



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 2. November 2017 (725 17 104 / 286)

Unfallversicherung

Der Beschwerdegegnerin gelingt es nicht, den Wegfall der Kausalität nachzuweisen, weshalb sie weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen hat

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Beat Hersberger, Gerichtsschreiberin i.V. Anna Studinger

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, Neuarlesheimerstrasse 15, Postfach 435, 4143 Dornach

gegen

SWICA Versicherungen AG, Rechtsdienst, Römerstrasse 37, Postfach, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

Betreff Leistungen

A. Der 1959 geborene A.____ stand vom 2. Mai 2000 bis zum 31. März 2001 als Betriebsleiter in einem Arbeitsverhältnis mit der B.____ GmbH und war durch die Arbeitgeberin obligatorisch bei der SWICA Versicherungen AG (SWICA) gegen die Folgen von Unfälle und Berufskrankheiten versichert. Am 5. April 2001 stürzte A.____ aus circa sechs Meter Höhe vom Hausdach und erlitt dabei eine traumatische Diskushernie LWK4/5 und Querfortsatzfrakturen LWK1-5. Die SWICA erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Heilbehandlung, Tag-

gelder). Ab 1. Oktober 2006 sprach die SWICA A._____ mittels Verfügung vom 16. Oktober 2006 – gestützt auf das Gutachten des Zentrums für medizinische Begutachtung (ZMB) vom 22. August 2006 – eine 25 %ige UVG-Invalidenrente sowie eine Integritätsentschädigung von 15 % zu. Im Gutachten des ZMB vom 22. August 2006 wurde der Unfall als Mitursache für die dazumal festgestellten somatischen Beschwerden und die daraus resultierende 50 %ige Arbeitsunfähigkeit erachtet. Der Anteil der unfallbedingten Beschwerden wurde auf die Hälfte der 50 %igen Arbeitsfähigkeit, also auf 25 %, festgesetzt.

Am 27. November 2015 verfügte die SWICA die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente auf den 31. Dezember 2015. Gemäss Gutachten des ZMB vom 25. August 2015 lägen zum heutigen Zeitpunkt keinerlei Unfallfolgen mehr vor. Auf Einsprache hin hielt die SWICA am 24. Februar 2017 an ihrem Entscheid fest.

B. Dagegen erhob A._____, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Altermatt, mit Datum vom 29. März 2017 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, der Einspracheentscheid vom 24. Februar 2017 und die Verfügung vom 27. November 2015 seien aufzuheben und es sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Invalidenrente von 25 % habe. Weiter sei dem Beschwerdeführer für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege mit Rechtsanwalt Daniel Altermatt als unentgeltlichem Rechtsbeistand zu gewähren; alles unter o/e-Kostenfolge.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 18. Mai 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde; unter o/e-Kostenfolge.

D. Mit Replik vom 9. August 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren und Ausführungen der Beschwerdeschrift vom 29. März 2017 vollumfänglich fest.

E. Mit Duplik vom 8. September 2017 hielt die Beschwerdegegnerin an all ihren Anträgen fest und ersuchte um Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Auf die frist- und formgerecht beim örtlich wie sachlich zuständigen Gericht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 16. März 2017 ist einzutreten.

1.2 Auf den 1. Januar 2017 sind die mit Bundesgesetz vom 25. September 2015 revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1984 sowie der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten dieser revidierten Bestimmungen ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (vgl. Übergangsbestimmung in Art. 118

Abs. 1 UVG). So verhält es sich auch im vorliegenden Fall, weshalb nachfolgend das bisherige Recht und die dazu ergangene Rechtsprechung Anwendung findet.

2.1 Gemäss Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid ist. Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (vgl. Art. 19 Abs. 1 UVG).

2.2 Für Leistungen nach UVG hat der Unfallversicherer grundsätzlich nur unter der Voraussetzung aufzukommen, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater 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 bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 177 E. 3.1 mit Hinweisen). Ein adäquater Kausalzusammenhang zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ist nach der Rechtsprechung dann zu bejahen, wenn das Ereignis 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 mit Hinweis).

2.3 Ist die Unfallkausalität einmal mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, entfällt die deswegen anerkannte Leistungspflicht erst, wenn der Unfall nach einiger Zeit überhaupt keine natürliche Ursache des Gesundheitsschadens mehr darstellt, wenn also Letzterer ausschliesslich von unfallfremden Faktoren beherrscht wird. Dies trifft dann zu, wenn entweder der krankhafte Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante), oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist (vgl. Kranken- und Unfallversicherung – Rechtsprechung und Verwaltungspraxis [RKUV] 1994 Nr. U 206 S. 328 E. 3b). Ebenso wie der leistungs begründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten

Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosser Möglichkeit gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalles genügt nicht. Der Beweis des Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs muss nicht durch den Nachweis unfallfremder Ursachen erbracht werden. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliegt oder die versicherte Person nunmehr bei voller Gesundheit ist. Entscheidend ist allein, ob unfallbedingte Ursachen des Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Januar 2009, 8C_847/2008, E. 2). Die Beweislast liegt bei der Frage, ob ein *leistungsbegründender* natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist, bei der versicherten Person, während sie als *leistungsaufhebende* Tatsache beim Unfallversicherer liegt (Sozialversicherungsrecht – Rechtsprechung [SVR] 2009 UV Nr. 3 E. 2.2; RKUV 2000 Nr. U 363 S. 46 E. 2).

3.1 Die rechtsanwendende Behörde ist zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sowie der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht [ATSG] vom 6. Oktober 2000) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach 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 Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach alleine ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie

sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

4. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid vom 24. Februar 2017 die Rente zu Recht revisionsweise aufgehoben hat.

4.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Invalidenrenten der Unfallversicherung für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

4.2 Die abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind daher von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens zurückzuführen (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 3.4.2.3, Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen).

4.3 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend hatte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. Oktober 2006 eine Invalidenrente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 25 % zugesprochen. Mit Verfügung vom 27. November 2015, welche sie in der Folge mit Einspracheentscheid vom 24. Februar 2017 bestätigte, stellte die Beschwerdegegnerin fest, dass der Versicherte infolge der nicht mehr vorhandenen Unfallfolgen keinen Anspruch auf Rentenleistungen mehr habe. Sie stützte sich dabei auf das Gutachten des ZMB vom 25. August 2015. Somit beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Einstellung der bis anhin ausgerichteten Rente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 16. Oktober 2006 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt des vorliegend angefochtenen Einspracheentscheids vom 24. Februar 2017, welcher gestützt auf das Gutachten vom 25. August 2015 ergangen ist.

5.1 Bei ihrer ursprünglichen Rentenzusprache vom 16. Oktober 2006 stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der Unfallfolgen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf das Gutachten des ZMB vom 22. August 2006.

Dr. C.____, FMH Rheumatologie, stellte folgende Diagnosen: Sturz aus circa sechs bis sieben Meter Höhe auf das Gesäss mit posttraumatischer Diskushernie LWK4/5 links mit Status nach Operation am 28. August 2001 wegen therapieresistentem lumboradikulärem Reizsyndrom und Status nach Querfortsatzfrakturen LWK2-4, persistierendes Lumbovertebralsyndrom, Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew, Diagnose 2004), HLA B-27 positiv, Sakroilitis beidseits, Spondylitis anterior im Bereiche der LWS und lumbosakrale Übergangsanomalie mit Neathrose der Querfortsätze LWK5 zum Sakrum. Dr. C.____ erklärte in seinem Teilgutachten, dass die lokalen Beschwerden im Kreuzbereich nach der Diskushernie-Operation persistiert hätten. Ebenfalls seien seit dem Unfall Gesässschmerzen vorhanden, welche sich nicht zurückgebildet hätten. Im Jahre 2004 sei aufgrund radiologischer Kontrolluntersuchungen zusätzlich die Diagnose eines Morbus Bechterew gestellt worden. Retrospektiv habe die Diagnose aufgrund der radiologischen Abklärungen im Jahre 2001 nicht gestellt werden können. Es müsse davon ausgegangen werden, dass sich diese Spondyloarthropathie erst im weiteren Verlauf entwickelt habe. Circa ab dem Jahr 2003/2004 seien frühmorgendliche tief lumbale Kreuzschmerzen vorhanden gewesen, die den Exploranden weckten. Dabei handle es sich um ein typisches Symptom einer Spondyloarthropathie, bzw. eines entzündlichen Schmerzens. Es müsse aufgrund der Anamneseerhebung und der aktuellen Untersuchungsbefunden davon ausgegangen werden, dass ein Mischbild bezüglich der Beschwerden vorläge. Einerseits bestünden weiterhin posttraumatische Veränderungen und andererseits lägen doch auch eindeutige krankheitsbedingte, das heisst entzündliche Beschwerden vor.

Dr. D.____, FMH Neurologie, führte folgende Diagnosen auf: Chronisches Lumbovertebralsyndrom, Status nach Diskushernieoperation LWK4/5 links, chronisches linksbetontes muskuläres Cervikalsyndrom, Status nach Sturz vom Dach mit Rückenkontusion, resp. -distorsion und Frakturen der Querfortsätze LWK1-5 sowie paramedian linksseitiger Diskushernie LWK4/5 und möglicher Commotio cerebri. Klinischer Hauptbefund sei ein Lumbovertebralsyndrom. Inwieweit die vorliegende Spondylitis ankylosans Bechterew zu diesem Zustand beitrage, müsse rheumatologischerseits entschieden werden. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. D.____ nicht.

Dr. E.____, FMH Psychiatrie und Psychologie, stellte beim Beschwerdeführer akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z37.1) sowie eine Schmerzfehlverarbeitung fest, welche jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten.

In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass der Unfall als eine Mitursache der heute festgestellten gesundheitlichen Störungen zu betrachten sei. Die Prognose der unfallbedingten Gesundheitsschädigung sei ungewiss. Wegen der gleichzeitig vorliegenden Schmerzen durch den Morbus Bechterew beständen sowohl krankheits- als auch unfallbedingte Beschwerden, welche die Arbeitsfähigkeit zu 50 % einschränken. Dabei seien die krankheits- und unfallbedingten Anteile je etwa hälftig festzusetzen. Daraus ergebe sich medizinisch-theoretisch eine 25 %ige Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Unfallfolge, welche vorerst als dauernd anzusehen sei.

Demzufolge sei die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit rein unfallbedingt um 25 % reduziert.

5.2 Die rentenaufhebende Verfügung vom 27. November 2015 stützte sich auf das Gutachten des ZMB vom 25. August 2015. Es wird im Folgenden nur auf jene Teilgutachten eingegangen, welche für die Beurteilung des vorliegenden Falls von Relevanz sind.

Dr. F.____, FMH Rheumatologie, diagnostizierte: HLA B-27 positive axiale Spondyloarthritis Typ Spondylitis ankylosans -ED 2004, mit Verdacht auf periphere Gelenkbeteiligung, Status nach Arbeitsunfall mit Querfortsatzfrakturen LWK1-4 und Rippenfrakturen 3-5 links, abgeheilt, intermittierendes lumbospondylogenes Syndrom links, Status nach Operation bei Diskushernie LWK4/5 links, MRI LWS: Discusprotrusion LWK4/5 und hypertrophe Spondylarthrose LWK4/5, keine Spinalkanalstenose. Aus seiner Sicht seien leichte wechselbelastete Tätigkeiten ohne körperliche Zwangshaltungen und ohne repetitives Lastenheben zumutbar.

Dr. G.____, FMH Neurologie, hielt fest, dass objektiv feststellbare Befunde im Sinne einer zentralnervösen, einer radikulären bzw. peripher-neurogenen Läsion fehlen. Im Vordergrund ständen die Schmerzen im Bereiche von Achsenskelett, Schulter- und Beckengürtel, welche das rheumatologische bzw. orthopädische Fachgebiet betreffen. Inwieweit diese Schmerzen durch die bestehende Spondylitis ankylosans bedingt seien, müsse an den rheumatologischen Fachgutachter überwiesen werden. Zumindest aus neurologischer Sicht seien heute, nach rund 14 Jahren, Residuen des Unfallereignisses nicht mehr abgrenzbar. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit verwies Dr. G.____ ebenfalls auf die Beurteilung des rheumatologischen Fachgutachters.

Dr. H.____, FMH Orthopädie, stellte folgende Diagnosen: Chronisches vertebrogenes Schmerzsyndrom mit aktiver lumbosakraler Facetten- und IS-Arthrose sowie gering aktiver Iliosacralarthritis, Tendomyosen und Insertionstendinosen cervical und thorakal bei Status nach lumbalem Kontusionstrauma mit Frakturen der Querfortsätze LWK1-5 links, folgenlos ausgeheilt, Status nach Diskushernien-Operation LWK4/5 links, breitbasiger Protrusion des Diskus LWK4/5 recessal links mit minimaler Wurzelkompression von LWK5 links, lumbosakraler Segmentationsstörung, Fehlstatik bei Skoliose, Hohl-/Rundrückenform und Haltungsinsuffizienz, Morbus Bechterew mit geringer Aktivität im ISG und mässiggradiger Funktionseinschränkung der Wirbelsäule bei Möglichkeit einer peripheren Gelenkbeteiligung, Status nach Distorsionstrauma der HWS folgenlos ausgeheilt und Fussinsuffizienz bds. mit Sprunggelenksirritation lateral links. In seiner Beurteilung hielt er insbesondere fest, dass die Röntgenaufnahmen der LWS die lumbosakrale Hyperlordosierung, die Beinverkürzung rechts sowie den klinischen Eindruck einer ausgeprägten Facettenarthrose bestätigten. Radiologisch lägen eindeutige Hinweise auf eine Spondylarthritis ankylosans vor mit Befall der LWS im Sinne einer Begradigung der Wirbelkörper Vorderkanten am thorakalen Übergang und einem "bunten Bild" der ISG. Das MRI der LWS habe eine breitbasige Protrusion LWK4/5 recessal links mit minimaler Wurzelkompression von LWK5 links ergeben. Es stellten sich diskrete floride Veränderungen der ISG rechts dar. Sichere Folgeerscheinungen nach Querfortsatz-Frakturen seien weder klinisch noch radiologisch fassbar. Schmerzen würden auch auf die BWS, diffus auf die Rippen sowie auf das Sternum lokalisiert. Es werde eine diffuse Schmerzhaftigkeit thorakal in allen Bereichen genannt,

welche wohl überwiegend durch Insertionstendinosen und Myosen bedingt sei. Das MRI ergebe einen Nachweis verstärkter Sklerosezonen am thorakolumbalen Übergang ohne frische entzündliche Veränderungen. Im Schulterbereich würde eine Schmerzhaftigkeit bei Arbeiten über Schulterhöhe genannt. Die Untersuchungen zeigen eine ausgeprägte Haltungsinsuffizienz mit Protraktion der Schultergelenke. Die Symptomatik an der linken Hüfte sei als Ausdruck einer Adduktorentendomyose bei Beckenassymetrie interpretierbar. Die Schmerzhaftigkeit des linken Fusses sei als Ausdruck einer Fussinsuffizienz bei Rückfussvalgus und resultierender Fehlbelastung interpretierbar. Der leicht schmerzhafte Achillessehnenansatz sei einerseits durch die Spondylarthritis, andererseits durch die Fussinsuffizienz bei Rückfussvalgus unter Belastung interpretierbar. Zusammengefasst sei der Versicherte durch ein chronisches vertebrales Schmerzsyndrom in seiner körperlichen Funktion deutlich beeinträchtigt. Ursächlich hierfür sei vor allem die Spondylitis ankylosans. Floride Arthritiden seien aktuell klinisch und bildgebend lediglich diskret ausgeprägt und an den Iliosakralgelenken fassbar. Einfluss auf das Schmerz- und Degenerationsgeschehen hätten überwiegend die Fehlstellung der Wirbelsäule bei relevanter Beinlängendifferenz, die Skoliose, die Hohl- und Rundrückenform und die muskuläre Insuffizienz. Des Weiteren bestehe eine lumbosakrale Segmentationsstörung. Als schmerzzeugende Strukturen seien lumbal in erster Linie die lumbosakralen Facetten und die Iliosakralgelenke zu nennen. An der Halswirbelsäule dominieren suboccipitale Insertionstendinosen, an der BWS flächige Insertionstendinosen und Tendomyosen. Der Befall der peripheren Gelenke seitens der Spondylarthritis sei allenfalls gering bzw. klinisch nicht erkennbar. Periphere Degenerationsercheinungen beschränkten sich in den Schultern auf eine mögliche symptomatische AC-Arthrose, an der linken Hüfte auf eine Adduktorentendomyose und am linken Fuss auf einen Reizzustand submalleolär lateral. Eine Disposition und Realisation von Gelenk- und Sehnenansatzschmerzen peripher im Rahmen der Spondylarthritis könne jedoch nicht ausgeschlossen werden. Folgen des Traumas vom 5. April 2001 liessen sich keine mehr erkennen.

Zudem führte Dr. H. _____ entgegen den im Gutachten des ZMB vom 22. August 2006 (und bereits im Gutachten des ZMB vom 20. Februar 2003) gemachten Ausführungen aus, dass eine überwiegende Traumagenese eines Bandscheibenvorfalles wenig wahrscheinlich sei. Ein traumatischer Bandscheibenvorfall erfordere stets knöcherne und/oder ligamentäre Begleitverletzungen der massgebenden Wirbelkörper selbst oder zumindest der den massgebenden Abschnitt der Wirbelsäule begleitenden Muskel- und Bandstruktur. Die ligamentären und knöchernen Bewegungssegmente hätten etwa den halben Bewegungsumfang des Bewegungsspielraums der Bandscheibe. Käme es mithin zu einem schädigenden Bewegungsausschlag eines Bewegungssegments, würde zuerst eine Schädigung der begrenzenden ligamentären und knöchernen Strukturen eintreten. Zudem käme es bei der Kompressionsbelastung in einem Bewegungssegment mit einer Erhöhung des intradiskalen Druckes zunächst zu einer Frakturschädigung im Deck- und Grundplattenbereich, jedoch ohne Schädigung der Bandscheibe selbst. Es sei sehr wahrscheinlich, dass zum Zeitpunkt des Unfalls bereits eine fortgeschrittene Bandscheibenzermüderung vorgelegen habe.

Die Abklärungen von Dr. I. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ergaben, dass kein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Es bestehe lediglich ein Verdacht auf akzentuierte narzisstisch-neurotische Persönlichkeitszüge.

Aus der Gesamtbeurteilung ergeben sich für den vorliegenden Fall folgende relevante Ausführungen der Gutachter: Aus orthopädischer Sicht finde sich eine Fehlstatik der Wirbelsäule bei Beckentiefstand rechts infolge einer Beinverkürzung von 1.5-2cm. Zusätzlich zu den Bechterew-bedingten Veränderungen an der Wirbelsäule kämen Facettenarthrosen im unteren LWS-Abschnitt sowie eine Übergangsstörung mit Nearthrose L5/S1 beidseits hinzu. Sichere Folgeerscheinungen nach den Processus transversi-Frakturen (Unfall) seien radiologisch nicht fassbar. Die aktuelle Gesundheitsschädigung sei weitestgehend die Folge des im Jahre 2004 diagnostizierten Morbus Bechterew, komplexer degenerativer Veränderungen und auch angeborener Komponenten. Die Unfallfolgen seien bereits circa sechs Monate nach dem Ereignis abgeklungen. Der Versicherte sei aufgrund dieser krankheitsbedingten Beeinträchtigungen zu 40 % arbeitsfähig.

6.1 In Würdigung der medizinischen Aktenlage steht unbestrittenermassen fest, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seit der letzten Begutachtung verschlechtert hat. Zweifelsfrei ist dafür vordergründig der Morbus Bechterew verantwortlich, welcher sich im Achsenskelett zuerst lumbal und dann thorakal ausgebreitet hat. Inzwischen ist auch das ISG betroffen und es besteht der Verdacht auf eine periphere Gelenkbeteiligung. Seit dem Unfall leidet der Beschwerdeführer an Kreuzbeschwerden mit Ausstrahlung in die linke Hüfte/ in das linke Bein und an Gesässschmerzen. Circa im Jahr 2003/2004 sind frühmorgendliche tief lumbalen Kreuzschmerzen und weitere Beschwerden, insbesondere hochlokalisierte Nackenschmerzen, Schmerzen an der Hüftaussenseite links, an der Leiste, an den Schultergelenken, Schmerzen im Thorakalbereich, in der unteren Rippenregion, am Sternum und ein Taubheitsgefühl im rechten Bein im Sitzen, hinzugekommen.

6.2 Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht entschieden hat, dass die rentenrelevanten, seit dem Unfall andauernden (vgl. E. 6.1 hiervor) Beschwerden nicht mehr auf die Ereignisse vom 5. April 2001 zurückzuführen sind.

6.3 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, dass es zu einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands gekommen sei, für welche der Unfall jede kausale Bedeutung verloren habe. Im Gutachten des ZMB vom 22. August 2006 seien noch akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge sowie eine Schmerzfehlerverarbeitung diagnostiziert worden und im Gutachten des ZMB vom 25. August 2015 habe lediglich noch der Verdacht auf akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge bestanden. Auch aus orthopädischer Sicht liessen sich die Folgen des Traumas vom 5. April 2001 nicht mehr erkennen. Die Frakturen der Querfortsätze seien folgenlos ausgeheilt. Es bestehe zwar noch ein chronisches vertebrogenes Schmerzsyndrom mit aktivierter lumbosakraler Facetten- und IS-Arthrose. Ursächlich hierfür sei aber die Spondylitis ankylosans. Das Schmerzsyndrom sei daher nicht auf den Unfall, sondern auf die Spondylitis ankylosans, komplexe degenerative Veränderungen und auf angeborene Komponenten zurückzuführen.

6.4 Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Zunächst ist auf das Argument bezüglich des Wegfalls psychischer Diagnosen einzugehen. Im Gutachten vom 22. August 2006 wurde

klar festgehalten, dass die diagnostizierten akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszüge sowie die Schmerzfehlerverarbeitung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Da die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers dazumal keinen Einfluss auf die Rentenzusprechung hatte, kann entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin deren Veränderung revisionsrechtlich keine Bedeutung zukommen.

6.5 Weiter führt die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten des ZMB vom 25. August 2015 aus, dass die somatischen Unfallfolgen bereits nach sechs Monaten abgeklungen seien. Diese Auffassung widerspricht dem Gutachten des ZMB vom 22. August 2006, welches aufzeigt, dass die begutachtenden Ärzte noch fünf Jahre nach dem Unfall von unfallkausalen Beschwerden ausgegangen sind. Auch wenn die Frakturen der Querfortsätze LWK1-5, die sich der Beschwerdeführer beim Sturz zugezogen hatte, inzwischen verheilt sind, kann nicht ohne weiteres geschlussfolgert werden, dass alle Unfallfolgen abgeklungen sind. Die Beschwerdegegnerin stützt sich hier offensichtlich auf die Aussage der Gutachter in ihrer Gesamtwürdigung, wonach die Unfallfolgen circa sechs Monate nach dem Ereignis ausgeheilt seien. Doch diese Feststellung ist nicht kongruent mit anderen Angaben, die zuvor im Gutachten gemacht worden sind. Zum einen ist auf die Aussage von Dr. G.____ hinzuweisen, wonach heute, nach rund 14 Jahren, Residuen des Unfallereignisses vom 5. April 2001 nicht abgrenzbar seien. Zum anderen auf die des Orthopäden Dr. H.____, welcher angibt, dass die "sichere" Folge der Querfortsatzfrakturen (Unfall) weder klinisch noch radiologisch messbar sei. Mit anderen Worten kann gegenwärtig – viele Jahre nach dem Unfall – die Reichweite der sich beim Sturz zugezogenen Frakturen nicht mehr festgestellt werden. Damit geben die beiden Gutachter zum Ausdruck, dass eine klare Abgrenzung zwischen unfall- und krankheitsbedingten Beschwerden schwierig ist. Bereits im Gutachten des ZMB vom 22. August 2006 haben die Ärzte die Aufteilung der krankheits- und unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit arbiträr auf je etwa hälftig beurteilt. Eine klare Abgrenzung war offensichtlich dazumal schon schwierig. Trotz Unsicherheit der beiden Gutachter und entgegen der Einschätzung im Gutachten vom 22. August 2006 kommen die Gutachter in der Gesamtbetrachtung zum Schluss, dass die Unfallfolgen circa sechs Monate nach dem Ereignis abgeklungen seien und die nur 40 %ige Arbeitsfähigkeit ausschliesslich krankheitsbedingt sei. Ohne weitere Begründung ist diese Aussage jedoch nicht nachvollziehbar. Gerade weil die Unfallfolgen bei einem Bandscheibenvorfall schwierig festzustellen sind, drängt sich eine eingehende Auseinandersetzung mit der Frage der "abgeheilten" Unfallfolgen auf. In gleicher Weise ist der Standpunkt der Beschwerdegegnerin, wonach für das heute vorliegende chronische vertebrogene Schmerzsyndrom mit aktivierter lumbosakraler Facetten- und IS-Arthrose ausschliesslich die Spondylitis ankylosans ursächlich sei, medizinisch nicht begründet. Aus dem Gutachten des ZMB vom 25. August 2015 ist die Ursache der Facettenarthrose nicht ersichtlich. Gerade diesbezügliche Ausführungen wären vorliegend notwendig gewesen, zumal erfahrungsgemäss ein Bandscheibenvorfall als Ursache für eine Facettenarthrose wahrscheinlicher ist als eine entzündliche Erkrankung, wie der Morbus Bechterew (vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, Berlin 2007, S. 581). Vor dem Hintergrund, dass gemäss Gutachter unter anderem die lumbosakralen Facetten für die Schmerzen verantwortlich sind, bekommt die Relevanz der Klärung der Ursache noch mehr Gewicht. Zwar ist eine Diskushernie nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Kausalität von Bandscheibenvorfällen in der Regel auf degenerative Veränderungen zurückzuführen und folglich krankheitsbedingt. Ist

jedoch das Unfallereignis mit seiner äusseren Einwirkung derart intensiv, dass es geeignet ist, eine gesunde Wirbelsäule zu verletzen, kann die Diskushernie auch durch den Unfall ausgelöst werden und dementsprechend unfallbedingt sein (vgl. das Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2012, 8C_151/2012, E. 4 mit weiteren Hinweisen). Ausgangspunkt jeder Kausalitätsbeurteilung in diesem Gebiet bildet somit die Frage, ob der konkrete Unfallmechanismus auch eine gesunde Bandscheibe schädigen könnte. Dies trifft auf den vorliegenden Fall zu. Nach dem Unfallhergang ist der Beschwerdeführer aus circa sechs Meter Höhe auf das Gesäss gestürzt. Er erlitt dabei eine Diskushernie LWK4/5 links und Querfortsatzfrakturen LWK1-5, musste circa drei Wochen stationär im Spital verbringen und insgesamt sechs Wochen ein Korsett tragen. Es ist festzustellen, dass dieses Ereignis im Lichte der bisherigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Unfallkausalität von Bandscheibenvorfällen den intensiven oder schweren zuzuweisen ist (vgl. dazu DAVID WEISS, Bemerkungen zum Urteil des EVG vom 3. Oktober 2005, U 163/05, in: AJP 2006, S. 880 f., mit einer Zusammenstellung verschiedener Bundesgerichtsurteile zu dieser Frage). Die mehrfachen Querfortsatzfrakturen bestätigen die enorme Krafteinwirkung. Das Unfallereignis war somit geeignet die Diskushernie zu verursachen. Bei den Einschätzungen von Dr. H._____ bezüglich Ursache der Diskushernie handelt es sich zudem um eine andere Würdigung des gleichen medizinischen Sachverhalts, worüber bereits rechtskräftig entschieden worden ist. Die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist revisionsrechtlich unbeachtlich.

6.6 Nachdem die Beschwerdegegnerin ihre Leistungspflicht für die erste Zeit nach dem Unfall – gestützt auf das Gutachten des ZMB vom 22. August 2006 – bis 27. November 2015 bejaht hat, liegt es an ihr, den Wegfall der Kausalität nachzuweisen (vgl. oben E. 3.3). Sie hat mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit darzulegen, weshalb die Beschwerden nicht mehr auf den Unfall zurückzuführen sind. Gestützt auf das ZMB-Gutachten vom 25. August 2015 ist der Wegfall der Unfallkausalität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat somit über den 31. Dezember 2015 hinaus die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Demgemäss ist die Beschwerde gutzuheissen.

7.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass der Prozess vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

7.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer dem Prozessausgang entsprechend eine Parteientschädigung zu bezahlen. Der mit Honorarnote vom 16. Oktober 2017 geltend gemachte Aufwand von 9.25 Stunden erweist sich umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen. Ebenfalls nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen im Umfang von insgesamt Fr. 112.--. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer somit eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'618.40 (9.25 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 112.-- und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 24. Februar 2017 aufgehoben und die SWICA Versicherungen AG verpflichtet, die bisherige Invalidenrente über den 31. Dezember 2015 hinaus auszurichten.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
 3. Die SWICA Versicherungen AG hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'618.40 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.