

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00155

vom 31. August 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2022.00155

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00155 du 31 août 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2022.00155 del 31 agosto 2023

Erwägungen

E. 1.1

Der Unfall hat sich am 6. August 1992 ereignet. Die leistungszusprechenden Verfügungen ergingen am 23. August 1999 (Integritätsentschädigung) und am 16.

Februar 2000 (Rente). Sie erwachsen unangefochten in Rechtskraft.

Der Unfall ereignete sich somit vor Inkrafttreten des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) am 1. Januar 2003. Auch der Beginn der Invalidenrente und die Zusprechung der Integritätsentschädigung fiel allein unter die Herrschaft des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG). Nach dem übergangsrechtlichen Grundsätzen, die für den Fall einer Änderung der gesetzlichen Grundlagen die Ordnung für anwendbar erklären, welche zur Zeit galt, als sich der zu Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat, ist daher zumindest für den Zeitraum bis 31. Dezember 2002 und soweit notwendig auf die damals geltenden Bestimmungen des UVG abzustellen. Für die Zeit danach, namentlich bezüglich der

- Gegenstand des Einspracheentscheides vom

E. 1.2

Im Rahmen eines von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens nahm die Rechtsnachfolgerin der O.____, die Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Allianz),

am 25. November 2020 (Urk. 9/2058) eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten in Aussicht. Diese wurde durch die Medas Y.____

durchgeführt, deren Gutachten am 12. Juli 2021 erstattet wurde (Urk. 9/1020). Mit Verfügung vom 3. August 2021 (Urk. 9/2075) stellte die Allianz die Versicherungsleistungen per 31. August 2021 ein. Die dagegen am 10.

September 2021 (Urk. 9/2076) erhobene und am 22. Oktober 2021 (Urk.

9/2080) ergänzte Einsprache wies die Allianz mit Einspracheentscheid vom 5. Juli 2022 ab. Gleichzeitig zog sie die Verfügung der O.____ vom 23. August 1999 betreffend Zusprechung einer Integritätsentschädigung in Wiedererwägung und hob diese auf (Urk. 9/2082 = Urk. 2).

E. 1.3

Gemäss Art. 6 UVG werden - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles

ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.4

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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.1 f.).

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 142 V 435 E. 1, 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen).

E. 1.5

Ist ein Schleudertrauma der Halswirbelsäule diagnostiziert und liegt ein für diese Verletzung typisches Beschwerdebild mit einer Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Übelkeit, rasche Ermüdbarkeit, Visusstörungen, Reizbarkeit, Affektlabilität, Depression, Wesensveränderung und so weiter vor, so ist der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und der danach eingetretenen Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit in der Regel anzunehmen. Es ist zu betonen, dass es gemäss obiger Begriffsbeschreibung für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt, wenn der Unfall für eine bestimmte gesundheitliche Störung eine Teilursache darstellt (BGE 117 V 359 E. 4b).

E. 1.6

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; Urteil des Bundesgerichts 8C_698/2021 vom 3. August 2022 E. 3.4). 1.

E. 1.7

) entweder ein einzelnes in ausgeprägter Weise oder aber mindestens vier in gehäufter oder auffallender Weise gegeben wären (Urteil des Bundesgerichts

8C_674/2019 vom 3. Dezember 2019 E. 5.3).

E. 1.12

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 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1). 2.

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer weiterhin die mit Verfügung vom 16. Februar 2000 zugesprochene 27%ige Unfallrente auszurichten.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Zusammenfassend seien die MEDAS-Gutachter zum Schluss gekommen, dass in orthopädischer und neurologischer Hinsicht ein *s tatus quo sine per* 21.

Mai 2005 und somit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. In neuropsychologischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert, allerdings aus unfallfremden Gründen (S. 8 oben). Bei diesem Gutachten, das den Beweisanforderungen genüge, handle es sich nicht um eine « second

opinion ». Es sei darauf abzustützen. Daraus ergebe sich eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, weshalb die Voraussetzungen zur materiellen Rentenrevision erfüllt seien (S. 9 Ziff. 28).

Die Rentenverfügungen (richtig: die Rentenverfügung und die Verfügung betreffend Integritätsentschädigung) vom 23. August 1999 und vom 16. Februar 2000 seien aufgrund eines Schleudertraumas beziehungsweise einer Halswirbelsäulen

(HWS)-Distorsion erfolgt, weshalb für die Leistungsbeurteilung eine separate Prüfung des adäquaten Kausalzusammenhangs hätte durchgeführt werden müssen (S. 11 Ziff. 38). Dies sei unterlassen worden, weshalb die Verfügungen offensichtlich unrichtig und in Wiedererwägung zu ziehen seien. In der angefochtenen Verfügung sei unmissverständlich auch die Integritätsentschädigungsverfügung in Wiedererwägung gezogen und aufgehoben worden, jedoch sei dies im Dispositiv versehentlich nur für die Rentenverfügung festgehalten worden. Aus diesem Grund werde dieses offensichtliche Versehen im Einspracheentscheid formell korrekt nachgeholt. Auf die Gewährung des rechtlichen Gehörs sei in diesem Zusammenhang verzichtet worden, da eine Rückforderung der Integritätsentschädigung zufolge eingetretener Verjährung ohnehin nicht möglich sei und auch nicht verlangt werde (S. 12 Ziff. 43).

Gestützt auf das MEDAS-Gutachten sei der natürliche Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall vom 6. August 1992 und den ab September 2021 geltend gemachten Beschwerden zu verneinen. Die Adäquanzprüfung nach der Schleudertrauma-Praxis

ergebe, dass keines der für die Adäquanzbeurteilung massgebenden Kriterien erfüllt sei. Das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem Unfallereignis müsse deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint werden, weshalb die Leistungseinstellung per 31. August 2021 nicht zu beanstanden sei (S. 19 Ziff.

74).

Weiter seien allfällige Auswirkungen einer wiedererwägungsweisen Überprüfung der Invalidenrente sowie der Integritätsentschädigung auf die subrogatorische Forderung gegenüber dem haftpflichtigen Dritten im vorliegenden Verfahren, in dem es einzig darum gehe zu prüfen, ob die Versicherungsleistungen zu Recht erfolgt seien, nicht entscheidend. Es lägen daher keine Gründe dafür vor, die Regressakten beizuziehen. Das Regressverfahren betreffe den Beschwerdeführer nicht und werde üblicherweise mit einer Saldoklausel abgeschlossen, womit die Annahme einer ungerechtfertigten Bereicherung von vornherein ausscheide. Der Antrag des Beschwerdeführers um Ausrichtung der Regressforderung erweise sich somit als unbegründet (S. 19 Ziff. 77). Diese Ausführungen erneuerte die Beschwerdegegnerin zur Hauptsache mit Beschwerdeantwort vom 28.

September 2022 (Urk. 8) ; darin

teilte sie im Weiteren in formeller Hinsicht präzisierend

mit, der angefochtene Entscheid werde pendente lite in dem Sinne in Wiedererwägung gezogen, dass sowohl die Verfügung vom 23. August 1999 (betreffend Integritätsentschädigung) als auch jene vom 16. Februar 2000 (betreffend Rente) in Wiedererwägung zu ziehen und aufzuheben seien (S.

3).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin mit Replik vom 21. März 2023 (Urk. 18) fest.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe erst im Einspracheentscheid die Verfügung vom 23. August 1999 betreffend Integritätsentschädigung in Wiedererwägung gezogen und aufgehoben, womit das Einspracheverfahren und sein rechtliches Gehör missachtet worden seien. Das Bundesgericht habe in seinem Urteil 8C_643/2018 vom 4. Juli 2019 entschieden, die Versicherung sei darauf zu behaften, dass die Adäquanzkriterien wenigstens implizit geprüft worden seien. Die Verfügung vom 23. August 1999 habe nach wie vor Gültigkeit. In der Verfügung vom 3. August 2021 sei im Dispositiv lediglich festgehalten worden, dass die Versicherungsleistungen per 31. August 2021 eingestellt würden. Ein Verweis auf die Erwägungen sei nicht erfolgt, ebenso keine wiedererwägungsweise Aufhebung der rentenzusprechenden Verfügung. Dies habe zur Folge, dass der adäquate und natürliche Kausalzusammenhang weiterhin anerkannt seien (S. 4 f.).

Die medizinische Aktenlage zum Zeitpunkt der Zusprechung der Integritätsentschädigung und der Rente wie auch die weiteren Unterlagen zeigten, dass die Adäquanzkriterien geprüft worden und erfüllt gewesen seien (S. 8 ff.). Verschiedene andere beteiligte Versicherungen hätten ebenfalls Leistungen erbracht, was ohne Anerkennung des natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhangs nicht erfolgt wäre (S. 13). Es habe am 11. November 1999 eine Besprechung betreffend Rentenverfügung stattgefunden, weshalb

davon auszugehen sei, dass Einigkeit über den Leistungsanspruch bestanden habe. Diesbezüglich werde der Zeugenbe weis offeriert (S. 13 unten f.). Die Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers habe den Regress auf der Basis einer lebenslangen Rente bezahlt, was ohne Rechtsanspruch kaum geschehen wäre (S. 15). Das Dossier sei weiter unvollständig und mangelhaft geführt und die Beschwerdegegnerin habe eine eigentliche « second

opinion » eingeholt, was unzulässig sei (S. 16 und 17). Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Medas -Gutachten sei nicht beweiswertig, da ein zerne Berichte fehlten, der orthopädische Gutachter die im Unfalldossier erwähnten bildgebenden Dokumente nicht beigezogen habe und der Neurologe festhalte, dass eine aktuelle Untersuchung schon aufgrund des langen zeitlichen Abstandes zum Unfall nicht zielführend sei (S. 17-18). Aus weiteren näher dargelegten Gründen sei das neurologische Teilgutachten nicht vollständig, so spreche der Gutachter von «überholender Kausalität», obwohl diese rechtsprechungsgemäss im Rentenfall nicht existiere (S. 19). Die neuropsychologische Abklärung habe ergeben, dass weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit eine unfallbedingte Arbeitsfähigkeit gegeben sei (S. 21).

Es liege kein Wiedererwägungsgrund vor. Eine erhebliche Bedeutung für eine Berichtigung sei zu verneinen, da die Beschwerdegegnerin mit der Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers Regress vereinbart habe. Eine offensichtliche Unrichtigkeit sei ebenfalls zu verneinen (S. 25 ff.).

Eine implizite Prüfung der Adäquanz genüge (S. 26). Weiter liege auch kein Revisionsgrund vor. Die Diskushernie vom 21. Mai 2005 und sein Hirnschlag vom 4. Juli 2015 hätten nicht zum Wegfall der natürlichen Kausalität geführt (S. 29 unten f.). Es liege keine wesentliche Änderung seines Gesundheitszustandes vor (S. 35). Daran hielt der Beschwerdeführer mit Replik vom 20. Januar 2023 (Urk. 14) fest.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Leistungseinstellungen. 3.

E. 3

Es sei festzustellen, dass die Verfügung vom 23. August 1999 betreffend Zusprache einer Integritätsentschädigung weiterhin Gültigkeit hat.

E. 3.1

Bzüglich der Rentenrevision ist festzuhalten, dass diese im Sinne von Art.

22

UVG rechtzeitig erfolgte: Der am 21. April 1956 geborene Beschwerdeführer erreichte am 21. April 2021 das 65. Altersjahr. Die Beschwerdegegnerin leitete das Revisionsverfahren im November 2020 ein, indem sie dem Beschwerdeführer unbestrittenermassen am 25. November 2020 mitteilte, zur Prüfung einer allfälligen Rentenrevision eine neue medizinische Begutachtung durchzuführen. Dass die eigentliche Revisionsverfügung erst am 3. August 2021 und damit nach dem 65. Geburtstag des Beschwerdeführers erging, vermag an der Rechtzeitigkeit nichts zu ändern (BGE 103 V 30 E. 2 ; Rumo-Jungo /Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung,

4. Auflage, S. 156 mit Hinweis).

E. 3.2

in BGE 149 V 91 = Urteil des Bundesgerichts 8C_616/2022 vom 15. März 2023 ;

nicht publizierte E. 6.1 in BGE 147 V 55 = Urteil des Bundesgerichts 8C_72/2020 vom 26. August 2020). 8. 3

Vorliegend ist festzustellen, dass die rentenzusprechende Verfügung vom 16. Februar 2000 (Urk. 9/2035) keinerlei Angaben zum adäquaten Kausalzusammenhang enthielt. Den im Vorfeld der Verfügung ergangenen Akten lassen sich einzig eine Korrespondenz bezüglich Begutachtung (Urk. 9/2005-2008), die Rechtzeitigkeit der Unfallmeldung (Urk. 9/20011), die weitere Unfalldeckung (Urk. 9/2009), Tag geldabrechnung (Urk. 9/2014-2016; Urk. 9/2020; Urk. 9/2028) und Lohnangaben (Urk. 9/20219) entnehmen. Eine Beurteilung des adäquaten Kausalzusammenhangs

ist nicht ersichtlich. Daran ändert nichts, dass andere Versicherungen ebenfalls Leistungen erbrachten. Über die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Besprechung vom 11. November 1999 (vgl. vorstehend E. 2.2) liegen keine Unterlagen vor. Der Beschwerdeführer war jedoch nach Lage der Akten seit 1997 anwaltlich vertreten (vgl. Urk. 9/2003 S. 2) und die Rentenverfügung erging an seine damalige Rechtsanwältin. Diese monierte damals innerhalb der Einsprache frist die fehlende Adäquanztprüfung nicht, was sich der Beschwerdeführer entgegenhalten lassen muss. Auf die beantragte Befragung der Anwältin als Zeugin (vgl. Urk. 1 S. 14) kann deshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, je m.w.H.) verzichtet werden.

Somit basierte die Verfügung vom 16. Februar 2000 auf keiner, auch keiner impliziten, Prüfung der adäquaten Kausalität. Sie war damit zweifellos unrichtig. 8. 4

Die zweifellose Unrichtigkeit der fraglichen Verfügung ist zudem auch aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes in dem Sinne zu bejahen, dass sie auf einer unzureichenden medizinischen Beurteilung fusste. Das Gutachten von Dr. D.____ vermag, wie dargelegt (vgl. vorstehend E. 6.2), nicht zu überzeugen, da es weder eine nachvollziehbare Diagnose noch eine schlüssige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers enthielt. 8. 5

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sowohl ein Revisions- wie auch ein Wiedererwägungsgrund ausgewiesen sind. Nachdem ein Revisionsgrund besteht, erweist sich das Dispositiv des Einspracheentscheides, womit die Versicherungsleistungen per 31. August 2021 eingestellt wurden, als korrekt; eine formelle Aufhebung der rentenzusprechenden Verfügung vom 16. Februar 2000 ist nicht notwendig.

Der angefochtene Einspracheentscheid ist in diesem Punkt rechtens. Dies führt diesbezüglich zur Abweisung der Beschwerde, soweit auf sie einzutreten ist. 9.

Der Beschwerdeführer obsiegt zwar teilweise, und zwar in Bezug auf den seitens der Beschwerdegegnerin zu Unrecht erlassenen Feststellungsentscheid; in den übrigen und insbesondere in den vom ihm zur Hauptsache thematisierten Fragen unterliegt er dagegen gänzlich. Das Obsiegen ergab sich allein aus formellen Gründen und bleibt letztlich ohne weitere Auswirkungen für den Beschwerdeführer; es ist so geringfügig, dass sich keine Zuspreehung einer Partei entschädigung rechtfertigt, zumal er sich auch nicht dazu geäußert hat (vgl. § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht in Verbindung mit § 6 Abs.

1 und § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer). Eine Parteientschädigung ist damit nicht zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung

der Beschwerde wird Ziff. C1 des angefochtenen Einspracheentscheides vom 5. Juli 2022 aufgehoben; im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Dem Beschwerdeführer wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 5.

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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Lienhard

E. 4

Eventualiter: Es sei die bei der gegnerischen Haftpflichtversicherung Mobiliar damals gestellte Regressforderung ungekürzt und pro rata ab Renten einstellung in einer Einmalzahlung zuzüglich 5 % Verzugszins spätestens ab dem 1. September 2021 an den Beschwerdeführer auszurichten.

Die Beschwerdegegnerin stellte

mit Beschwerdeantwort vom 28. September 2022 (Urk. 8) fest, Ziff. 81 sowie lit. C des angefochtenen Einspracheentscheides vom 5. Juli 2022

würden insofern pendente lite in Wiedererwägung

gezogen, als die Verfügungen vom 23. August 1999 und vom 16. Februar 2000 in Wiedererwägung zu ziehen und aufzuheben seien; im Weiteren beantragte sie die Abweisung der Beschwerde (S. 3 unten und S.

4). Mit Replik vom 20. Januar 2023 (Urk.

14) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest, wovon die Beschwerdegegnerin am 24. Januar 2023 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 15). Die Beschwerdegegnerin hielt mit Duplik vom 21. März 2023 (Urk. 18) an ihren Anträgen fest. Dies wurde dem

Beschwerdeführer am 23. März 2023 mitgeteilt (Urk. 19). Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 4.1

Auf eine

formell rechtskräftige rentenzusprechende Verfügung kann mittels - hier nicht zur Diskussion stehender - prozessualer Revision oder Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 1 und 2 ATSG (vorstehend E. 1.11 -1.12) oder mittels materielle r Revision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vorstehend E. 1.9- 1. 10)

zurück gekommen werden.

Zunächst ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes in dem Sinne zu prüfen,

ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verlauf wesentlich verändert hat, wobei die Rentenverfügung vom 16. Februar 2000 (Urk. 9/2035) den zeitlichen Anknüpfungspunkt bildet (vgl. vorstehend E. 1.

E. 4.2

Dr. med. Z.____, Chirurgische Klinik Kantonsspital A.____, hielt im Zeugnis vom 28. August 1992 (Urk. 9/1003) fest, der Beschwerdeführer sei am 6. August 1992 als Führer eines Autos von der Seite angefahren worden, wobei die Erstbehandlung gleichentags stattgefunden habe (Ziff. 1-2). Der Befund habe mehrere Schnittverletzungen am linken Unterarm und an der linken Orbita ergeben. Dr. Z.____ diagnostizierte Schnittverletzungen der genannten Lokalisationen (Ziff. 4-5). Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 8).

E. 4.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, diagnostizierte mit Zeugnis vom 10. November 1992 (Urk. 9/1004) einen Verkehrsunfall mit multiplen Glassplitterverletzungen und ein Schleudertrauma (Ziff. 5). Im Spital seien die Splitter nur teilweise entfernt worden. Mehrfach hätten feinste Glassplitter extra hiebt werden müssen (Ziff. 4). Der Beschwerdeführer sei voraussichtlich bis Ende Oktober zu 100 % arbeitsunfähig. Ab 4. November 1992 sei eine versuchsweise Arbeitsaufnahme zu 50 % geplant (Ziff. 8-9).

E. 4.4

Mit Bericht vom 9. Februar 1993 (Urk. 9/1006) führte Dr. B.____ aus, anfänglich habe die Wundversorgung im Vordergrund gestanden. Über Nacken- oder Kopfschmerzen sei in den ersten zwei Wochen nach dem Unfall nicht berichtet worden (S. 1). Am 21. August 1992, somit zwei Wochen nach dem Unfall, habe der Beschwerdeführer über orthostatischen Schwindel sowie Kopfschmerzen geklagt. Am 8. September 1992 habe er über Genickstarre und Nackenbeschwerden geklagt. Damals sei er mit der Diagnose Schleudertrauma der HWS zur physikalischen Therapie angemeldet worden (S. 1 Ziff. 1). Am 21. August 1992 habe er über Schwindel berichtet, am 8. September 1992 über ein vom Nacken aufsteigendes Druckgefühl, Genickstarre, Halskehre und Leistungsminderung. Am 22.

September 1992 sei über Ermüdungserscheinungen der Nackenmuskulatur, Wertefähigkeit und Schwindel bei der Reklination der HWS berichtet worden. In der Folge habe er hauptsächlich über vom Nacken aufsteigende Kopfschmerzen, Schwindel, welcher

bei gewissen Kopfbewegungen verstärkt werde, und einen ausgeprägten Konzentrationsmangel bei der Arbeit geklagt. Alle diese Beschwerden seien gemäss Beschwerdeführer vor dem Unfall nicht vorhanden gewesen (S. 1 Ziff. 2). Am 22. September 1992 habe der Befund eine verspannte paravertebrale Nackenmuskulatur und eine Druckdolenz der mittleren HWS, eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS in allen Richtungen um etwa ein Drittel, jedoch keine Schmerzausstrahlungen in die Arme, keine neurologischen Ausfälle und keine Sehstörungen ergeben. Hingegen seien eine Schwellung periorbital links sowie Beschwerden im Sinne einer Irritation des Nervus supraorbitalis links festzustellen gewesen (S. 2 Ziff. 4). Ein Röntgenbild vom 24. September 1992 habe eine altersentsprechend normale Darstellung der HWS und insbesondere keinen Nachweis posttraumatischer Läsionen ergeben (S.

2 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer sei vom 6. August bis 2. November 1992 zu 0 %, vom 3. November 1992 bis 31. Januar 1993 zu 50 % und seit 1. Februar 1993 zu 66 % arbeitsfähig gewesen (S. 2 Ziff. 7).

E. 4.5

Die Ärzte der Neurologischen Klinik und Poliklinik am Universitätsspital C.____ stellten mit Bericht vom 23. Februar 1993 (Urk. 9/1010) folgende Diagnosen (S. 1): - Kopfschmerzen nach Autounfall am 6. August 1992 - anamnestisch Spannungstyp-Kopfschmerzen - zervikales Schmerzsyndrom - Verdacht auf depressive Entwicklung Im aktuell erhobenen Neurostatus seien keine objektiv erfassbaren, wesentlichen pathologischen Befunde vorhanden. Die Druckdolenz über dem medialen Augenwinkel links entspreche wahrscheinlich narbigen Verwachsungen in diesem Bereich. Die aktive und passive Beweglichkeit der HWS sei gut erhalten, die leicht bis mässig druckdolente Ansätze der Muskulatur nuchal entsprächen eher geringen Myogelosen und erklärten das subjektiv als stark empfundene Schmerzsyndrom nur teilweise. Die Allgemeinsymptome mit herabgesetzter Leistungsfähigkeit, schneller Ermüdbarkeit und Schlafstörungen seien eher Zeichen einer depressiven Entwicklung, die ihrerseits die Chronifizierung der initialen Schmerzsymptome verstärke (S. 2).

E. 4.6

Dr. B.____ hielt in seinem Zwischenbericht vom 3. Mai 1993 (Urk. 9/1011) fest, unter regelmässiger physikalischer Therapie sowie Behandlung mit einem Antidepressivum hätten sich die chronischen Kopfschmerzen und der Schwindel weiter zurückgebildet und der Zustand des Patienten habe sich stabilisiert (Ziff. 2). Er habe seit 29. März 1993 die Arbeit zu 75 % wieder aufgenommen, die Wiederaufnahme zu 100 % sei auf etwa den 10. Mai 1993 geplant (Ziff. 4-5).

In einem weiteren Bericht vom 28. Juli 1993 (Urk. 9/1013) diagnostizierte Dr.

B.____ ein rezidivierendes zerviko-zephalales Syndrom nach HWS-Trauma 1992 und ein Irritationssyndrom des Nervus supraorbitalis links nach Rissquetschwunde 1992 (Ziff. 5).

E. 4.7

Im Auftrag der O.____ erstattete Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, am 26. November 1998 ein neurologisches/neuropsychologisches Gutachten, welches er auf die Akten, die Anamnese, eine neurologische, neuropsychologische und eine elektroenzephalographische sowie eine bildgebende Untersuchung stützte (Urk. 9/1015). Dr. D.____ stellte folgende Diagnosen (S. 10): - Zustand nach Verkehrsunfall vom 6. August

1992 mit Halswirbelsäulen abknickverletzung, milder traumatischer Gehirnverletzung sowie Schnittverletzungen im Gesichtsbereich - mit heute noch bestehenden/m - leicht bis mässigem Zervikalsyndrom - mässigen zervikozephalen Beschwerden - leicht bis mässigen kognitiven Störungen - posttraumatische r Belastungsstörung Der Beschwerdeführer habe beim Unfall vom 6. August 1992 eine Halswirbelsäulenabknickverletzung bei Kopfanprall sowie eine milde traumatische Gehirnverletzung erlitten. Zusätzlich sei es noch zu Schnittverletzungen im Gesicht gekommen. Als direkte seelische Folge des Unfalls lasse sich die Diagnose einer inzwischen weitgehend abgeklungenen posttraumatischen Belastungsstörung stellen. Hierbei handle es sich um eine adäquate Folge auf einen bei vollem Bewusstsein erlebten Unfall mit Gesichtsverletzung. Der Beschwerdeführer leide insbesondere belastungsabhängig unter Genickschmerzen, vermehrten Kopfschmerzen, einer verminderten Belastbarkeit und erhöhten Ermüdbarkeit sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen. Wegen seiner kognitiven Defizite benötige er vermehrt Zeit, um seine Leistungen zu kontrollieren, und sei dadurch zusätzlich in seiner Effizienz reduziert. Aufgrund der Einschränkungen und Beschwerden bestehe eine glaubhaft geltend gemachte Reduktion der Arbeitsfähigkeit, die auf 30 % im Beruf als Versicherungsfachmann zu schätzen sei. In einem anderen Tätigkeitsbereich, zum Beispiel einer regelmässigen Bürotätigkeit ausser Haus, müsste die Arbeitsfähigkeit neu eingeschätzt werden und diese wäre unter Umständen tiefer einzuschätzen (S. 10 f.). Sechs Jahre nach dem Unfallereignis sei von einem Residualzustand auszugehen. Der Integritätsschaden sei auf insgesamt 25 % zu schätzen, 15 % bei Hirnleistungsstörung und 10 % bei Wirbelsäulenverletzung (S. 11). Die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nur mit einem grossen Mass an Ungenauigkeit zu beantworten; die Angaben von Dr.

B. ___ dürften jedoch richtig sein. Die Einschätzung einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit sei approximativ und müsse anhand der erbrachten Umsätze und der Arbeitsleistung des Beschwerdeführers überprüft werden (S. 12 Ziff. 4.2). Vor dem Unfall habe der Beschwerdeführer selten unter Kopfschmerzen gelitten, zirka ein mal im Monat, welche allerdings vor dem Unfall einen anderen Schmerzcharakter aufgewiesen und die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusst hätten, so dass heute von einem Zustand auszugehen sei, der nicht durch krankheitsbedingte Elemente mit beeinflusst werde (S. 12 Ziff. 4.3).

E. 4.8

Gestützt auf diese Beurteilungen sowie eine technische Unfallanalyse (Urk.

9/1017; Urk. 9/1019) erklärte sich die O. ___

unter Hinweis auf die gewechselte Korrespondenz sowie auf verschiedene Besprechungen (vgl. etwa Urk.

9/2034, Urk. 9/2029) mit Verfügung vom 16. Februar 2000 bereit, bei einem Invaliditätsgrad von 27 % ab 1. Januar 2000 eine Rente zu zusprechen (Urk.

9/2035).

5.

E. 5

Juli 2022 bildenden - Frage einer Rentenrevision oder Wiedererwägung ist hingegen das ATSG massgebend.

Für den Verfahrensausgang ist die Änderung der gesetzlichen Anspruchsgrundlagen insofern von untergeordneter Bedeutung, als die im ATSG enthaltenen Umschreibungen hinsichtlich der UV-rechtlichen Invaliditätsbemessung keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Normenlage brachten. Denn gemäss Urteil des Bundesgerichts

U 192/03 vom 22. Juni 2004 entsprechen die im ATSG enthaltenen Definitionen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG), der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) und der Invalidität (Art. 8 ATSG) ebenso wie die Vorschrift über die Bestimmung des Invaliditätsgrads bei erwerbstätigen Versicherten (Art. 16 ATSG) den bisherigen, in der Unfallversicherung von der Rechtsprechung dazu entwickelten Begriffen und Grundsätzen (Urteil des Bundesgerichts

U 281/04

vom 9. November 2004 E. 1 mit Hinweisen). Auch hinsichtlich der UV-rechtlichen Rentenrevision brachte das ATSG keine substantziellen Änderungen gegenüber der bis zum 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Normenlage (Urteil des Bundesgerichts

U 124/04

vom 8. November 2004 E. 2.1 mit Hinweisen). 1. 2

Art. 82 Abs. 1 Satz 1 ATSG sieht vor, dass materielle Bestimmungen des ATSG auf die bei seinem Inkrafttreten laufenden Leistungen und festgesetzten Forderungen nicht anwendbar sind, wobei als materielle Bestimmungen des ATSG Art.

3 bis Art. 26 sowie Art. 63 bis Art. 75 anzusehen

sind. Diese Bestimmungen sind somit nicht anwendbar, soweit über die Leistung beziehungsweise Forderung bereits entschieden wurde (Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N. 16-17 zu Art. 82). Eine Dauerleistung, die gestützt auf eine vor dem Inkrafttreten des Gesetzes ergangene Entscheidung auch über den 31. Dezember 2002 hinaus ausgerichtet wird, ist hingegen ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens grundsätzlich den Bestimmungen des ATSG anzupassen (Kieser, a.a.O., N. 14). Mithin finden Art. 17 ATSG (Revision der Invalidenrente und anderer Dauerleistungen) und Art.

53 ATSG (Wiedererwägung) auch auf den vorliegenden Fall Anwendung. Da der angefochtene Einspracheentscheid am 5. Juli 2022 erging, ist die ab 1. Januar 2022 geltende Fassung des ATSG massgeblich.

E. 5.1

Im aktuellen Revisionsverfahren wurden die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten genommen.

Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, PD Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, und dipl. psych. G.____, Neuropsychologin, stellten in ihrem am 12.

Juli 2021 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer orthopädischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung verfassten Gutachten

(Urk. 9/1020) keine unfallbedingten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 108 Ziff. 4.2.1). Die folgenden Diagnosen hätten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

108 Ziff. 4.2.1.1): - Nach DSM-V: majore neurokognitive Störung - mit Verhaltensauffälligkeiten (Persönlichkeitsveränderung, Reizbarkeit) - mit Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Exekutivfunktionsstörungen - mit assoziierten, die Diagnose stützenden Merkmalen: Kopfschmerzen, Belastbarkeitsminderung, Schlafstörungen, niedrige Frustrationstoleranz, Anspannung Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (S. 109 Ziff. 4.2.2): - HWS-Beschleunigungsverletzung vom 6. August 1992 - ventrale Diskektomie Halswirbelkörper (HWK) 6/7, Sequestrektomie und Foraminotomie HWK6/7 rechts sowie interkorporelle Spondylodese HWK6/7 vom 21. März 2005 - Lumboischialgie rechts mit Nervenwurzelreizung L5 - Zustand nach HWS-Schleudertrauma vom 6. August 1992 - im HWS-MRI vom 13. August 1998 kein Hinweis für traumabedingte nervale Veränderungen, kein Hinweis für eine Myelonkompression oder radikuläre Kompression - im CMRT vom 13. August 1998 kein Hinweis für Traumafolgen - mit protrahiert (nach einem Zeitraum von über einer Woche) aufgetretenem akuten anamnestic als Spannungskopfschmerztyp-Kopfschmerz klassifizierte m Kopfschmerz (Februar 1993) und im Verlauf dann Dokumentation von Kopfschmerzen, die einem Migränekopfschmerz entsprechen (November 1998) - anamnestic besteht kein Hinweis für eine MTBI (mild traumatic

brain

injury , leichte traumatische Hirnverletzung) - Zustand nach kompressiver

C7-Radikulopathie mit sensomotorischem Ausfallsyndrom Februar 2005 - Zustand nach ventrale r Diskektomie HWK 6/7, Sequestrektomie und Foraminotomie HWK6/7 rechts sowie interkorporeller Spondylodese HWK6/7 vom 21. März 2005 - mit residualer Sensibilitätsstörung für Spitzreize im Dermatome C7 auf der rechten Seite - Zustand nach zerebrovaskulärem Insult am 4. Juli 2015 im Medialen Strahlungsgebiet, die Capsula interna auf der linken Seite betreffend - initial mit sensomotorischer, ataktischer Hemisymptomatik auf der rechten Seite, in der aktuellen Untersuchung latente Parese mit Rotationstendenz der rechten oberen Extremität - anamnestic bei mikroangiopathischer Genese - kardiovaskuläre Risikofaktoren: Nikotinabusus und Hypertonie - Verdacht auf intermittierend auftretendes L5-Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom rechtsseitig

E. 5.2

Anlässlich der orthopädischen Begutachtung gab der Beschwerdeführer an, er habe 1992 einen Autounfall erlitten, bei dem er bewusstlos gewesen sei. Starke Schwindel habe er unmittelbar nach dem Unfallereignis verspürt. Weiter habe er 2015 einen Hirnschlag erlitten. Die Folgeerscheinungen des Unfalls hätten sich dadurch verstärkt und er habe gemäss seinem persönlichen Umfeld in der Leistung -

und Belastungsfähigkeit weiter abgebaut. Er sei sehr vergesslich und habe ein erhöhtes Schlafbedürfnis. Auch könne er keine tiefgründigen Gespräche führen oder an Diskussionen teilnehmen, weshalb er sich auch zunehmend von seinen Bekannten distanziert habe. Wenn er nach oben schaue, setze Schwindel ein, was jedoch bisher noch nie untersucht worden sei. Die seit dem Unfall bestehenden Gleichgewichtsstörungen hätten sich durch den Hirnschlag ebenfalls verstärkt. Zusätzlich bestehe eine innere Unruhe und er gerate schnell in Panik (S.

20).

Der Gutachter hielt mit Blick auf die Herleitung der Diagnosen infolge des Auto unfall s vom 6. August 1992 fest, c charakteristische Beschwerden entwickelten sich üblicherweise innerhalb der ersten 72 Stunden nach dem auslösenden Ereignis. Dies sei beim Beschwerdeführer nicht der Fall gewesen. Eine strukturelle Läsion, einschliesslich einer ligamentären Verletzung oder einer erheblichen Muskelzer rung sei

als mögliche Ursachen für die Beschwerden an der HWS aus ge sch ie den , da sich diese rasch nach dem Unfallereignis hätten klinisch manifestieren müssen und der Beschwerdeführer diese Beschwerden auf der Notfallstation oder spätes tens im Rahmen der Erstkonsultation beim behandelnden Hausarzt angegeben hätte. Auch residuelle posttraumatische Veränderungen hätten

sich bildgebend im Kopf, an der HWS und de m

zerviko k ranialen Übergang nicht feststellen lassen . Eine funktionelle Strukturschädigung im Sinne einer Muskelzerrung lasse sich retrospektiv nicht ausschliessen, diese klinge jedoch in der Regel rasch und fol genlos ab (S. 29). Aktuelle Beschwerden in der Nackenregion, die auch höchstens bei Bedarf Analgesie erforderten, entsprächen grundsätzlich dem altersmässigen Verlauf und könnten nicht mehr kausal der HWS-Distorsion aus dem Jahr 1992, also vor über 30 Jahren, zugerechnet werden. Zunächst sei aktenanamnestisch höchst fraglich, dass überhaupt eine Rente gesprochen worden sei bei schon ini tial fehlenden Voraussetzungen hinsichtlich des natürlichen Kausalzusammen hanges wie der Adäquanz. Von einer richtunggebenden Verschlimmerung könne zudem keine Rede sein. Zudem wäre eine allenfalls noch bestehende Kausalität spätestens durch unfallfremde Ereignisse wie die unfallfremde Operation einer Diskushernie (an der HWS) im Jahr 2005 und d e r Hirnschlag im Jahr 2015 überholt worden. Vor d ies em Hintergrund könne überwiegend wahrscheinlich festge halten werden, dass spätestens am 21. Mai 2005 ein status quo sine eingetreten sei. Muskuläre Beschwerden könnten aufgrund der stattgehabten Operation in der Folge persistieren. Nach 15 Jahren könne dazu allenfalls ein Psychiater Stellung nehmen. Die anlässlich der Begutachtung geklagten somatischen Beschwerden seien aber generell leicht gewesen, weshalb auch davon abgesehen werden könne. Es liessen sich höchstens leichte nuchale Beschwerden feststellen, ohne dass ein pathologisch-anatomisches Korrelat ursächlich hierfür festgemacht werden könne , welche daher altersüblich oder leichte Restanzen der nicht unfallkausalen HWS-Operation aus dem Jahr 2005 seien. Aus orthopädischer Sicht sei eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht gegeben (S. 30).

Die heute noch geltend gemachte Gesundheitsschädigung sei nicht mit überwie gender Wahrscheinlichkeit zu mindest teilweise Folge des Unfalles vom 6.

August 1992. Es lägen keine strukturell fassbaren posttraumatischen Läsionen an der HWS, an den neuralen Strukturen oder an den die HWS stabilisierenden Liga menten vor, welche sich hätten darstellen lassen. Ein status quo sine sei spätes tens durch das unfallfremde überholende Ereignis der HWS-Operation am 21. Mai 2005 eingetreten. Die noch bestehenden Restbeschwerden seien altersentspre chend und überwiegend wahrscheinlich durch eine persistierende Muskelinsuffi zienz bedingt (S. 8 Ziff. 2.1).

Es seien seit dem Rentenbeginn weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgetreten, die heute das Beschwerdebild mitbestimmten und die nicht als Folge des besagten Unfalles anzusehen seien: Im Februar 2005 habe sich eine C7-Wur zelreizung bei Diskushernie C6/7

mit senso motorischer Ausfallsymptomatik rechts entwickelt. Nach operativer Versorgung am 21. März 2005 habe sich die motorische Ausfallsymptomatik komplett zurückgebildet. Es persistiere noch eine gewisse Hyposensibilität im rechten Arm. Dieses Ereignis sei als eine überholende Kausalität zu werten, sofern damals nach wie vor unfallkausale nuchale Beschwerden bestanden hätten. Ferner bestünden lumboradikuläre Beschwerden bei Wurzelreizung L5 rechts, jedoch ohne senso motorische Defizite (S. 30 Ziff).

2.2.1). Die unfallfremden Ursachen hätten sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch ohne das Unfallereignis eigendynamisch entwickelt (degenerative altersübliche Veränderungen) ohne Einfluss auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit. Vorübergehend sei eine Arbeitsunfähigkeit von maximal zwei Monaten postoperativ nach dem Eingriff an der HWS festzustellen (S. 34 Ziff).

2.2.3).

Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes sei aus orthopädischer Sicht seit dem Rentenbeginn nicht festzustellen, zumal von Anfang an keine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Selbst wenn diese anerkannt wäre, sei spätestens mit dem C7-Ausfallsyndrom im Februar 2005 bis zwei Monate postoperativ, somit bis und mit Mai 2005, retrospektiv eine überholende Kausalität mit status quo sine per 21. Mai 2005 eingetreten. Die seit etwa drei Jahren bestehenden intermittierenden lumboradikulären Beschwerden seien als nicht unfallkausal und nicht arbeitsfähigkeitseinschränkend zu werten (S. 34 Ziff).

3.1.1). Aus orthopädischer Sicht bestehe seit 21. Mai 2005 weder in der ange stammten noch in einer leichten Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 35 Ziff. 4.1.1.).

E. 5.3

Der neurologische Gutachter hielt fest, es zeige sich in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung eine deutliche Einschränkung der Kopfdrehung nach links und rechts mit Schmerzexazerbation bei Reklination, wobei auf Bitte des Beschwerdeführers auf eine stärkere Manipulation verzichtet worden sei, zumal bei der klinischen Untersuchung im Rahmen der orthopädischen Begutachtung nach zervikaler Provokation und Druck über zwei Tage massivste Schmerzen ausgelöst worden seien. Insgesamt sei die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung bezüglich der Einschätzung der neurologischen Aspekte bei HWS-Schleudertrauma im Jahr 1992 schon allein aufgrund des zeitlichen Abstandes von nunmehr fast 30 Jahren nicht zielführend (S. 52 unten f.). Basierend auf den aktenanamnestischen Angaben könne davon ausgegangen werden, dass durch den Unfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder das zervikale Myelon noch die Radices zu Schaden gekommen seien. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Kopfschmerzen, die je nach Dokumentation frühestens nach zehn Tagen nach dem Unfallereignis aufgetreten seien, könnten nach den aktuellen International Headache Society (IHS) Kriterien nicht als «Kopfschmerzen assoziiert mit einem HWS-Beschleunigungstrauma» klassifiziert werden, da hier ein maximaler Zeitraum zwischen dem Ereignis und dem Auftreten von Kopfschmerzen von sieben Tagen angegeben werde. Darüber hinaus sei zu bemerken, dass in aller Regel durch HWS-Distorsionstraumata meist innerhalb der ersten zwei Tage Beschwerden aufträten, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall gewesen sei (S. 53 Mitte). Hinweise für eine Bewusstlosigkeit ergäben sich aus den aktenanamnestischen Beschreibungen ebenfalls

nicht, auch keine Hinweise für eine Wesensveränderung, so dass nach aktueller Klassifikation auch nicht die Diagnose einer MTBI gestellt werden könne. Die im neurologischen Gutachten von 1998 dokumentierten zervikalen und zervikookzipitalen Beschwerden seien bei fehlendem Hinweis für eine Nervenverletzung primär orthopädisch/rheumatologisch zu beurteilen. Damals seien bezüglich der kognitiven Störung keine genauen artdiagnostischen Aussagen getroffen worden. Bezüglich der Einschätzung der neuropsychologisch dokumentierten Einschränkungen sei auf das neurologische Teilgutachten zu verweisen. Es sei diesbezüglich zu erwähnen, dass nach zerebraler Ischämie und mit Durchführung und Dokumentation am 7.

Juli 2015 ein «durchwegs reguläres kognitives Zustandsbild» dokumentiert worden sei. In Zusammenschau mit den zur Verfügung stehenden (Akten-)Informationen könnten keine mit dem Unfallereignis direkt zusammenhängende Nervenschädigungen oder damit assoziierte neurologische Diagnosen (Kopfschmerzen) gestellt werden (S. 53 unten f.).

Die im Vordergrund stehenden Beschwerden, die nach dem Autounfall im Jahr 1992 aufgetreten seien, seien nicht primär neurologischer Art. Es sei zu erwähnen, dass bereits vor dem Autounfall im Jahr 1992 Spannungskopfschmerzen vorgelegen hätten, zudem hätten Anfang 1993 gemäss fachneurologischer Dokumentation Kopfschmerzen vom Spannungstyp bestanden, die gemäss Schweizer Kopfschmerzgesellschaft und genereller Erfahrung nicht geeignet seien, eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Basierend auf den Dokumentationen seien damals Kopfschmerzen aufgetreten, die als Migränekopfschmerzen klassifiziert werden könnten, dies mit zusätzlichen Symptomen wie Übelkeit, Licht- und Lärmintoleranz und Rückzugstendenz (S. 55).

Aktuell berichte der Beschwerdeführer, dass Kopfschmerzen etwa zwei- bis drei mal pro Woche und auch einmal mit ausgeprägter Symptomatik bestünden, bei denen er dann Aspirin einnehme. Die Kopfschmerzen würden durchschnittlich drei bis vier Stunden anhalten. Es sei davon auszugehen, dass ein Migränekopfschmerz, der etwa einmal pro Woche für etwa drei bis vier Stunden anhalte und zum Teil mit Aspirin deutlich gedämpft werden könne, nicht arbeitsrelevant sei. Ein direkter Zusammenhang mit dem Unfall bestehe unter Abstützung auf die IHS-Kriterien ebenfalls nicht (S. 55 unten f.). Es erscheine plausibel, dass es bei knöchernen und muskulären Veränderungen im Halsbereich und damit bedingten Veränderungen der Propriozeption dazu kommen könne, dass es bei bruskeren Kopfbewegungen zu einem Schwindelgefühl im Sinne eines Schwankschwindels komme. Im Rahmen von normalen Alltagsbewegungen und zum Beispiel bei Büroarbeiten spiele dies jedoch sicher keine Rolle. Darüber hinaus werde berichtet, dass Autofahren nie ein Problem gewesen sei, so dass auch anzunehmen sei, dass bei Kopfbewegungen beim Autofahren diese Art von Schwindel auch nicht relevant sei (S. 55).

Mit der operativen Versorgung hätten sich die funktionell relevanten Symptome bei C7-Radikulopathie komplett zurückgebildet. Auch die sensomotorische Halbs seitensymptomatik mit Ataxie habe sich gemäss anamnestischen Angaben komplett zurückgebildet. In der aktuellen klinischen Untersuchung zeige sich nur noch eine leichte Rotationstendenz im Armvorhalteversuch rechtsseitig. Die vom Beschwerdeführer berichtete Gangunsicherheit könne nicht auf das zerebrovaskuläre Ereignis zurückgeführt werden. Ferner bestünden intermittierend lumbosakrale Schmerzen rechtsseitig und wahrscheinlich handle es sich dabei um eine L5-Radikulopathie. Der Beschwerdeführer berichte, dass sich durch Physiotherapie jeweils die Symptome deutlich zurückdrängen liessen, so dass auch hier keine arbeitsrelevante Diagnose für eine längere Zeit vorliege. Die

Ausprägung der gestellten neurologischen Diagnosen sei nicht derart ausgeprägt, dass damit eine Arbeitsunfähigkeit begründet werden könnte (S. 56).

Nach Januar 2000 habe sich im Jahr 2005 eine C7-Radikulopathie manifestiert. Gemäss HWS-MRI vom 13. August 1998 hätten damals keine Hinweise für eine Bandscheibenveränderung mit Neurokompression oder knöcherne Veränderungen mit Neurokompression vorgelegen, die auf das Trauma im Jahr 1992 hätten zurückgeführt werden können. Eine «vorbestehende» Engstelle auf Höhe HWK6/7 auf der rechten Seite, die möglicherweise durch das Unfallereignis im Jahr 1992 entstanden sei, sei somit nicht dokumentiert worden und die C7-Radikulopathie sei somit als eigenständige, vom Unfall unabhängige Erkrankung zu werten. Die Operation vom 21. März 2005 habe im Sinne einer überholenden Kausalität einen allfälligen natürlichen Kausalzusammenhang beendet (status quo sine). Dasselbe gelte für den zerebrovaskulären Insult, dieser habe mit dem Unfallereignis im Jahr 1992 nichts zu tun, ebenso wie die intermittierend auftretende L5-Radikulopathie (S. 61).

E. 5.4

Die neuropsychologische Begutachtung ergab ausgeprägte Beeinträchtigungen in multiplen kognitiven Funktionsbereichen. Im Vordergrund der Resultate stehe eine mittelschwere bis in Teilbereichen schwergradige Störung des verbalen episodischen Gedächtnisses. Schwere Leistungsminderungen fänden sich beim Lernen und verzögerten Abrufen von sprachlichen Informationen und es zeige sich eine ausgeprägte Unsicherheit beim Gedächtnisabruf. Neue sprachliche Informationen könnten kaum gelernt, konsolidiert und dauerhaft gespeichert werden. Daneben fänden sich mittelschwere bis schwere Einschränkungen im Bereich basaler Aufmerksamkeitsleistungen, die sowohl Aspekte der Intensität als auch der Selektion betreffen. Mittelschwere Leistungsdefizite fänden sich zudem im Bereich der exekutiven Funktionen. So bestünden deutliche Leistungsbeeinträchtigungen bei Wortflüssigkeitsaufgaben, der Fähigkeit zur Interferenzhemmung sowie bei visuell-räumlichen Anforderungen an die Planungsfähigkeit und bei Aufgaben zum logisch-schlussfolgernden Denken mit Bildmaterial. Visuell-räumliche Fähigkeiten fielen in Teilbereichen deutlich beeinträchtigt aus. Da multiple kognitive Funktionsbereiche deutlich vermindert und grundlegende Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsfunktionen schwer betroffen seien, werde der Schweregrad der neuropsychologischen Störung insgesamt als mittelschwer bewertet (S. 74 f.).

Eine unfallkausale neuropsychologische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (S. 75). Die Ursache der majoren neurokognitiven Störung sei nicht spezifizierbar. Da initial keine Bildgebung des Gehirns erfolgt sei, sei kein morphologischer Nachweis einer allfälligen Hirnläsion anführbar. Es würden aber auch später keine Traumafolgen im MRT beschrieben. Symptome seien initial deutlich zu spät aufgetreten, was den natürlichen Kausalzusammenhang ausschliesse. Im Gutachten von 1998 würden über sechs Jahre nach dem Unfallereignis chronische leichte kognitive Störungen als Residualzustand festgestellt. Nach sechs Jahren könne ein Kausalzusammenhang nicht mehr mit hinreichender Sicherheit hergestellt werden. Neuropsychologische Beeinträchtigungen infolge des Schlaganfalls seien möglich, jedoch bei fehlender neuropsychologischer Diagnostik infolge des Schlaganfalls nicht differenzierbar (S. 76). Die funktionellen Einschränkungen seien nicht unfallkausal (S. 79). Eine überwiegend wahr scheinliche Kausalität könne aufgrund der Akten und nach 30 Jahren nicht hergestellt werden. Als konkurrierende Faktoren seien der ischämische Insult 2015 und der Verdacht

auf eine psychiatrische Komorbidität zu werten (S. 80 unten). Der Gesundheitszustand sei im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung 1998 verschlechtert, jedoch nicht unfallbedingt (S. 81 unten).

E. 5.5

Die Konsensbeurteilung ergab keine unfallbedingten Diagnosen (S. 108). Spätestens ab dem 21. Mai 2005 sei mit einem status quo sine die Kausalität auch überholt worden und damit unfallbedingt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht gegeben gewesen. Aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht sei eine unfallbedingte 100%ige Arbeitsfähigkeit spätestens mit dem zerebrovaskulären Insult am 4. Juli 2015 gegeben beziehungsweise die Kausalität überholt worden. Gemäss geltender Rechtsprechung hätte nie eine Kausalität anerkannt werden dürfen (S. 114).

Es lägen aus orthopädischer Sicht keine strukturell fassbaren posttraumatischen Läsionen an der HWS, an den neuralen Strukturen oder an den die HWS stabilisierenden Ligamenten vor, welche sich mittels MRI oder Funktionsaufnahmen hätten darstellen lassen. Ein status quo sine sei spätestens durch das unfallfremde überholende Ereignis einer HWS-Operation am 21. Mai 2005 eingetreten. Die noch bestehenden Restbeschwerden seien altersentsprechend und überwiegend wahrscheinlich durch eine persistierende Muskelinsuffizienz bedingt (S. 115).

Aus isoliert neurologischer Sicht könne keine Schädigung nervaler Strukturen oder neurologischer Symptome, die mit dem Trauma assoziiert sein könnten, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden. Die aktuell beklagten Beschwerden beziehungsweise die geltend gemachte Gesundheitsstörung seien aus neurologischer Sicht überwiegend wahrscheinlich keine Folgen des Unfalls vom 6. August 1998, auch nicht teilweise (S. 115 f.).

Die geltend gemachte Gesundheitsschädigung auf dem neuropsychologischen Fachgebiet bestehe. Eine überwiegend wahrscheinliche Kausalität könne jedoch auf der Grundlage der vorliegenden Akten und nach 30 Jahren nicht hergestellt werden. Als konkurrierende Faktoren seien ein ischämischer Insult im Juli 2015 und der Verdacht auf eine psychiatrische Komorbidität zu nennen (S. 116). Diese Verschlechterung sei nicht unfallbedingt (S. 118).

Zur im Revisionsverfahren entscheiderelevanten Frage betreffend die Veränderung des Gesundheitszustandes (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 2.6.2)

führten die Gutachter aus, aus orthopädischer Sicht sei seit dem Rentenbeginn im Jahr 2000 keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes festzustellen, zumal von Anfang an keine unfallkausale Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Aus neurologischer Sicht bestehe auch keine Verschlechterung oder Verbesserung. Neuropsychologisch habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert, dies sei aber nicht unfallbedingt (S. 118). 6. 6.1

Im Jahr 2000 gewährte

die Beschwerdegegnerin beziehungsweise ihre Rechtsvorgängerin als Folge des Unfalls vom 6. August 1992 eine Rente aufgrund eines Erwerbsausfalls von 27 %. Welche Überlegungen sie zu diesem Invaliditätsgrad führten, namentlich welcher natürlich und adäquat unfallkausale Gesundheitsschaden und welche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer Verweistätigkeit diesem zu Grunde

lagen, lässt sich weder der Verfügung vom 23. August 1999 noch derjenigen vom 16. Februar 2000 oder den übrigen

Unterlagen entnehmen. Ob und inwiefern die Beschwerdegegnerin allen falls eine HWS-Distorsion berücksichtigt hat, kann nach Lage der Akten nicht schlüssig gesagt werden. Für das Vorliegen eines Schleudertraumas finden sich in den ursprünglichen Akten nur fraglich genügende

Hinweise. So diagnostizierte der erstbehandelnde Dr. Z.____ einzig Schnittverletzungen am linken Unterarm und der linken Orbita (vgl. vorstehend E. 4.2). Auch in der Unfallmeldung vom 11. August 1992 (Urk. 9/1001) wurden als Verletzungen diverse Schnittwunden und Prellungen, nicht jedoch ein Schleudertrauma genannt. Erstmals diagnostizierte Dr. B.____ in seinem Zeugnis vom 10. November 1992, mithin mehrere Monate nach dem Unfallereignis vom 6. August 1992, ein Schleudertrauma (vorstehend E. 4.3). Er hielt fest, dass in den ersten zwei Wochen nach dem Unfall nicht über Nacken- und Kopfschmerzen berichtet worden sei. Erst am 21. August 1992, somit zwei Wochen nach dem Unfall, habe der Beschwerdeführer über Schwindel und Kopfbeschwerden und am 8. September 1992 - mithin über einen Monat später - über Genickstarre und Nackenbeschwerden geklagt. Am 22. September 1992 sei über Ermüdungserscheinungen der Nackenmuskulatur, Wetterfühligkeit und Schwindel bei der Reklination der HWS berichtet worden. Das Röntgenbild vom 24. September 1992 ergab eine altersentsprechend normale Darstellung der HWS und insbesondere keinen Nachweis posttraumatischer Läsionen (vorstehend E. 4.4). 6.2

Das Vorliegen eines Schleudertraumas bzw. einer Distorsion der HWS muss durch zuverlässige ärztliche Angaben gesichert sein. Zwar wird nicht vorausgesetzt, dass sämtliche der zum sogenannten typischen Beschwerdebild dieser Verletzung gehörenden Symptome innert der massgeblichen Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden nach dem Ereignis aufgetreten sein müssen. Erforderlich ist aber, dass sich innert dieser Latenzzeit zumindest HWS- oder Nackenbeschwerden manifestieren. Diese Rechtsprechung zum Erfordernis des zuverlässigen medizinischen Gesichertseins gilt auch für das Schädel-Hirntrauma. Die für ein Schädel-Hirntrauma typischen funktionellen Defizite sind unter anderem chronische Spannungskopfschmerzen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisprobleme, geringe Belastbarkeit und erhöhtes Schlafbedürfnis (Urteil des Bundesgerichts 8C_792/2009 vom 1. Februar 2010 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen).

Vorliegend traten die typischen Symptome nicht innerhalb der Latenzzeit von maximal 72 Stunden, sondern erst zwei Wochen später auf. Im Neurostatus vom Februar 1993 waren sodann keine objektiv erfassbaren wesentlichen pathologischen Befunde vorhanden (vgl. vorstehend E. 4.5). Auch anlässlich der Befragung durch die Bezirksanwaltschaft berichtete der Beschwerdeführer über die Behandlung der Augenverletzung, nicht jedoch über ein Schädel-Hirntrauma (vgl.

Urk.

9/26 S. 2 unten). Eine milde traumatische Hirnverletzung, wie sie Dr.

D.____ in seinem Gutachten vom 26. November 1998 (vgl. vorstehend E. 4.7), mithin rund sechs Jahre nach dem Unfall, diagnostizierte, ist echtzeitlich somit nicht ausgewiesen.

Ebenso ist nicht ersichtlich, worauf Dr. D.____ seine Diagnose einer HWS-Abknickverletzung stützte. Dass in einer unfallmechanischen Beurteilung vom 21.

November 2000 (Urk. 9/1019) später ein Kopfanprall als sehr wahr scheinlich beurteilt wurde (S. 2) - was bei der stattgehabten Frontalkollision mit den dokumentierten Schnittverletzungen nachvollziehbar

erscheint - ist nicht mit einem Schädel-Hirntrauma gleichzusetzen und ändert nichts daran, dass innert der massgeblichen Latenzzeit keine entsprechenden Symptome dokumentiert wurden. Auch die von Dr. D.____ fachfremd gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung - definiert als

als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde

(ICD-10 F43.1) - vermag nicht zu überzeugen, handelte es sich doch um einen Autounfall, bei dem sich der Beschwerdeführer zwar Verletzungen zuzog, der jedoch nicht mit der vorge nannten Definition gemäss ICD-10 zu vereinbaren ist .

Rechtsprechungsgemäss

gehören Verkehrsunfälle grundsätzlich nicht zu solchen Ereignissen

(Urteil des Bundesgerichts 8C_248/2007 vom 4. August 2008 E.

5.6.1).

Dr. D.____ wies zudem darauf hin, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall selten unter Kopfschmerzen gelitten habe, zirka einmal im Monat, welche aller dings vor dem Unfall einen anderen Charakter aufgewiesen und die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusst hätten, so dass im Untersuchungszeitpunkt von einem nicht krankheitsbedingten Zustand auszugehen sei (vorstehend E. 4.7) . Damit bediente sich Dr. D.____ der Argumentation nach der Formel « post hoc ergo propter hoc», nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist . Diese ist beweis rechtlich nicht zulässig und vermag zum Nachweis der Unfallkausalität nicht zu genügen (BGE 119 V 335 E. 2b/ bb, Urteil des Bundesgerichts 8C_332/2013 vom 25. Juli 2013 E. 5.1).

Und schliesslich ist nicht ersichtlich, worauf Dr. D.____ seine Einschätzung einer Hirnleistungsstörung

und Wirbelsäulenverletzung stützte. Die neuropsychologische Abklärung zeigte maximal leichte Störungen (vgl. S. 7 des Gutachtens).

Beide Beeinträchtigungen

sind nicht ausgewiesen, viel mehr hat bereits e in Röntgenbild vom 24. September 1992 eine altersentsprechend normale Darstellung der HWS und keinen Nachweis posttraumatischer Läsionen ergeben (vgl. vorstehend E. 4.4).

Die von Dr. D.____ veranlasste Bildgebung vom 11. August 1998 ergab ebenfalls keine Auffälligkeiten (vgl. S. 8 des Gutachtens) und keinen Bezug zum Unfall. Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D.____

fest, es bestehe aufgrund der Einschränkungen und Beschwerden eine «glaubhaft geltend gemachte Reduktion der Arbeitsfähigkeit». Bei dieser Formulierung ist nicht

auszuschliessen, dass sich Dr. D.____ bei seiner Einschätzung, dass der Beschwerdeführer im Beruf als Versicherungsfachmann zu 30 % arbeitsunfähig sei, im Wesentlichen auf die Angaben des Beschwerdeführers stützte. Jedoch stellte er auch diese Einschätzung in Frage, indem er darauf hinwies, dass dies der weiteren Überprüfung bedürfe. Zur Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten machte er keine verlässlichen Angaben.

Aber auch Dr. B.____ bescheinigte für die Zeit ab Februar 1993 eine Arbeitsunfähigkeit von 34 %, wobei er eine unauffällige Bildgebung der HWS, aber ein zeln - dem HWS-typischen bunten Beschwerdebild ähnliche - Symptome wie verspannte und dolente Nackenmuskulatur und eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS schilderte (vorstehend E. 4.4). Ab 29. März 1993 habe der Beschwerdeführer seine Arbeit wieder zu 75 % aufgenommen und ein weiterer Ausbau des Pensums sei geplant (vorstehend E. 4.6). Allerdings musste der Beschwerdeführer gemäss Schreiben seines Rechtsvertreters vom 3. Mai 1999 (Urk. 9/2028) aus gesundheitlichen Gründen sein langjähriges Nebenamt als Gemeindeammann und Betriebsbeamter im Jahr 1999 aufgeben (vgl. dazu Urk. 9/2049, Urk.

9/1020 S. 22), was der prognostizierten

Pensums - Aufstockung eher entgegen steht.

Die Annahme einer Erwerbsunfähigkeit von 27 % ist vor diesem Hintergrund nicht gänzlich von der Hand zu weisen.

Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang, dass diese in medizinischer Hinsicht unklare Aktenlage und insbesondere die fehlende Begründung der (Vergleichs) Verfügung das Erfassen der gesundheitlichen Verhältnisse im Referenzzeitpunkt

erheblich erschweren, was grundsätzlich die Beschwerdegegnerin zu vertreten hat, welche das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu beweisen hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_360/2017 vom 5. Oktober 2017 E. 5.2.2) . 6.3

6.3.1

Im Vergleich dazu ergab die polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers vom 12. Juli 2021, dass aus unfallbedingten Gründen keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht. Das Gutachten vermag den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.13) vollumfänglich zu genügen, erging es doch unter Berücksichtigung der Akten, genauer Erhebung der Anamnese und sorgfältiger Untersuchung des Beschwerdeführers und enthält eine schlüssige Gesamtbeurteilung. Dass keine psychiatrische Untersuchung durchgeführt wurde, ist nicht von Belang, da bereits anlässlich der Rentenzusprechung im Jahr 2000 keine unfallbedingten psychischen Beeinträchtigungen ausgewiesen waren. Der Beschwerdeführer war denn auch nie in psychiatrischer Behandlung (vgl. S. 57 des Gutachtens).

6.3.2

Die Gutachterin und die Gutachter legten nachvollziehbar dar, dass die noch bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers nicht auf den Unfall zurückzuführen sind. So ergab sich im Vergleich zur Situation im Jahr 2000 zwar eine Veränderung des Gesundheitszustandes, indem nun eine erhebliche neurokognitive Störung, ein Zustand nach Operation an der Halswirbelsäule im März 2005, eine Lumboischialgie und ein Zustand nach zerebrovasculärem Insult am 4. Juli 2015

diagnostiziert wurde. Keine dieser Diagnosen wurde jedoch als unfallbedingt eingeschätzt, und lediglich die Diagnose der neu diagnostizierten Störung wurde als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend beurteilt (vgl.

vorstehend E. 5.1). 6.3.3.

Bei der weiter oben aufgeführten Diagnose einer HWS-Beschleunigungsverletzung vom 6. August 1992, der gemäss dem Gutachten bereits im Zeitpunkt der Rentenentscheidung kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzumessen war, wies der orthopädische Gutachter begründet darauf hin, dass die aktuellen Beschwerden dem altersmässigen Verlauf entsprechen und nicht mehr auf das Ereignis von 1992 zurückgeführt werden können, was allein aufgrund des Zeitverlaufs zu überzeugen vermag.

Dies darf umso mehr gelten, als auch Dr.

B. ___ bereits für die Zeit ab Mai 1993 die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit zu 100 % nicht ausschloss (vorstehend E. 4.6).

Der orthopädische Gutachter erläuterte überzeugend, dass die heutigen Beschwerden nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen sind, da sie sich auch ohne Unfall - mithin nach dem schicksalsmässigen Verlauf früher oder später auch ohne den Unfall (s tatus quo sine) - eingestellt hätten. Die operative Versorgung der HWS bei Diskushernie C6/7 im Jahr 2005 stand - wie bei Diskushernien grundsätzlich üblich (Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2020 vom 4. März 2021 E. 2.3) - klar erweise nicht in Zusammenhang mit dem Unfall, waren damals doch keine entsprechenden

strukturellen Verletzungen sichtbar (vgl. vorstehend E. 6.2). Soweit der orthopädische Gutachter von einer « überholenden Kausalität » spricht (vgl.

vorstehend E. 5.2), legte er damit dar, dass die HWS-Operation und nicht der Unfall für eine zwischenzeitlich eingetretene Veränderung verantwortlich war. Dies ist nicht zu beanstanden. Aus orthopädischer Sicht besteht somit gestützt auf das Gutachten keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit.

Allerdings fällt hier ins Gewicht, dass die Gutachter den Gesundheitszustand als unverändert beschrieben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C_170/2020 vom 2. Juli 2020 E. 2.3). Eine solche schlossen die Gutachter ausdrücklich aus, welcher ärztlichen Einschätzung in Anbetracht der unsicheren Sachlage im Referenzzeitpunkt zu folgen ist.

Rechtsprechungsgemäss wird jedoch als

anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse im Sinne eines Revisionsgrundes nach Art. 17 Abs. 1 ATSG in der Unfallversicherung auch ein nachträglicher Wegfall des natürlichen Kausalzusammenhanges aufgrund eines Erreichens des « s tatus quo sine » nach der Zusprache einer Rente anerkannt (BGE 147 V 161 E. 4.3). Davon ist auszugehen, da die Gutachter einleuchtend darlegten, dass sich aufgrund des tatsächlichen gesundheitlichen Verlaufs die Beschwerden und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Revisionszeitpunkt nicht anders präsentieren würden, selbst wenn der Verkehrsunfall nicht passiert wäre. 6.3.4

Auf die Problematik der bereits im Referenzzeitpunkt möglicherweise nicht ausgewiesenen Beeinträchtigungen infolge HWS-Distorsion oder Schädel-Hirn trauma wies auch der neurologische Gutachter schlüssig hin (vgl. vorstehend E.

5.3). Dass er festhielt, die aktuelle Untersuchung bezüglich der Einschätzung der neurologischen Aspekte bei HWS-Schleudertrauma 1992 sei schon allein auf grund des grossen zeitlichen Abstands nicht zielführend, trifft sicherlich zu. Er hielt denn auch fest, dass in Zusammenschau mit den vorhandenen Akten keine mit dem Unfallereignis direkt zusammenhängenden Nervenschädigungen oder damit assoziierte Diagnosen (Kopfschmerzen) gestellt werden können. Die aktuell berichteten Kopfschmerzen, die etwa drei bis vier Stunden anhalten, kann der Beschwerdeführer gemäss dem Gutachter bei stärkerer Symptomatik mit Aspirin dämpfen, was Rückschlüsse auf deren Schweregrad erlaubt. Es ist deshalb schlüssig nachvollziehbar, wenn der neurologische Gutachter daraus keine Arbeitsunfähigkeit ableitete. Ein direkter Zusammenhang mit dem Unfall ist laut dem Neurologen nicht überwiegend wahrscheinlich. Auch die Schwindelbeschwerden führte der neurologische Gutachter nicht auf den Unfall zurück. Wie der orthopädische Gutachter wies auch der Neurologe darauf hin, dass bildgebend 1998 keine Hinweise für strukturelle Veränderungen, die auf den Unfall zurückzuführen sind, vorhanden waren, weshalb die C7-Radikulopathie als eigenständige unabhängige Krankheit zu werten ist.

6.3.5

Die neuropsychologische Diagnose ist gemäss gutachterlicher Einschätzung (vgl.

vorstehend E. 5.4) ebenfalls nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen. Deren Ursache sei nicht spezifizierbar. Traumafolgen wurden bildgebend nach dem Unfall nicht beschrieben. Gemäss der Gutachterin kann ein Kausalzusammenhang 30 Jahre später nicht mehr mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden. Angesichts der fehlenden echtzeitlichen Dokumentation von neuropsychologischen Beeinträchtigungen ist dies schlüssig. Zudem genügt die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (vgl. vorstehend E. 1.4).

6.3.6

Die Gutachterin und die Gutachter kamen zum Schluss, dass unfallbedingt keine Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen ist. Die eingetretene Verschlechterung ist nicht unfallbedingt; vielmehr wurde der status quo sine erreicht und die rein unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers hat sich somit verbessert, womit nach dem Gesagten ein Revisionsgrund ausgewiesen ist. Daran ändert nichts, dass es sich bei der polydisziplinären Einschätzung der unfallbedingten Beeinträchtigung um eine andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhaltes handelt. Da mit der polydisziplinären Begutachtung notwendigerweise

der aktuelle

medizinische Sachverhalt umfassend, vollständig und schlüssig beurteilt wurde, kann sodann von einer unzulässigen « second

opinion » keine Rede sein.

Im Übrigen könnte ein Revisionsgrund auch in geänderten erwerblichen Verhältnissen zu sehen sein: Der Beschwerdeführer teilte anlässlich der Begutachtung mit, da er sich nicht bei der Invalidenversicherung habe anmelden wollen, habe er seine bis 2008 ausgeübte selbständige Beratertätigkeit aufgegeben und über die Vermittlung seines Bruders eine Stelle als Hauswart im Vollpensum bekommen (Urk. 9/M1020 S. 46, S. 68). Die

Aufnahme einer vollen Erwerbstätigkeit - zuvor wurde von einer Erwerbsfähigkeit von 27 % ausgegangen

- könnte

für sich allein einen Revisionsgrund dar stellen (vgl. vorstehend E. 1.

E. 7

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). 1.

E. 7.1

Ein natürlicher Kausalzusammenhang (vgl. vorstehend E. 1.5) der weiterhin geklagten Beschwerden mit dem Unfall ist aus medizinischer Sicht nach dem Gesagten zumindest fraglich. Wie es sich damit letztlich genau verhält, kann rechtsprechungsgemäss offen

bleiben, da der Kausalzusammenhang ohnehin nicht als adäquat bezeichnet werden kann, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt (BGE 148 V 138 E. 5.1.2, 147 V 207 E.

6.1).

Da es sich nicht um organisch nachweisbare Funktionsausfälle handelt, ist der adäquate Kausalzusammenhang näher zu prüfen. Eine psychische Fehlentwicklung ist nicht auszuweisen, weshalb die Adäquanzkriterien nach der in BGE 117 V 359 entwickelten Rechtsprechung zu prüfen sind (vgl. vorstehend E. 1.7).

E. 7.2

Ausgangspunkt der Adäquanzprüfung bildet das (objektiv erfassbare) Unfallereignis. Im Rahmen einer objektivierten Betrachtungsweise ist zu untersuchen, ob der Unfall eher als leicht, als mittelschwer oder als schwer erscheint, wobei im mittleren Bereich gegebenenfalls eine weitere Differenzierung nach der Nähe zu den leichten oder schweren Unfällen erfolgt. Abhängig von der Unfallschwere sind je nachdem weitere Kriterien in die Beurteilung einzubeziehen. Massgebend für die Beurteilung der Unfallschwere ist der augenfällige Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften (BGE 140 V 356 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_387/2018 vom 16. November 2018 E. 4.4.2 mit Hinweisen). Irrelevant sind die Unfallfolgen oder Begleitumstände, die nicht direkt dem Unfallgeschehen zugeordnet werden können. Solchen Faktoren ist gegebenenfalls bei den Adäquanzkriterien Rechnung zu tragen (BGE 148 V 301 E. 4.3.1 mit Hinweisen).

E. 7.3

Gemäss Rapport der Kantonspolizei geriet der alkoholisierte Unfallverursacher

(als Fahrer eines Datsun Patrol; vgl. Urk. 9/1017 S.2 oben) in einer starken Rechtskurve mit seinem Wagen zu weit nach links über die Strassenmitte und streifte den in diesem Moment entgegenkommenden Personenwagen des Beschwerdeführers

(VW Golf Cabriolet; vgl. Urk. 9/1017 S. 2 oben; vgl. auch Urteil des Obergerichts des Kantons Zürich vom 1. März 1994, Urk. 9/041 S. 3 f.). Bei der heftigen Kollision sei der Beschwerdeführer verletzt worden. An beiden Fahrzeugen sei beträchtlicher Sachschaden entstanden (Urk. 9/6 S. 4). Gemäss technischer Unfallanalyse sei das Fahrzeug des Beschwerdeführers hauptsächlich im Bereich der A-Säule und der Fahrertür erheblich eingedrückt, die Tür sogar aufgeschlitzt worden. Die Kollision liesse sich nur sehr ungenau rekonstruieren, womit exakte Aussagen zur Fahrzeug- und Insassenbelastung nicht möglich seien. Im Sinne einer groben Eingrenzung habe es sich um eine heftige Streifkollision mit teilweiser Verhakung gehandelt. Durch den Aufprall sei der Golf in Längsrichtung verzögert und quer nach rechts beschleunigt worden. Der Beschwerdeführer habe sich relativ zur Fahrzeuglängsachse in einem Winkel von etwa 45 Grad nach vorne links zur Fahrertür bewegt, wobei es offenbar zu einem Kontakt des linken Arms und des Kopfs mit der Seitenscheibe gekommen sei

Die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung dürfe im Bereich von 10-15 km/h gelegen haben (Urk.

9/1017 S. 2 f.).

E. 7.4

Die Beschwerdegegnerin stufte den Unfall als mittelschwer im Grenzbereich zu leicht ein (vgl. Urk. 2 S. 17 Ziff. 64) . Nach der Rechtsprechung werden einfache Auffahrunfälle in der Regel als mittelschwer im Grenzbereich zu den leichten Unfällen qualifiziert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_571/2010 vom 23. Dezember 2011, E. 6.1 mit Hinweisen). Davon ist auch beim vorliegenden Unfall, bei welchem eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung (Delta-v) von rund 10 bis 15 km/h errechnet wurde , auszugehen . Eine solche Geschwindigkeitsänderung rechtfertigt eine Einreihung im Grenzbereich zu den leichten Unfällen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_310/2010 vom 29. Juli 2010, E. 7.1 mit Hinweisen).

Daran ändert auch nichts, dass beim Unfall vom 6. August 1992 kein eigentlicher Auffahrunfall, sondern eine seitlich-frontale Kollision stattfand (vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E.

E. 7.5

Besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalls sind zu verneinen, auch wenn es sich um einen heftigen seitlichen Aufprall eines Geländewagens auf ein offenes Cabriolet gehandelt hat. Das Kriterium wurde denn auch regelmässig nur bei deutlich einprägsameren Unfallereignissen bejaht (vgl. die Praxisübersicht in: Urteil des Bundesgerichts 8C_915/2008 vom 11. September 2009 E. 5.3).

Zur Bejahung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen bedarf es einer besonderen Schwere der für das Schleudertrauma bzw. für die adäquanzrechtlich äquivalente Verletzung typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, die das Beschwerdebild beeinflussen können. Es kann sich dabei z.B. um eine beim Unfall eingenommene spezielle Körperhaltung und die dadurch bewirkten Komplikationen handeln (Urteil des Bundesgerichts 8C_682/2013 vom 14. Februar 2014 E. 11.1 unter Hinweis auf BGE 134 V 109). Solches ist vorliegend nicht ausgewiesen.

Eine ungewöhnlich lange Dauer der ärztlichen Behandlung ist ebenfalls nicht ausgewiesen; nach Lage der Akten datiert der letzte Behandlungsbericht vom Juli 1993 (vgl. vorstehend E. 4.6). Gegenüber Dr. D.____ machte der Beschwerdeführer geltend, er sei immer wieder in Behandlung gewesen und beanspruche Physiotherapie, was allerdings nicht zur Bejahung dieses Kriteriums genügt (Urteil des Bundesgerichts 8C_318/2013 E. 5.4) . Dauerbeschwerden sind nicht ärztlich dokumentiert.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmerte, ein schwieriger Heilverlauf und erhebliche Komplikationen sind ebenfalls nicht ausgewiesen. Aus der blossen Dauer der ärztlichen Behandlung und der geklagten Beschwerden darf nicht schon auf einen schwierigen Heilverlauf und erhebliche Komplikationen geschlossen werden. Es bedarf hierzu besonderer Gründe, welche die Genesung bis zum Fallabschluss beeinträchtigt oder verzögert haben. Der Umstand, dass trotz verschiedener Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, genügt allein nicht (SVR 2019 UV Nr. 41 S. 155, Urteil des Bundesgerichts 8C_632/2018 vom 10. Mai 2019 E. 10.3).

Das Kriterium der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen bis zum Fallabschluss (BGE 134 V 109

E. 10.2.7) bezieht sich nicht nur auf den angestammten Beruf, sondern auch auf alternative leidensangepasste Arbeiten (Urteil des Bundesgerichts 8C_62/2013 vom 11. September

2013 E. 8.7). Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von rund 30 % attestiert. Angaben zur Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten finden sich zeitnah nicht. Aktuell ergab die Begutachtung eine unfallbedingt uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer hat denn auch gemäss eigenen Angaben bis ins Jahr 2008

eine Arbeit mit einem 10-Stunden-Tagespensum ausgeübt und bis ins Jahr 2017 ein Pensum von 100 % als Hauswart (Urk. 9/1020 S. 46) . Das Kriterium ist somit ebenfalls nicht erfüllt.

E. 7.6

Da keines der massgeblichen Kriterien erfüllt ist, fehlt es an einem adäquaten Kausalzusammenhang zwischen dem am 6. August

1992 erlittenen Unfall und den über den 31. August 2021 hinaus geklagten Beschwerden. Die Leistungseinstellung erfolgte deshalb zu Recht. 8.

E. 8

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalles invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG in der bis 30. Juni 2001 gültig gewesenen Fassung). Als invalid gilt, wer voraussichtlich bleibend oder für längere Zeit in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist (Art. 18 Abs. 2 Satz 1 UVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 18 Abs. 2 Satz 2 UVG). 1.

E. 8.1

Im Übrigen ist auch ein Wiedererwägungsgrund infolge zweifelloser Unrichtigkeit der Rentenzusprechung ausgewiesen.

Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind, und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts, insbesondere bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Zweifellose Unrichtigkeit meint dabei, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung besteht, also einzig dieser Schluss denkbar ist. Ob dies zutrifft, beurteilt sich nach der bei Erlass der Verfügung bestehenden Sach- und Rechtslage, einschliesslich der damaligen Rechtspraxis. Das Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgte oder weil massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 144 I 103 E. 2.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_57/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.1, je m.w.H.).

E. 8.2

Verfügungen der Unfallversicherer, bei welchen eine Rentenzusprechung ohne explizite oder wenigstens implizite Prüfung der Adäquanz erfolgte, stellen gemäss

bundesgerichtlicher Praxis eine Leistungszusprechung auf Grund falscher Rechtsanwendung und damit eine zweifellos rechtsfehlerhafte Verfügung dar, sodass der Unfallversicherer berechtigt ist, darauf zurückzukommen. Gestützt auf diese zweifellose Unrichtigkeit kann eine Überprüfung erfolgen, ohne dass gefragt wer den muss, ob die ursprüngliche Verfügung auch im Ergebnis, d.h. im Dispositiv, zweifellos unrichtig ist. Dadurch soll mit Wirkung «ex nunc et pro futuro » ein rechtskonformer Zustand hergestellt werden. Dabei ist wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung über die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente zu ermitteln (nicht publizierte E

E. 9

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad der Rentenbezügerin oder des Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit . a) oder auf 100 Prozent erhöht (lit . b). Auch jede andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistung wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der ihr zu Grunde liegende Sachverhalt nachträglich erheblich verändert hat (Art. 17 Abs. 2 ATSG) .

In Abweichung von Art. 17 Abs. 1 ATSG kann die Rente der Unfallversicherung ab dem Monat, in dem die berechtigte Person eine Altersrente der AHV bezieht, spätestens jedoch ab Erreichen des Rentenalters nach Art. 21 AHVG nicht mehr revidiert werden (Art. 22 UVG). 1.

E. 10

mit Hinweisen).

Die Adäquanz des Kausalzusammenhangs wäre somit nur dann zu bejahen, wenn von den massgeblichen Kriterien (vgl. E.

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