

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00081 vom 18. November 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2021.00081

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00081 du 18 novembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2021.00081 del 18 novembre 2021

Erwägungen

E. 1

Oktober

2019 ein (Urk. 8/ 222). Der Versicherte erhob hiergegen Einsprache (Einsprache vom 2 8. November 2019, Urk. 8/225), woraufhin die Swica den ergänzenden Bericht der C.____ vom 2 0. März 2020 einholte (vgl. Urk. 8/229; Urk. 8/235). Hierzu nahm der Versicherte am 1 4. September

2020 erneut Stellung (Urk. 8/251; vgl. Urk. 8/237). Mit Einspracheentscheid vom 5. März 2021 wies die Swica die Ein sprache des Versicherten ab (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 1 9. April 2021 Beschwerde und beantragte, es sei der Einspracheentscheid vom 5. März 2021 aufzuheben und es sei die Be schwerdegegnerin z u verpflichten, dem Beschwerdef ü h rer weiterhin eine Inva li den rente nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) auszurich ten. Eventualiter sei der Beschwerdeführer durch das Gericht medizinisch zu be gut achten. Subeventualiter sei die Sache zur Neubegutachtung an die Be schwer de gegnerin zurückzuweisen . In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Bestel lung von Rechtsanwältin Stephanie C. Elms

als unentgeltliche Rechtsbei ständin

(Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 2 1. Mai 2021 schloss die Besc hwer de geg nerin auf Abweisung d er Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbe zü gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG).

E. 2.2

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, 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 geblie be nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich 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 (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. 2.3

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 entfielen (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 blosse 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. 2.4

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).

E. 2.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 3. 3.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache

mit Verfügung vom 18. April

2005 (Urk. 8/106) und damit auch letzte materielle Beurteilung beruhte auf dem Gutachten vom 31. Oktober 2003 (Urk. 8/104).

Die Gutachter notierten folgende Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/104/19): - Chronifizierte Depression, hypochondrisch-ängstlicher Ausgestaltungsform, aktuell mittelschweren (bis schweren) Grades mit somatischen Depressionssymptomen (ICD-10 F33.11), vermischt mit einem chronischen Nacken-/Kopfschmerzsyndrom (ICD-10 F54) bei - Zustand nach HWS-Distorsionsstrauma im Rahmen einer Auffahrkollision am 03. November 199

E. 7

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-260 und Urk. 9/1-37), worüber der Beschwerdeführer am 26. Mai 2021 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 10). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Einspracheentscheid dafür, dass der UV-Rentenanspruch bzw. Leistungsanspruch ab 1. November 2019 strittig sei. Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 31. Oktober 2003 sei mit Verfügung vom 18. April 2005 ab 1. Januar 2005 eine UV-Rente von 80 % sowie eine Integritätsentschädigung von 35 % zugesprochen worden. Im Rahmen der Revision sei bei der Medas

C. ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben worden. Darin hätten die Gutachter aus neurologischer und rheumatologischer

Sicht einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand attestiert. Entgegen den früheren Ausführungen beurteilten sie diesen allerdings als nicht unfallkausal. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei eine Besserung eingetreten, da die im Jahr 2003 diagnostizierte mittelschwere bis schwere Depression einer leichtgradigen Depression gewichen sei. Zur Besserung dürften die Entlastung von finanziellen und sozialen Belastungen geführt haben, welche durch die Berentung eingetreten sei. Die formell festzustellende Verschlechterung der neuropsychologischen Befunde sei auf das maladaptive Verhalten zurückzuführen und sei nicht konsistent. Es könne aktuell keine schwere psychische Störung nachgewiesen werden. Die Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes sei zwischen der gutachterlichen psychiatrischen Untersuchung von 2003 und der aktuellen Untersuchung eingetreten, womit ein Revisionsgrund vorliege.

Die Ausführungen von Dr. med. D. , Facharzt für Neurologie, vermöchten die Beweiskraft des Gutachtens der C. nicht zu entkräften. Damit sei der Rentenanspruch frei und

umfassend zu prüfen, woraus gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen der C.____ resultiere, dass keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vorliege, womit die unfallversicherungsrechtliche Invalidenrente aufzuheben sei (Urk. 2).

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber vor, vorab sei festzuhalten, dass der Beweiswert der Gutachten aus den Jahren 2000 und 2003 nicht zur Diskussion stehe. Darüber hinaus sei damals die natürliche und adäquate Kausalität beurteilt und bejaht worden - wenn der damalige Entscheid im Sinne der heutigen Rechtsprechung nicht mehr angemessen scheine, habe dies unberücksichtigt zu bleiben. Die Gutachter der C.____

hätten den Gesundheitszustand aus neurologischer und rheumatologischer Sicht als unverändert beurteilt. Die darüber hinausgehende Infragestellung der Diagnosen des früheren Gutachtens habe entsprechend unbeachtet zu bleiben. Die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters, dass eine Verbesserung stattgefunden habe aufgrund der nicht mehr feststellbaren mittel schweren bis schweren Depression, seien nicht schlüssig. Die Verbesserung habe der psychiatrische Gutachter auf die finanziell bessere Situation infolge der Behandlung zurückgeführt - die finanzielle Entlastung habe allerdings bereits im Jahr 2001 bestanden, was auch die Überentschädigungsberechnung der Beschwerdegegnerin zeige (vgl. Urk. 8/98). Entsprechend sei die Annahme, dass die damalige Depression vorwiegend durch finanzielle Sorgen und damit verbundene berufliche Probleme begründet gewesen sei, schlicht aktenwidrig. Ansonsten hätte sich gar keine Depression entwickeln dürfen. Darüber hinaus habe sich neuropsychologisch eine Verschlechterung gezeigt im Gutachten der C.____, welche durch die Gutachterin als Befunde im Rahmen einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung beurteilt wurden, die nicht durch die Folgen der Halswirbelsäulen(HWS)-Distorsion vom 3. November 1998 zu erklären sei. Die von den Gutachtern der C.____ attestierte Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes bei einer deutlichen Verschlechterung der kognitiven Funktionen habe von den Gutachtern nicht schlüssig erklärt werden können. Darüber hinaus sei das C.____-Gutachten auch klar nicht beweiskräftig, da der psychiatrische Gutachter im Rahmen des Einspracheverfahrens entgegen früherer Angaben zum Schluss gekommen sei, dass nun gar keine depressive Episode mehr vorliegen solle, was seinen ursprünglichen Angaben klar widerspreche. Die nachträgliche Änderung der Beurteilung führe zwingend dazu, dass das Gutachten aus dem Recht zu weisen sei. Damit könne mit dem C.____-Gutachten weder das Vorliegen eines Revisionsgrundes noch die Verbesserung des Gesundheitszustandes überwiegend wahrscheinlich bewiesen werden. Entsprechend sei die Beschwerde gut zu heissen und die Invalidenrente auch über den 30. September 2019 hinaus zu bezahlen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen, subeventualiter sei die Sache zur ergänzenden Abklärung zurückzuweisen (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin brachte in der Beschwerdeantwort vom 21. Mai 2020 ergänzend vor, dass gestützt auf das C.____-Gutachten eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes klar erstellt sei. Demnach sei der Rentenanspruch umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen bestehe und eine neue Rechtspraxis berücksichtigt werden könne. Die neuropsychologischen Beschwerden seien nicht objektivierbar und auf das maladaptive Verhalten zurückzuführen, womit sie nicht unfallbedingt und auch nicht adäquat kausal seien. Beim Unfall vom 3. November 1998 handle es sich nämlich um ein leichtes Ereignis, womit die Adäquanz ohne weiteres zu verneinen sei. Selbst bei Annahme eines mittleren Unfalles im Grenzbereich zu den leichten Unfällen wäre die Adäquanz mangels erfüllter Kriterien zu verneinen, wofür auf

die Verfügung vom 28. Oktober 2019 verwiesen werde. Entsprechend bestünden keine unfallbedingten Einschränkungen mehr, womit ein Leistungsanspruch klar entfalle. Darüber hinaus sei in der Verfügung vom 18. April 2005 aufgrund des psychischen Leidens eine UV-Rente von 80 % zugesprochen worden, was angesichts des Bagatellereignisses vom 3. November 1998 nicht korrekt sein könne, zumal bereits zu diesem Zeitpunkt die Adäquanz der psychischen Beschwerden bei deren fraglicher und offen zu lassender natürlicher Kausalität nicht gegeben gewesen sei, und die Adäquanz damit unrichtig angewandt worden sei. Die Verfügung sei damit zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung. Entsprechend wäre die angefochtene Verfügung auch mit dieser substituierten Begründung zu schützen (Urk. 7). 2.

E. 8

- Zwanghaft-depressiv strukturierter Persönlichkeit mit vorbestehender Tendenz zu psychosomatischen Beschwerden unter Stress bzw. Belastung, gemäss ICD-10-Klassifikation am ehesten als Dysthymie (F 34.1) zu klassifizieren - Durch psychische Faktoren und Schmerzen bedingte, schwankend ausgeprägte kognitive Funktionseinschränkung (leicht bis mittelgradig reduziertes Zustandsbild) - Chronisches cervikocephalales Syndrom bei Diskushernie C3/4 und C5/6 rechts ohne fassbare radikuläre Beteiligung

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hielten sie folgende fest: - Restbeschwerden nach Radius- Styloid -Fraktur links am 7. Juli 2000, möglicherweise mit psychischer Komponente; aus psychiatrischer Sicht im Rahmen des Gesamtbeschwerdekomplexes weniger bedeutsam - Anamnestisch migraine

accompagnée

- Massive Adipositas (BMI 33)

Die Gutachter konstatierten zusammenfassend (Urk. 8/140/20 f.), dass bei der Untersuchung die Halswirbelsäule in alle Richtungen sehr eingeschränkt bewegt worden sei mit nur angedeutetem Vor- und Rückneigen unter Angabe sofort vermehrt auftretender Nackenschmerzen und sofortigem Gegenspannen bei passiver Prüfung. Es werde eine diffuse Drückdolenz

angegeben am Kopf rechts mandibulär und okzipital, der ganzen rechten Hals- und Nackenseite bis zur Rückenmitte sowie am ganzen Arm, Handrücken und allen Fingern rechts. Neurologische Ausfälle seien weder klinisch noch elektrophysiologisch eruierbar. Das konventionelle Röntgenbild der Halswirbelsäule zeige eine Streckhaltung sowie mässige degenerative Veränderungen auf Höhe C4 bis C6. Seit dem Unfallereignis seien über ein halbes Dutzend CT- und MRI-Untersuchungen vorwiegend der HWS durchgeführt worden, wo sich jeweils eine Diskushernie auf Höhe C5/6 rechts dargestellt habe.

Somatisch-rheumatologisch finden sich viele Zeichen für nicht-organisches Krankheitsverhalten. Zu erwähnen sei nebst der diffusen Symptombeschreibung die sehr hohe Schmerzbeurteilung auf der Schmerzskala, die weitgehende Erfolglosigkeit bisheriger Behandlungen, das nicht plausible Ausmass der demonstrierten Behinderung im Vergleich zu den klinischen Beurteilungen sowie die extrem tiefe Bewertung der eigenen Leistungsfähigkeit, wie sie auch im PAC T-Test zum Ausdruck komme.

Die aktuelle psychiatrische Untersuchung komme zur Diagnose einer chronifizierten Depression, hypochondrisch-ängstlicher Ausgestaltungsform, (aktuell mittelschweren bis

schweren Grades) mit typischen vegetativen bzw. körperlichen Symptomen einer angstbetonten Depression.

Bei der aktuellen neurologischen Untersuchung könne in Abweichung vom im November 2000 erfolgten neurologischen Gutachten keine radikuläre Symptomatik (mehr) festgestellt werden, speziell keine entsprechenden sensomotorischen Ausfälle. Auch die Beschwerden der linken Hand nach Radius typloidfraktur im Juli 2000 seien diffus und nicht typisch für eine allfällige begleitende periphere Nervenläsion. Insgesamt werde neurologischerseits die Meinung geäußert, dass sich eine ausgeprägte Schmerzverarbeitungsstörung entwickelt habe.

Die aktuell erfolgte neuropsychologische Untersuchung komme zur Diagnose einer durch psychische Faktoren und Schmerzen bedingten, schwankend aus geprägten kognitiven Funktionseinschränkung (leicht bis mittelgradig reduziertes Zustandsbild). Eine traumatisch und hirnstrukturell bedingte neuropsychologische

Funktionsstörung liege nicht vor. Die Verschlechterung im Verlauf und die aktuell feststellbaren kognitiven Funktionsstörungen seien Begleitsymptome der depressiven Verfassung sowie teilweise durch Schmerzinterferenzen zu erklären.

Die geschilderten Einschränkungen und Schmerzausbreitungen seien im Vergleich zu den klinischen Befunden übermäßig stark und diffus, die Angaben in der Selbsteinschätzung körperlicher Fähigkeiten (PACT-Test) extrem tief und somatisch in diesem Ausmass nicht nachvollziehbar. Allerdings gehöre ein grösserer Teil davon zu einem Symptomkomplex, der als typisches Beschwerdebild eines Schleudertraumas gelte. Psychiatrischerseits würden die subjektiv beklagten Beschwerden im Rahmen eines depressiven Syndroms gesehen (Urk. 8/104/22).

Wie im psychiatrischen Teilgutachten aufgeführt, handle es sich um ein psychosomatisches Leiden, so dass keine Aufteilung in «rein» psychisches oder somatisches Leiden möglich sei; allerdings dürften die psychiatrischen Faktoren deutlich überwiegen. Aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms mit vielen funktionellen Einschränkungen sowie der erheblichen psychischen Faktoren schätzten sie die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Wert auf 80%. Für eine denkbare körperlich leichte, vorwiegend sitzende und eher büromässige Tätigkeit schätzten sie die Einschränkung insgesamt auf 80%, dies vorwiegend wegen der psychiatrisch beschriebenen Funktionsstörungen (Urk. 8/104/23). 3.2

Die aktuelle Verfügung bzw. der angefochtene Einspracheentscheid basiert in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten der C.____ vom 5. Juni 2019 (Urk.

8/197) sowie der ergänzenden Stellungnahme vom 20. März 2020 (Urk. 8/235).

Die Gutachter notierten folgende Diagnosen (Urk. 8/197/76): - Chronifizierte, resignativ-leicht depressive Stimmungslage im Sinne einer leichten depressiven Störung (ICD-10: F32.0)

- Chronifiziertes

myofaszielles Syndrom mit/bei - Schulter-, Nacken- und Kieferschmerzen rechts - Schwächegefühl und Gefühlsstörungen im Bereich der oberen Extremitäten ohne zugrundeliegende Läsion des Nervensystems - Muskuläre Dysbalance - Status nach Schulterarthroskopie rechts mit subakromialer Dekompression und Bizeps-Tenodese am

03. November 2015 wegen sub akromialem

Impingement und ACG-Arthrose rechts - Status nach Heckkollision am 03. November 1998 - Unspezifische, vor allem lumbale Rückenschmerzen

- Fehlhaltung und Haltungsinsuffizienz

- Kyphose - Mehrsegmentale Degeneration zervikal (MRI 22.12.2018) und gering gradige Spondylolisthesis

Lendenwirbelkörper (LWK)

anamnestisch, Erstdiagnose 1985/1986 - Restbeschwerden im Bereich der rechten Hand mit/bei - Status nach operativer Versorgung einer Fraktur 2007/2008 - Status nach Operationen Karpaltunnelsyndrom rechts 2005 und 2008 - Restbeschwerden im Bereich der linken Hand bei - Status nach Fraktur des Processus

styloideus links 07. Juli 2000 - Periarthropathie

coxae beidseits mit/bei - Gefühlsstörungen im Bereich des rechten Oberschenkels - Muskulärer Dysbalance - Status nach Z-Plastik Tractus

iliotibialis links 27. Mai 2015 - Allgemeininternistische Diagnosen - Metabolisches Syndrom mit - Adipositas Grad 2 (BMI 36.8 kg/m²) - Abdominale Adipositas - Diabetes mellitus anamnestisch - Dyslipidämie anamnestisch - Arterielle Hypertonie - Koronare Herzkrankheit und Karotisstenose rechts anamnestisch - Nikotinkonsum vor Jahren sistiert

Die Gutachter konstatierten interdisziplinär (Urk. 8/197/74 ff.), dass bereits vor dem Unfall vom 3. November 1998 ein langjähriger Prozess mit anhaltenden affektiven Störungen und Somatisierung psychischer Belastungen bestanden habe. Ursächlich dafür sei mutmaßlich eine Prädisposition des Beschwerdeführers zur Entwicklung psychosomatischer Beschwerden, wobei Belastungen in der Lebensgeschichte eine Rolle spielen dürften. In der Zeit unmittelbar vor dem Unfall hätten sich die Belastungen durch finanzielle Schwierigkeiten akzentuiert. Der Unfall vom 3. November 1998 habe nicht zu einer nennenswerten Verletzung der Halswirbelsäule geführt. Die vorbestehenden, relativ erheblichen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule könnten allenfalls einen etwas protrahierten Verlauf der beim Unfall aufgetretenen leichten HWS-Distorsion (überwiegend wahrscheinlich Grad I nach Quebec Task Force/QTF) erklären. Der Unfall respektive die dabei aufgetretenen höchstens minimalen Verletzungen erklären aus medizinischer Sicht jedoch nicht lange anhaltende körperliche oder psychische Symptome oder Einschränkungen. Die heute noch bestehenden, subjektiv starken Symptome und die subjektiv erlebte Verschlechterung des Gesundheitszustandes in den letzten Jahren seien nicht durch körperliche oder psychische Folgen des Unfalles vom 3. November 1998 (und auch nicht des Unfalls vom 7. Juli 2000) zu erklären. Vielmehr bestehe ein maladaptives und auf Schonung ausgerichtetes Verhalten mit Rückzugstendenzen und mit dysfunktionalen Überzeugungen. Dieses Verhalten sei im Rahmen der schon Jahre vor dem ersten Unfall bestehenden psychischen Problematik und der vor dem Unfall sich akzentuierenden psychosozialen Belastungen zu sehen.

Gegenüber dem Vorgutachten von 2003 sei der Gesundheitszustand aus neurologischer Sicht unverändert. Sowohl 2003 als auch heute bestünden keine Zeichen einer Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems. Somit bestünden aus neurologischer Sicht keine Unfallfolgen und die Arbeitsfähigkeit werde nicht eingeschränkt. Auf

rheumatologischem Fachgebiet sei der Gesundheitszustand gegenüber 2003 im Wesentlichen unverändert. Es liessen sich leichtgradige, nicht sicher pathologische Befunde objektivieren und es bestünden leichte, vor allem qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Dabei handle es sich jedoch nicht um Unfallfolgen. Wie bereits von den Vorgutachtern 2003 eingeschätzt, sei bezüglich der Unfallfolgen auf rheumatologischem Fachgebiet längst der Status quo sine erreicht. Auf psychiatrischem Fachgebiet sei der Gesundheitszustand gegenüber 2003 formal gebessert. Sei damals noch eine mittelschwere bis schwere Depression diagnostiziert worden, bestehe heute nur noch eine leichtgradige Depression. Zur Besserung beigetragen haben dürfte die Entlastung von finanziellen und sozialen Belastungen, die durch die Berentung erreicht worden sei. Die subjektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht auf eine Verschlechterung der psychiatrischen Erkrankung zurückzuführen. Die formell festzustellende Verschlechterung der neuropsychologischen Befunde sei auf das maladaptive Verhalten zurückzuführen. Insbesondere vermöge die gebesserte psychiatrische Erkrankung die Verschlechterung der neuropsychologischen Befunde nicht zu erklären. Von den Vorgutachtern sei die psychiatrische Störung als unfallbedingt eingeschätzt worden. Zwar seien die vorbestehenden psychiatrischen und psychosomatischen Beschwerden erwähnt worden. Das zum Zeitpunkt des Vorgutachtens bestehende relativ schwere psychiatrische Krankheitsbild sei aber als psychosomatisch gewertet worden in dem Sinne, dass initiale somatische Beschwerden zu psychischen Störungen geführt hätten, die in einem Teufelskreis wiederum somatische Symptome verstärkt hätten. Zumindest implizit habe sich die Unfallkausalität in diesem Modell damit begründet, dass initial relativ schwere unfallbedingte somatische Symptome bestanden hätten. Wie bereits ausführlich dargelegt, habe der Unfall vom 3. November 1998 nicht zu einer relevanten Verletzung der Halswirbelsäule geführt. Die höchstens minime Verletzung könne allenfalls im Zusammenhang mit den vorbestehenden, recht erheblichen degenerativen HWS-Veränderungen einen etwas protrahierten Verlauf der leichten HWS-Distorsion erklären. Sie erkläre aber nicht schwere und anhaltende Symptome. Damit könne der Unfall aber auch nicht die Entwicklung einer psychischen Störung erklären. Die natürliche Kausalität der im Vorgutachten 2003 dokumentierten psychiatrischen Erkrankung entfalle dadurch (entgegen der damaligen Einschätzung).

Die Unfälle vom 3. November 1998 und 7. Juli 2000 seien weder Ursache noch Mitursache der festgestellten gesundheitlichen Störung (Urk. 8/197/79).

Aus interdisziplinärer Sicht lasse sich unfallbedingt, d.h. bezogen auf die Ereignisse vom 3. November 1998 und 7. Juli 2000, keine Arbeitsunfähigkeit als Wirt begründen. Aus internistisch-rheumatologischer Sicht bestehe krankheitsbedingt, d.h. wegen Beschwerden, welche nicht überwiegend wahrscheinlich mit den Ereignissen vom 3. November 1998 und 7. Juli 2000 im Zusammenhang stünden, für eine vollschichtige Tätigkeit eine Leistungsminderung von 20 % wegen vermehrtem Pausenbedarf. Zudem sei von spezifischen Limitierungen bei gewissen Tätigkeiten als Wirt auszugehen, die jedoch nicht quantifiziert werden könnten. 3.3

Im Rahmen des Einspracheverfahrens reichte der Beschwerdeführer den Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, vom 2. Oktober 2019 ein. Dieser äusserte sich ausführlich zur vorbestehenden Aktenlage und konstatierte insbesondere, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung eine Tatsachenänderung bejahe durch Besserung der Psyche gestützt auf das C.____-Gutachten (Urk. 8/225/21 ff.). Aus

dem Gutachten lasse sich aber nichts mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entnehmen. Leider seien die Argumente nicht überzeugend, zum Teil widersprüchlich und bildeten keineswegs eine solide Grundlage für eine überwiegend wahrscheinliche Verbesserung. Die anderen Gutachter der C.____ (Neuropsychologe, Neurologe und Rheumatologe) stellten gleichbleibende Befunde oder gar eine Verschlechterung (Neuropsychologe) fest. Die medizinische Sachlage sei klar, dass die geforderte überwiegende Wahrscheinlichkeit nicht bewiesen sei und auch in den Disziplinen Neurologie, Rheumatologie und Neuropsychologie gleichbleibende bis sich verschlechterte Verhältnisse gegenüber 2003 festgehalten worden seien. Offenbar handle es sich bei der psychiatrischen Beurteilung um eine sogenannte andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes.

Der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall von 1998 von Seiten der HWS ohne Beschwerden gewesen. Die kurz nach dem Unfall festgestellte ossäre Einengung C5/C6 rechts sei vorbestehend. Es gebe nichts, was darauf hindeute, dass dieser Befund aus eigener Dynamik heraus ohne den Unfall zu den gleichen Symptomen quantitativ und qualitativ, sowie zeitlich, geführt hätte. Es sei aber nachvollziehbar, dass die vorgeschädigte Etage C5/C6 durch den Unfall mit der sehr ungünstigen Kopfposition (stark nach links gedreht, von der Kollision überrascht) eine zusätzliche Beschädigung der Bandscheibe mit Herniation erfahren habe, womit es zu einer richtungsweisenden Änderung gekommen sei. Die nachträglichen Probleme im Bereich der rechten Schulter seien durch die chronischen Schmerzen, Verspannungen und Muskelverkürzungen entstanden.

Die Behauptung des Rheumatologen, er (Dr. D.____)

hätte nur die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ohne Objektivierung übernommen, sei abzulehnen.

Seine regelmäßigen Kontrollen und Befunde belegten, dass diese Behauptung nicht zutreffend sei. So seien Physiotherapien, Infiltrationen und Überweisungen zu anderen Spezialisten durchgeführt worden. Eine namhafte Besserung habe nicht herbeigeführt werden können. Da angesichts der engen Verhältnisse im Spinalkanal C5/C6 die Gefahr einer cervicalen Myelopathie nicht gebannt sei, bleibe der Beschwerdeführer in neurologischer und bildgebender Kontrolle, inkl. neurochirurgischer konsiliarischer Stellungnahme, für den Fall, dass eine Intervention unumgänglich sein sollte. 3.4

Die Beschwerdegegnerin holte von der C.____ eine Stellungnahme zum Bericht von Dr. D.____ ein. Die Gutachter

äusserten sich

am 20. März 2020 zu den Vorbringen von Dr. D.____ als auch zu den Vorbringen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers im Rahmen des Einspracheverfahrens und hielten vollumfänglich an ihrer Einschätzung fest (Urk. 8/235). Ergänzend konstatierten sie, dass aus psychiatrischer Sicht die ICD-10-Kriterien einer leichten depressiven Störung nicht sicher erfüllt seien, was im Gutachten zur Diskussion geführt habe, ob es sich nicht «nur» um eine Dysthymie handle. Dass beim Beschwerdeführer vermutlich seit Jahren keine psychische, insbesondere keine relevante depressive Störung bestehe, lasse sich, wie im Gutachten hervorgehoben, auch daraus ableiten, dass im Verlauf seit dem 18. April 2005 keine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung erwogen oder durchgeführt

worden sei. Die dokumentierten Fakten und aktuellen Befunde erlaubten höchstens die Diagnose einer leichten depressiven Störung (Urk. 8/235/5).

Dass sich die Befunde der neuropsychologischen Untersuchung verschlechtert hätten, sei dabei kein Widerspruch. Die Befunde könnten nämlich nicht als valide betrachtet werden. Dies sei im Beurteilungstext des Gutachtens etwas zurückhaltend formuliert, was möglicherweise zu Missverständnissen geführt habe. Deutlicher werde es im Gutachten beim Untersuchungsbefund ausgeführt. Der Aspekt, ob es sich um eine bewusstseinsferne oder eine willentlich negativ verfälschte Untersuchung gehandelt habe, könne nur im Sinne des Hinweises auf verminderte Validität der Testergebnisse formuliert werden. Überwiegend wahrscheinlich seien es psychologische Faktoren, die bewusst oder unbewusst dazu geführt hätten, dass der Beschwerdeführer bei der neuropsychologischen Untersuchung nicht die volle Leistungsfähigkeit gezeigt habe. Damit sei aber nicht eine psychiatrische Erkrankung gemeint. Eine schwere psychiatrische Erkrankung, die ein solches Verhalten erklären könnte, bestehe aufgrund der objektiven psychiatrischen Befunde nicht. Mit psychischen Faktoren sei das maladaptive Verhalten des Beschwerdeführers gemeint (Urk. 8/235/7).

Des Weiteren sei heute irrelevant, ob die Diskushernie unfallbedingt gewesen sei oder nicht. Die Diskushernie führe heute nämlich zu keinen Symptomen. Es bestehe kein radikuläres Reiz- oder gar Ausfallsyndrom. Zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung sei die Diskushernie asymptomatisch gewesen. Die Begründung von Dr. D.____, dass die Unfallkausalität der aktuellen Beschwerden mit einer richtungsgebenden Verschlechterung der vorbestehenden, unfallfremden Degeneration auf Höhe Halswirbelkörper 5/6 (HWK) zu erklären sei, sei eben falls zu verneinen, da die heute bestehenden Symptome und Befunde nicht auf eine segmentale Dysfunktion HWK5/6 zurückgeführt werden könnten. Aus rheumatologischer Sicht bestehe lediglich ein chronifiziertes

myofasiales Syndrom ohne Hinweise auf eine Ursache im Segment HWK5/6 (Urk. 8/235/11). 4.

4.1

Das Gutachten der C.____ vom 5. Juni 2019 (Urk. 8/197) mit der ergänzenden Stellungnahme vom 20. März 2020 (Urk. 8/235) erfüllt die von der Rechtsprechung verlangten Anforderungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage (vgl. vorne E. 2.5) und vermag in seinen ausführlich begründeten Schlussfolgerungen in allen Teilen zu überzeugen. Überdies sprechen sich die Gutachter darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat, wie folgend gezeigt wird.

4.2

Die Gutachter konstatierten, dass sich aus psychiatrischer Sicht der Gesundheitszustand klar verbessert habe;

So stehe aktuell ein maladaptives und auf Schonung ausgerichtetes Verhalten mit Rückzugstendenz und mit der dysfunktionalen Überzeugung, unter anhaltenden Einschränkungen hinsichtlich sozialer und beruflicher Kompetenz zu leiden, im Vordergrund. Dieses Verhaltensmuster entspreche aber nicht einer psychischen Erkrankung im eigentlichen Sinne. Es lasse sich nicht klassifizieren. Aus strikt medizinisch-psychiatrischer Sicht ergäben sich daraus keine Einschränkungen bezüglich

des Belastungsprofils und der Arbeitsfähigkeit. Darüber hinaus fänden sich Befunde einer chronifizierten, resignativ bis leicht depressiven Stimmungslage. Wie bei der Dysthymie handle es sich somit um eine chronische, andauernde depressive Verstimmung. Diese könne im Verlauf schwanken. Der aktuelle Schweregrad gehe über denjenigen hin aus und erfülle die Kriterien einer leichten depressiven Störung und werde als «leichte depressive Episode» klassifiziert. Eindeutig sei, dass der psychopathologische Befund sensu

strictu gebessert sei und die Kriterien einer mittelschweren Depression nicht mehr erfüllt seien. Definitionsgemäss nach ICD-10-Kriterien und auch im konkreten Einzelfall (medizinisch-theoretisch) seien Personen mit einer leichten depressiven Störung in der Lage, den meisten Aktivitäten nachzugehen. Die Arbeitsfähigkeit sei entsprechend durch die psychiatrische Erkrankung heute nicht mehr relevant eingeschränkt (Urk. 8/197/71 f.). An dieser Einschätzung hielten die Gutachter auch in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 20. März 2020 fest (E. 3.4).

Damit ist gestützt auf das Gutachten der C.____ sowie die ergänzende Stellungnahme (E. 3.2 und E. 3.4) klarerweise von einer erheblichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes und damit einhergehend auch der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. 4.3 4.3.1

Der Beschwerdeführer brachte insbesondere vor, dass die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachters nicht schlüssig seien. Er vertrete die Meinung, dass die Depression des Beschwerdeführers als Folge der finanziellen Entschädigung und dem damit verbundenen Wegfall der psychosozialen Belastungssituation abgeklungen sei. Allerdings habe die Invalidenversicherung bereits 2001 eine Rente zugesprochen und er habe noch Taggelder der Beschwerdegegnerin bezogen, so dass bereits bei erstmaliger UV-Invalidenrentenzusprache die finanzielle Entlastung bestanden habe, so dass die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters nicht schlüssig seien (Urk. 1 S. 10).

Dem ist entgegenzuhalten, dass offen bleiben kann, aus welchen Gründen sich die psychiatrischen Befunde und damit einhergehend auch die funktionellen Auswirkungen des psychischen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit und natürlich die Diagnosestellung verändert haben. Relevant ist lediglich, dass sich die objektiven psychiatrischen Befunde (Urk. 8/197/44 ff.) im Vergleich zur erstmaligen Rentenzusprache deutlich verbessert haben. Darüber hinaus legte sich auch der psychiatrische Gutachter - entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers - nicht endgültig fest, so konstatierte er, dass der Zeitpunkt der hier an hand des Verlaufs zu postulierenden Besserung der psychischen Beschwerden, «die durchaus in eine Verbindung mit dem Wegfall von Belastungen resultierend aus befürchteten finanziellen Konsequenzen nach dem Unfall vom 3. November 1998 gebracht werden kann (d.h. mit der Verfügung vom 18. April 2005)», auf grund der vorliegenden Unterlagen (die sich nicht zum psychiatrischen Verlauf äussern) und den Angaben des Patienten nicht abgeschätzt werden könne. Die Verbesserung sei zwischen der gutachterlichen psychiatrischen Untersuchung 2003 und der aktuellen Verlaufsuntersuchung eingetreten (Urk. 8/197/72). Dem ist nichts hinzuzufügen. 4.3.2

Der Beschwerdeführer kritisierte, dass das Gutachten zwingend nicht beweiskräftig sei, da die Gutachter ihre Beurteilungen im Zuge des Einspracheverfahrens abgeändert hätten, da sie im Gutachten noch eine leichte depressive Episode oder eine depressive Störung mit leichter Episode diskutiert hätten, in der Stellungnahme dies allerdings verneint hätten (

Urk. 1 S. 11 f.).

Dazu ist festzuhalten, dass aus versicherungsrechtlicher Sicht die exakte Diagnosestellung wünschenswert, aber nicht zwingend ist. Relevant ist, dass die funktionellen Auswirkungen des psychischen Gesundheitszustandes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilt werden können - dies ist hier zweifelsfrei gegeben: Sowohl im Gutachten als auch in der Stellungnahme vom 20. März 2020 konstatierten die Gutachter, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und legten die Verbesserung des Gesundheitszustandes anhand der Befunde nachvollziehbar dar (vgl. hierzu E. 3.2 und E. 3.4). Darüber hinaus verneinten sie die Diagnose einer leichten depressiven Störung in der Stellungnahme vom 20. März 2020 nicht, sondern hielten dafür, dass die in den Akten dokumentierten Fakten und die aktuellen Befunde «höchstens die Diagnose einer leichten depressiven Störung» erlaubten (Urk. 8/235/5). 4.3.3

Der Beschwerdeführer machte geltend, dass eine Verbesserung darüber hinaus zu verneinen sei, da sich in der neuropsychologischen Untersuchung die kognitiven Funktionseinschränkungen deutlich schlechter als noch im Jahr 2003 dargestellt hätten (Urk. 1 S. 11).

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass der neuropsychologische Untersucher bereits im Gutachten klar feststellte, dass die aktuelle ausgeprägte Verschlechterung der kognitiven Leistungen nicht durch die Folgen des HWS-Distorsionstraumas vom 3. November 1998 zu erklären seien. Die aktuellen, eher unspezifischen und schwankenden kognitiven Einschränkungen seien hochwahrscheinlich ursächlich durch psychische Faktoren und die Schmerzen erklärbar (Urk. 8/197/74). Präziser formulierte er es im Rahmen der Untersuchungsbefunde (Urk. 8/197/49): Im Rahmen des Symptomvalidierungstests übersteige die Fehleranzahl den Cut-Off-Wert von 5 Fehlern, das Ergebnis sei als auffällig zu bezeichnen. Die Frage nach einer möglichen bewusstseinsfernen Verdeutlichung der Beschwerden könne gestellt werden. Dazu seien eine Reihe Kriterien, die eine leicht reduzierte Anstrengungsbereitschaft zeigen könnten, erfüllt. Es lägen Diskrepanzen zwischen den ermittelten Ergebnissen der kognitiven Tests und bekannten Hirnfunktionsmustern sowie zwischen den ermittelten Ergebnissen der kognitiven Tests und dem beobachteten Verhalten während der Untersuchung vor. Zum Beispiel seien die Leistungen bei schwierigen Gedächtnistests auffällig. Entsprechend präzisierten die Gutachter interdisziplinär in der Stellungnahme vom 20. März 2020, dass das maladaptive Verhalten des Beschwerdeführers als psychischer Faktor überwiegend wahrscheinlich zu den Ergebnissen in der neuropsychologischen Untersuchung geführt habe (vgl. hierzu E. 3.4; Urk. 8/235). 4.4

Zusammenfassend ist gestützt auf das Gutachten vom 5. Juni

2019 sowie der ergänzenden Stellungnahme vom 20. März 2020 (vgl. E. 3.2 und E. 3.4) überwiegend wahrscheinlich, dass sich insbesondere der psychische Gesundheitszustand spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung durch die C.____ wesentlich verbessert hat und keine funktionellen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr zeitigt. Damit ist eine anspruchsrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben. Aufgrund der dargelegten Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse ist ein Revisionsgrund ausgewiesen und der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ex nunc et pro futuro

umfassend zu prüfen ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen (vgl. vorne E. 1.2; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_289/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 5).

Daran ändert – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 8) - nichts, dass das Gutachten auch neue Bewertungen enthält (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_248/2017 vom 24. Mai 2018 E. 4.2.3).

4.5

Gestützt auf die Ausführungen der Gutachter (vgl. E. 3.2 und E. 3.4) ist demnach überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass weder somatisch noch psychiatrisch ein unfallbedingter Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (mehr) vorliegt. Vollständigkeitshalber ist dabei festzuhalten, dass - wie von den Gutachtern ausführlich und schlüssig dargestellt (vgl. insbesondere Urk. 8/235/10 ff.) - offen bleiben kann, ob die somatischen Befunde und Diagnosen, welche bei der ursprünglichen Rentenzusprache mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bewertet wurden, vorbestehend waren oder nicht, da sie aktuell keine Symptome nach sich ziehen bzw. keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen.

Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (zur antizipierten Beweiswürdigung vgl. statt vieler: BGE 124 V 90 E. 4b). 4.6

Damit ist gestützt auf das Gutachten vom 5. Juni 2019 sowie die Stellungnahme vom 20. März 2020 überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass - unter ausschliesslicher Berücksichtigung der Unfallfolgen aus den Ereignissen vom 3. November 1998 und 7. Juli 2000 - weder für die angestammte Tätigkeit als Wirt noch für eine angepasste Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr gegeben ist und damit auch kein Rentenanspruch mehr besteht.

Die Aufhebung der UV-Invalidenrente per 31. Oktober 2019 gemäss Verfügung vom 28. Oktober 2019 (Urk. 8/222) erweist sich damit als rechtens und die Beschwerde gegen den angefochtenen Einspracheentscheid vom 5. März

2021 (Urk. 2) ist vollumfänglich abzuweisen. 5.5.1

Gemäss schriftlicher Bestätigung der Rechtsschutzversicherung vom 18. Juli 2019 (Urk.

E. 13

) übernimmt diese 50 % der Kosten im Rechtspflegeverfahren .

5.2

Die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtsvertretung (§ 16 Abs. 2 GSVGer) sind erfüllt und es ist Rechtsanwältin Stephanie C. Elms aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Eine Honorarnote wurde nicht eingereicht, womit - wie mit Verfügung 26. Mai 2021 (Urk. 10) mitgeteilt - die Entschädigung nach Ermessen festzusetzen ist. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses ist eine Entschädigung in Höhe von Fr. 2'100.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) angemessen, so dass Rechtsanwältin Stephanie C. Elms in Höhe von Fr. 1'050.-- aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist.

5.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst, In Bewilligung des Gesuchs vom 19. April 2021 wird dem Beschwerdeführer

Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, wird mit Fr. 1'050.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - SWICA Versicherungen AG - Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 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, zuzustellen.

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 HurstCasanova

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