühle er sich mehr oder weniger gut. Er beschreibe intermittierend auftretende Kopfschmerzen, welche als Spannungskopfschmerz zu werten seien, sowie einen beidseitigen Tinnitus. Der Kopfschmerz sei mit Analgetika gut therapierbar. In der klinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer eine mittelschwere Einschränkung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit gezeigt, wobei aber bei unauffälliger Beobachtung eine flüssige Kopfbewegung ohne Einschränkung zu sehen sei. Auch die gezeigte Verlangsamung der Feinmotorik lasse sich bei unauffälliger Beobachtung nicht reproduzieren. Ebenso zeige der Beschwerdeführer in der Untersuchung eine Unsicherheit der Gleichgewichtsfunktionen, sei aber danach in der Lage, seine Hosen stehend anzuziehen. In der klinisch-neurologischen Untersuchung seien keine relevanten pathologischen Befunde festzustellen, welche auf eine organische Ursache der Beschwerden schliessen liessen. Vielmehr würden sich Widersprüchlichkeiten im Sinne eines demonstrativen Verhaltens zeigen. Der Beschwerdeführer werde nicht eingeschränkt durch ein neurologisches Leiden; es bestünden keine neurologischen Diagnosen mit Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit. Bis anhin sei ein erhebliches zervikales Syndrom beschrieben worden. Ein solches sei nun nicht mehr feststellbar. Weiter seien die Kopf- und

Nackenschmerzen nicht mehr andauernd. Die vormals beschriebene mittelschwere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aktuell nicht mehr reproduzieren. Gegenüber der Begutachtung im Jahr 2004 ergebe sich somit eine wesentliche Veränderung. Wann diese Veränderung ein getreten sei, sei unklar, weshalb spätestens ab dem Gutachtenszeitpunkt die neue Beurteilung gelte. Anderslautende medizinische Einschätzungen, welche dem Beschwerdeführer – unter Bezugnahme auf die lediglich anamnestisch geschilderten Beschwerden – eine Arbeitsfähigkeit von 20 – 30 % attestierten, seien unter Berücksichtigung der aktuellen Befunde nicht nachvollziehbar (Urk. 7/195/1 S. 27 ff.).

E. 3.2.5

Das neuropsychologische Testprofil habe in sämtlichen durchgeführten Bereichen deutlich ungenügende Leistungen gezeigt. Lediglich dreimal sei ein genügendes Resultat erzielt worden, wovon zweimal erst nach einem Hinweis auf die deutlich ungenügende Arbeitsweise. Das neuropsychologische Testprofil müsse daher als nicht valide gewertet werden. Das Screeningverfahren zur Validität weise auf Verdeutlichungstendenzen hin (Urk. 7/195/1 S. 32).

E. 3.2.6

Allgemeininternistisch sei beim Beschwerdeführer ein metabolisches Syndrom bei Übergewicht, arterieller Hypertonie und einem Diabetes Mellitus festzustellen, welches aber keinen Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 7/195/1 S. 12 f.).

E. 3.2.7

In der Gesamtschau schlossen die Gutachter, beim Beschwerdeführer liege ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, vor, welche seine Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten. Ohne Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit bestehe zudem ein metabolisches Syndrom, ein episodischer Spannungskopfschmerz, ein beidseitiger Tinnitus und ein Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion am 24. November 2000 (Urk. 7/195/1 S. 32 f.). Dem Beschwerdeführer sei eine leichte bis selten mittelschwere, adaptierte Tätigkeit zu 80 % zumutbar. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden unter Berücksichtigung eines erhöhten Pausenbedarfs und einem leicht reduzierten Rendement. In einer schweren oder andauernd mittelschweren nicht adaptierten Tätigkeit – wie es mutmassliche jene eines Pizzaiolo sei – bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 %. Diese Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit gelte spätestens ab August 2016. Früher habe sich offensichtlich sowohl aus psychiatrischer als auch aus neurologischer Sicht ein gravierenderes Bild gezeigt, welches heute aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht mehr oder nur noch teilweise zu bestätigen sei (Urk. 7/195/1 S. 34).

Die heute vorliegenden, gering ausgeprägten Befunde in orthopädischer und psychiatrischer Sicht seien nicht mehr unfallkausal zuzuordnen (Urk. 7/195/1 S. 34). Die aktuellen klinischen und bildgebenden Befunde würden keinen Hinweis auf eine unfallkausale Beeinträchtigung am Bewegungsapparat mehr ergeben. Die objektivierbaren pathologischen Befunde seien überwiegend wahrscheinlich aus schliesslich auf die leichtgradigen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule zurückzuführen. Die vormals diagnostizierte Anpassungsstörung habe sich auf eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode reduziert. Die aktuellen Beschwerden (chronisches zervikales Schmerzsyndrom, episodischer Spannungskopfschmerz, Tinnitus)

würden im Laufe des Lebens auch in der Normalbevölkerung in Erscheinung treten. Da keine traumatischen Veränderungen objektivierbar seien, seien die Beschwerden nicht mit ausreichender Zuverlässigkeit auf das Unfallereignis zurückzuführen (Urk. 7/195/1 S. 36 f.). Der status quo sine sei vermutlich bereits im Jahr 2001 eingetreten, spätestens aber im Zeitpunkt der aktuellen Gutachtenserstellung erreicht gewesen, da nun keine Hinweise auf pathologische Befunde mehr bestünden (Urk. 7/195/1 S. 38). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei unfallkausal nicht mehr zu begründen (Urk. 7/195/1 S. 39).

E. 4.1

Vorab ist zu prüfen, ob das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 30. Oktober 2016 (E. 3.2) verwertbar ist und in beweisrechtlicher Hinsicht darauf abgestellt werden kann.

Das Gutachten basiert auf umfassenden psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen, neuropsychologischen und internistischen Abklärungen. Es wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (vgl. Urk. 7/195/1 S. 4 ff.). Der Beschwerdeführer konnte seine Beschwerden vor den Gutachtern eingehend schildern und wurde von diesen jeweils – soweit fachspezifisch erforderlich – detailliert befragt (vgl. Urk. 7/195/1 S. 10, S. 13, S. 20, S. 25, S. 29). Die geklagten Leiden wie die objektiven Befunde fanden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden. Ausserdem erfolgte eine ausführliche Auseinandersetzung mit den vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen. Mithin erfüllt das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweistaugliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.5), weshalb darauf abzustellen ist.

E. 4.2

Sodann ist zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt, welcher die Beschwerdegegnerin zur Überprüfung des Leistungsanspruchs berechtigte. Ob eine revisionsrechtlich relevante Änderung eingetreten ist, ergibt sich aus dem Vergleich des Sachverhalts wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Leistungszusprache am 29. September 2004 (Urk. 7/119) bestand, da in diesem Rahmen letztmals eine vollständige Überprüfung des Anspruchs erfolgte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013), mit demjenigen, welcher dem hier angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) zugrunde liegt (vgl. E. 1.3).

Die Verfügung vom 29. September 2004 (Urk. 7/119) beruht auf dem Erledigungsvorschlag vom 16. September 2004 (Urk. 7/117) und der Einverständniserklärung (ohne Vorbehalte) des Beschwerdeführers vom 24. September 2004 (Urk. 7/118). Der Erledigungsvorschlag enthält keine eigenen Ausführungen zur Gesundheitssituation des Beschwerdeführers, sondern verweist hierzu auf die gutachterliche Einschätzung des Z.____. Gemäss derselben lagen beim Beschwerdeführer damals eine HWS-Distorsion mit Zervikalsyndrom und muskulärer Dysbalancierung im Nacken- und Schultergürtel, leichte kognitive Defizite sowie eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie zudem ein beginnendes metabolisches Syndrom auf (E. 3.1.1). Demgegenüber diagnostizierten die Gutachter des Z.____ im Jahr 2016 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom und eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig leichte Episode) und führten ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein metabolisches Syndrom, Spannungskopfschmerz und Tinnitus auf (E. 3.2.7).

In der Begutachtung im Jahr 2004 klagte der Beschwerdeführer insbesondere über Kopfschmerzen und einen Tinnitus im linken Ohr; die anfänglichen Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich hätten langsam wieder abgenommen und nach mittags würden Depressionen und Konzentrationsstörungen auftreten (E. 3.1.1). In der Begutachtung im Jahr 2016 standen für den Beschwerdeführer die psychischen Probleme im Vordergrund mit Depression und Nervosität im Alltag. Darüber hinaus beklagte er einen Tinnitus und Schmerzen im Nacken, aufgrund derer er den Kopf nur eingeschränkt bewegen könne. Weiter bestünden ein Kopfschmerz und Konzentrations- sowie Schlafstörungen. Es gehe ihm somatisch jedoch mehr oder weniger gut (E. 3.2.1). Während im Jahr 2004 demnach die somatischen Beschwerden überwogen, beklagte der Beschwerdeführer 2016 nun mehr insbesondere psychische Beschwerden; hinsichtlich der somatischen Beschwerden fühlte er sich gut. Das Beschwerdebild hat sich mithin im Laufe der Jahre verändert. Ausserdem gibt der Beschwerdeführer an, sein Zustand habe sich im Laufe der Zeit gebessert; trotz der weiter bestehenden psychischen Beschwerden hege er etwa keine Selbstmordgedanken mehr. Ausserdem gab er an, er habe gelernt seine Beschwerden zu akzeptieren (E. 3.2.1), weshalb davon auszugehen ist, dass er sich besser an seine gesundheitliche Situation adaptieren konnte. Im Jahr 2004 erhoben die Gutachter vornehmlich nachfolgende Befunde: Klopf- oder Druckdolenz, okzipital, kraniozervikal, paravertebral, Schmerzen bei Rotation und Flexion der Halswirbelsäule, Gedankenkreisen, depressive Stimmung (E. 3.1.1). Währenddem im Jahr 2016 insbesondere folgende Befunde erhoben wurden: gelegentlich leicht depressive Stimmung (E. 3.2.2), degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (E. 3.2.3), eine Sensibilitätsverminderung der linken Körperhälfte (E. 3.2.4) sowie eine im Sinne einer Selbstlimitierung zu wertende Einschränkung der Kopf- respektive Halswirbelsäulenbeweglichkeit (vgl. E. 3.2.3 und E. 3.2.4). Insbesondere die zuvor festgestellte Streckhaltung der Wirbelsäule und Verhärtung der Nackenmuskulatur liessen sich nicht mehr feststellen (E. 3.2.3) und der psychiatrische Gutachter hielt ausdrücklich fest, das psychiatrische Zustandsbild habe sich seit 2004 deutlich gebessert (Urk. 7/195/1 S. 17). Damit präsentieren sich heute in mehrfacher Hinsicht andere Befunde, als sie im Jahr 2004 zu erheben waren. Die nun mehrheitlich leichtgradig ausgeprägten Befunde zeitigen nach Einschätzung der Gutachter auch nicht mehr in demselben Ausmass einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Wurde die Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers zufolge seiner gesundheitlichen Beschwerden im Jahr 2004 noch mit 50 % beziffert (E. 3.1), belief sie sich nach Einschätzung der Gutachter nunmehr auf lediglich 20 % (E. 3.2.7). Soweit der Beschwerdeführer vortragen lässt, die Gutachter hätten ausgeführt, dass bereits ursprünglich kein Kausalzusammenhang bestanden habe, weshalb es nun auch zu keiner Verbesserung habe kommen können (vgl. E. 2.2), verkennt er, dass bei der ursprünglichen Rentenzusprache ein Kausalzusammenhang sehr wohl bejaht worden ist und sich im Vergleich dazu deutlich eine Änderung zeigt.

Damit hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht nur gesamthaft verbessert, dieser hat sich nach eigenen Angaben auch besser an seine Einschränkungen adaptiert. Vor diesem Hintergrund ist eine Änderung des entscheidungsrelevanten Sachverhaltes ausgewiesen und somit ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG erstellt (vgl. E. 1.3). Die Beschwerdegegnerin war daher berechtigt, eine umfassende Überprüfung und gegebenenfalls eine Anpassung des Leistungsanspruches vorzunehmen. Ob die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung der Verfügung vom 29. September 2004 (Urk. 7/119) ebenfalls erfüllt wären, kann demzufolge offenbleiben.

E. 5

mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C_421/2009 vom 2. Oktober 2009).

Der Verkehrsunfall vom 24. November 2000 mit Front- zu Seitkollision zweier Fahrzeuge auf einer Verkehrskreuzung zeichnete sich weder durch besondere Begleitumstände noch besondere Eindrücklichkeit aus. Es kam zu keinen Todesopfern und weder der Unfallhergang noch das Schadensausmass waren für einen mittelschweren (Verkehrs-)Unfall aussergewöhnlich. Da mittelschweren Unfällen ohnehin eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, reicht dies alleine zur Bejahung dieses Kriteriums nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_39/20008 vom 20. November 2008 E. 5.2). Der Beschwerdeführer erlitt keine Verletzungen besonderer Art und Schwere; mit Ausnahme der Distorsion der Halswirbelsäule erlitt er keine Verletzungen und die schleudertraumatypischen Beschwerden wie etwa die muskuläre Verspannung und die Kopfschmerzen lagen nicht mit besonderer Schwere vor (vgl. z.B. Urk. 7/3 sowie Urk. 7/7). Die Diagnose einer Distorsion der Halswirbelsäule alleine reicht jedoch nicht aus, um das Kriterium der besonderen Schwere zu bejahen (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Eine fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung findet beim Beschwerdeführer nicht statt. Der Beschwerdeführer besuchte gelegentlich (letztmals vier Monate vor der Begutachtung) eine physiotherapeutische Behandlung (Urk. 7/195/1 S. 12). Zudem befindet er sich seit Jahren in psychotherapeutischer Behandlung (Urk. 7/195/1 S. 13) und in neurologischer Hinsicht fanden regelmässig (ca. ein mal jährlich) Kontrolluntersuchungen statt (Urk. 7/195/1 S. 29). Weder Physiotherapie noch ärztliche Kontrollen stellen eine solche spezifische ärztliche Behandlung dar (vgl. Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], Zürich/Basel/Genf 2012, 4. Aufl., S. 75 m.H.). Hinweise dafür, dass die psychotherapeutische Behandlung belastend wäre, finden sich nicht; im Gegenteil gibt der Beschwerdeführer an, dass ihm diese sehr gut tue (Urk. 7/195/1 S. 13). Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, ist nicht dokumentiert. Weder bestand ein schwieriger Heilungsverlauf noch sind erhebliche Komplikationen ausgewiesen. Dass der Beschwerdeführer nach wie vor über organisch nicht nachweisbare Beschwerden berichtet, genügt nicht, um dieses Kriterium zu erfüllen. Gemäss Einschätzung der Gutachter ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers um 20% eingeschränkt, womit keine erhebliche Arbeitsunfähigkeit besteht; ausserdem sind keine Anstrengungen des Beschwerdeführers ausgewiesen diese Arbeitsunfähigkeit zu überwinden.

Da mithin keines der massgebenden Kriterien und erst recht nicht in besonders ausgeprägter Weise vorliegt, ist der adäquate Kausalzusammenhang allfälliger Restbeschwerden zum Unfallereignis vom 24. November 2000 zu verneinen.

E. 5.1

Da der Beschwerdeführer am 24. November 2000 einen Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion erlitt, ist zunächst zu prüfen, ob (weiterhin) organische Folgen dieses Unfallereignisses ausgewiesen sind. Als einziges organisches Substrat lässt sich dem Gutachten eine – gemäss Röntgenaufnahmen ausgewiesene – osteochondrotische und unkarthrotische Veränderung der Halswirbelsäule entnehmen. Diese haben sich laut dem fachärztlichen Gutachter im Laufe der Jahre natürlich entwickelt und stehen nicht überwiegend wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Unfallereignis aus dem Jahr 2000 (E. 3.2.3). Da es sich gemäss Gutachter um klar degenerative Veränderungen handelt, ist

der Schluss auf einen fehlenden (natürlichen) kausalen Zusammenhang nachvollziehbar. Bezüglich organischer Beschwerden ist zudem darauf hinzuweisen, dass Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur, Druckdolenzen und klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3 m. H.). Gleiches gilt für Nackenverspannungen bei Streckhaltung der HWS (Urteil des Bundesgerichts 8C_310/2011 vom 5. September 2011 E. 4.1 m. H.). Die weiteren vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wie etwa Kopfschmerzen, Tinnitus, eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit sowie psychische Beschwerden (vgl. E. 3.2.1) stellen demnach keine organisch nachweisbaren Unfallfolgen dar.

E. 5.2

Da keine organisch ausgewiesenen Unfallfolgen vorliegen, hängt eine allfällige Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin davon ab, ob die verbleibenden – organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden – noch in einem rechtsgenügenden Kausalzusammenhang zum erlittenen Unfall stehen, mithin ob die Adäquanz gegeben ist.

E. 5.2.1

Fraglich ist vorab, ob zur Beurteilung der Adäquanz der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden auf die sog. Schleudertrauma-Praxis des Bundesgerichts oder dessen Psycho-Praxis abzustellen ist. Die Beurteilung der Adäquanz in denjenigen Fällen, in denen die zum typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas der Halswirbelsäule gehörenden Beeinträchtigungen zwar teilweise gegeben sind, im Vergleich zu einer ausgeprägten psychischen Problematik aber ganz in den Hintergrund treten, ist nach der Praxis des Bundesgerichts nicht nach den für das Schleudertrauma in BGE 117 V 359 entwickelten Kriterien, sondern nach den in BGE 115 V 133 für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall aufgestellten Kriterien vorzunehmen (BGE 127 V 102 E. 5b/ bb, 123 V 98 E. 2a, RKUV 1995 Nr. U 221 S. 113 ff., SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 1; ferner BGE 134 V 109 E. 10.2 f.).

An psychischen Beschwerden ist beim Beschwerdeführer heute noch eine leicht gradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung zu diagnostizieren. Es konnte lediglich noch eine leichte depressive Verstimmung festgestellt werden (E. 3.2.2). Damit liegt keine im Vordergrund stehende ausgeprägte psychische Problematik vor, weshalb eine Prüfung nach der Psycho-Praxis des Bundesgerichts ohne Weiteres entfällt. Die Beurteilung der Adäquanz hat demnach sowohl für allfällige noch bestehende psychische Beschwerden wie auch anderweitig organisch nicht nachweisbare Unfallfolgen nach der Schleudertrauma-Praxis des Bundesgerichts zu erfolgen. Ohnehin bleibt zu bemerken, dass die Beurteilung nach der Schleudertrauma-Praxis für den Beschwerdeführer günstiger ist, da die Anforderungen an die Bejahung einer Adäquanz bei der Psycho-Praxis höher ausfallen.

E. 5.2.2

In Anbetracht des Unfallhergangs (vgl. Urk. 7/16) ist der Vorfall vom 24. November 2000 als mittelschweres Ereignis im Grenzbereich zu den leichten Unfällen zu qualifizieren (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C_791/2014 vom 1. April 2015 E. 4.2). Ein adäquater Kausalzusammenhang kann somit nur bejaht werden, wenn vier der Adäquanzkriterien (vgl. E. 1.4.3; BGE 134 V 109 E. 10.3) erfüllt sind oder eines der Kriterien besonders ausgeprägt vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2009 vom 7. Dezember

2009 E.

E. 5.3

Im Übrigen würde heute selbst bei Bejahung der Adäquanz für die organisch nicht nachweisbaren Beschwerden keine Invalidität mehr resultieren. Wie die Gutachter schlüssig darlegten, wird der Beschwerdeführer weder durch die Kopfschmerzen noch den Tinnitus oder die Verspannungen im Nacken- und Schultergürtel in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (vgl. E. 3.2.4 und 3.2.7). Einzig der rezidi vierenden depressiven Störung mass der psychiatrische Gutachter einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit bei und erachtete den Beschwerdeführer als zu 80 % arbeitsfähig (E. 3.2.2). Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer lediglich eine leichte depressive Verstimmung zeigte, er von seiner Familie unterstützt wird und in seinem Aktivitätsniveau im privaten Bereich kaum eingeschränkt ist (vgl. E. 3.2.2), vermag diese Einschätzung mit Blick auf die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) nicht zu überzeugen. Dem Beschwerdeführer ist es angesichts seiner persönlichen und sozialen Ressourcen zumutbar, die geltend gemachten psychischen Einschränkungen zu überwinden. Zudem wäre bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu beachten, dass der Beschwerdeführer mehrfach ein inkonsistentes Verhalten zeigte. So demonstrierte er beispielsweise in der orthopädischen und der neurologischen Untersuchung eine eingeschränkte Beweglichkeit mit Schmerzangabe, was sich bei der passiven Prüfung jeweils nicht mehr feststellen liess. Auch fiel der Lasègue-Test bei der orthopädischen Untersuchung bei 30 ° positiv aus, während er in der neurologischen Testung negativ war (E. 3.2.3 und E. 3.2.4). Die neuropsychologische Testung erwies sich aufgrund des verzerrenden Verhaltens des Beschwerdeführers gar als nicht valide (E. 3.2.5). Ein solches selbstlimitierendes Verhalten steht einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung aus rechtlicher Sicht jedoch entgegen. Die verbliebenen Restbeschwerden, insbesondere die depressive Störung, vermögen daher keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

E. 6

Zusammenfassend ist festzustellen, dass es für allfällige über den 30. Oktober 2016 hinaus bestehende Beschwerden an einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 24. November 2000 fehlt.

Der angefochtene Einspracheentscheid vom 29. November 2017 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7

Das Verfahren ist nach Massgabe von Art. 61 lit a des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) kostenlos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - SWICA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit 4.

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

15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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