



**Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht**

**vom 16. August 2018 (725 18 45 / 220)**

---

**Unfallversicherung**

**Rentenrevision; auf das polydisziplinäre Gutachten kann nicht abgestellt werden, Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung**

**Besetzung** Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiberin Olivia Reber

**Parteien** A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Dr. Yves Waldmann, Advokat, St. Johannis-Vorstadt 23, Postfach 1328, 4001 Basel

gegen

**SWICA Gesundheitsorganisation**, Rechtsdienst, Römerstrasse 38, 8401 Winterthur, Beschwerdegegnerin

**Betreff** Leistungen

A.1 Der 1959 geborene A.\_\_\_\_ war beim Restaurant B.\_\_\_\_ in X.\_\_\_\_ als „Allrounder“ angestellt und im Rahmen dieses Arbeitsverhältnisses bei der SWICA Gesundheitsorganisation (damals: PANORAMA Versicherungen, nachfolgend: SWICA) obligatorisch gemäss UVG unfallversichert. Am 14. April 1992 erlitt der Versicherte einen Arbeitsunfall, indem er sich beim Holzspalten mit einer hydraulischen Holzspaltmaschine vier Finger seiner rechten Hand ab-

trennte. In der Folge konnten drei Finger wieder angenäht werden. Ein Finger konnte nicht erhalten werden, sodass bei diesem eine Stumpfversorgung erfolgte. Gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten des Zentrums für Medizinische Begutachtungen (ZMB) vom 17. Mai 1994 sprach die IV-Stelle des Kantons Aargau A.\_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 20. September 1994 rückwirkend ab dem 1. April 1993 eine ganze Invalidenrente zu. Mit Verfügung vom 10. September 1996 sprach die SWICA dem Versicherten eine Komplementärrente gemäss UVG ab dem 1. Juni 1996 bei unfallbedingter Invalidität von 70% und eine Integritätsentschädigung von 40% zu.

A.2 Im Rahmen einer mehrjährigen Rentenprüfung stellte die IV-Stelle Basel-Landschaft mit Verfügung vom 7. Juni 2016 fest, dass A.\_\_\_\_\_ weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 70% habe. Die SWICA beauftragte am 2. August 2016 die Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens. Gestützt auf das Gutachten der ABI vom 12. Dezember 2016 teilte die SWICA dem Versicherten am 16. Januar 2017 mit, dass sich nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50% begründen liesse, weil die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht mehr gestellt werden könne und sich aufgrund des Einkommensvergleichs ein Invaliditätsgrad von neu 35% statt 70% errechne. Die Rente mit dem Invaliditätsgrad von 35% werde nach einer dreimonatigen Übergangsfrist ab dem 1. April 2017 ausgerichtet. Am 11. April 2017 erliess die SWICA eine dem Schreiben vom 16. Januar 2017 entsprechende Verfügung. Eine gegen diese Verfügung erhobene Einsprache des Versicherten wurde mit Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2017 abgewiesen.

B. Gegen den Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2017 erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Dr. Yves Waldmann, Advokat, am 1. Februar 2018 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteil Sozialversicherungsrecht, (Kantonsgericht). Er beantragte, es seien der Einspracheentscheid der SWICA vom 18. Dezember 2017 und die Verfügung vom 11. April 2017 aufzuheben. Es sei die SWICA zu verpflichten, ihm über den 31. März 2017 hinaus eine unbefristete Invalidenrente auf Basis eines Invaliditätsgrades von 70% auszurichten. Eventualiter sei die SWICA zu verpflichten, ihm eine Invalidenrente im Rahmen einer angemessenen Übergangsfrist von mindestens 12 Monaten ab Verfügungszeitpunkt auf Basis eines Invaliditätsgrades von 70% auszurichten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er, es sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege für die ordentlichen und ausserordentlichen Kosten des vorliegenden Verfahrens, einschliesslich der Kosten der Rechtsverteidigung für das Einspracheverfahren, mit dem Unterzeichneten als unentgeltlichem Rechtsbeistand zu bewilligen. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass das Gutachten der ABI vom 12. Dezember 2016 nicht nachvollziehbar begründet und somit nicht rechtsgenügend sei. Es dürfe zur Beurteilung der Leistungspflicht nicht darauf abgestellt werden. Die Gutachter hätten eine im Rahmen einer Revision unbeachtliche abweichende ärztliche Beurteilung eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes vorgenommen. Es lasse sich keine revisionsrechtlich zu beachtende tatsächliche Besserung des psychischen Gesundheitszustandes nachweisen. Es liege kein Revisionsgrund vor, welcher eine Rentenherabsetzung rechtfertigen würde.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 14. März 2018 schloss die SWICA auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser in Y.\_\_\_\_, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde vom 1. Februar 2018 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 11. April 2017 bzw. mit Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2017 zu Recht die Komplementärrente des Beschwerdeführers rückwirkend per 1. April 2017 von 70% auf 35% herabgesetzt hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 18. Dezember 2017 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 Nach 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. Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person. Art. 18 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf eine Invalidenrente, wenn sie infolge des Unfalles zu mindestens 10% invalid ist. Gemäss Art. 19 Abs. 1 UVG entsteht der Rentenanspruch, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) abgeschlossen sind.

3.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.3 Die Invalidenrente beträgt bei Vollinvalidität 80% des versicherten Verdienstes; bei Teilinvalidität wird sie entsprechend gekürzt (Art. 20 Abs. 1 UVG). Hat die versicherte Person Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (IV) oder auf eine Rente der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) so wird ihr gemäss Art. 20 Abs. 2 UVG eine Komplementärrente gewährt; diese entspricht der Differenz zwischen 90% des versicherten Verdienstes und der Rente der IV oder der AHV, höchstens aber dem für Voll- oder Teilinvalidität vorgesehenen Betrag (Satz 1). Die Komplementärrente wird beim erstmaligen Zusammentreffen der erwähnten Renten festgesetzt und lediglich späteren Änderungen der für Familienangehörige bestimmten Teile der Rente der IV oder AHV angepasst (Satz 2). Nach Abs. 3 desselben Artikels erlässt der Bundesrat nähere Vorschriften, namentlich über die Berechnung der Komplementärrenten in Sonderfällen, von welcher Rechtsetzungskompetenz er in Art. 31 ff. der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) vom 20. Dezember 1982 Gebrauch gemacht hat.

3.4 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher und adäquater Kausalzusammenhang besteht (BGE 129 V 181 E. 3.1). 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 (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, zu deren Beantwortung die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – auf ärztliche Erkenntnisse angewiesen ist. Für den Nachweis des natürlichen Kausalzusammenhangs genügt der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). 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 181 E. 3.2 mit Hinweis). Der Voraussetzung des adäquaten Kausalzusammenhangs kommt dabei die Funktion einer Haftungsbegrenzung zu

(BGE 125 V 462 E. 5c, 123 V 102 E. 3b mit Hinweisen). Ob bei Vorliegen eines natürlichen Kausalzusammenhanges zwischen dem versicherten Ereignis und der eingetretenen gesundheitlichen Schädigung auch der erforderliche adäquate, d.h. rechtserhebliche Kausalzusammenhang besteht, ist eine Rechtsfrage, die nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln vom Gericht zu beurteilen ist (BGE 112 V 33 E. 1b).

4.1 Um das Ausmass der Invalidität zu ermitteln, ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – bei der hierfür erforderlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – 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 232 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

4.3 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 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). Laut diesen Richtlinien ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht

erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5.1 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende IV-Renten 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 349 E. 3.5 mit Hinweisen). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2009, 9C\_961/2008, E. 6.3).

5.2 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.

5.3 Im Rahmen einer materiellen Revision nach Art. 17 ATSG prüft die Verwaltung den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst nicht nur mit Bezug auf jenes Sachverhaltssegment, in welchem eine Änderung in Frage steht (BGE 125 V 417 E. 2d; 117 V 200 E. 4b S. 200; Urteil vom 24. August 2007, 9C\_237/2007, E. 4). Dementsprechend ist das Sozialversicherungsgericht befugt (und verpflichtet), bei Bedarf Teilaspekte des Rechtsverhältnisses von Amtes wegen aufzugreifen, selbst wenn diese bereits in der früheren rechtskräftigen Verfügung beurteilt wurden (Urteil des Bundesgerichts vom 6. November 2007, I 822/06, E. 3.1). In einem neueren Urteil hat das Bundesgericht diesbezüglich ausgeführt, dass, wenn ein Revisionsgrund feststeht, der Rentenanspruch für die Zukunft in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen ist, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht. Dies gilt auch bezüglich der Frage der Adäquanz, umso mehr, als einem wesentlichen Teil der Adäquanzkriterien ein gewisses zeitliches, dynamisches Element zukommt, so dass diese sich durch Zeitablauf ändern können. Damit ist zugleich gesagt, dass die Prüfung der Adäquanzkriterien aufgrund der im Zeitpunkt der erwogenen revisionsweisen Leistungsanpassung gegebenen tatsächlichen Verhältnisse zu erfolgen hat. Eine Leistungspflicht der Unfallversicherung besteht nur insoweit, als über dieses Datum hinaus noch ein natürlich und adäquat kausal durch den Unfall verursachter Gesundheitsschaden bestand. Dabei ist sowohl die natürliche als auch die adäquate Kausalität grundsätzlich frei und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juni 2017, 8C\_833/2016, E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

5.4 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) 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 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3). Im vorliegenden Fall ist somit zu prüfen, ob sich gegenüber der ursprünglichen Rentenzusprache vom 10. September 1996 im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung vom 11. April 2017 bzw. des Einspracheentscheids vom 18. Dezember 2017 eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ergeben und sich dadurch der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hat.

5.5 Bei der Rentenanpassung infolge Änderungen des Gesundheitszustandes sind diejenigen Änderungen massgebend, welche die versicherte Gesundheitsschädigung betreffen. Verlangt wird eine Veränderung des auf die gleiche medizinische Ursache zurückzuführenden Gesundheitsschadens (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009 Art. 17 Rz. 17). Vor dem Hintergrund der gemachten Ausführungen (vgl. E. 3.4 hiervor), wonach die Leistungspflicht des Unfallversicherers unter anderem voraussetzt, dass zwischen dem schädigenden Ereignis und der gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, kann im unfallversicherungsrechtlichen Revisionsverfahren entsprechend – anders als im Rahmen von Revisionen der Invalidenversicherung – eine Revision nur zulässig sein, wenn in Bezug auf die unfallkausalen Gesundheitsschäden eine tatsächliche Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse im Sinne einer Besserung oder Verschlechterung eingetreten ist (vgl. hierzu auch Urteil des EVG vom 5. Juni 2003, U 38/01, E. 5.2 ff.).

5.6 Im Urteil vom 29. August 2011 (9C\_418/2010) hat das Bundesgericht ergänzend zusätzliche Besonderheiten festgehalten, die es in Revisionsfällen (im Sinne des Art. 17 ATSG) bei der Erhebung und Würdigung des medizinischen Sachverhaltes zu beachten gilt. Demnach bildet Gegenstand des Beweises das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den – den medizinischen Gutachten zu entnehmenden – Tatsachen, da die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes erfolgt. Die Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und dessen funktionelle Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre (vgl. dazu BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.2).



Hand/Arm/Schulter mit Schultersteife und erheblicher Funktionseinschränkung der Hand rechts (ICD-10 M79.9), ein Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom rechts, aktuell in Abklärung im Universitätsspital Basel (ICD-10 G56.0) sowie ein persistierender sensomotorischer Funktionsausfall an der radialen rechten dominanten Hand gestellt. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), ein Verdacht auf ein Neurom Nervus suralis am Unterschenkel links (ICD-10 D36.7), eine AC-Arthrose und Bursitis subacromialis der Schulter rechts (ICD-10 M19.91), Übergewicht mit einem BMI von 27,5 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.9), ein Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9), eine chronische Bronchitis (ICD-10 J42), ein persistierender Nikotinabusus (ICD-10 F17.1), ein erhöhter HbA1c-Wert (ICD-10 R73.9) sowie ein Status nach Ulcus ventrikuli (ICD-10 K25.9) festgehalten.

Bei der handchirurgischen Untersuchung sei festgestellt worden, dass die erhebliche Funktionseinschränkung der rechten Hand und der rechten Schulter zweifelsohne seit Jahren objektiv dokumentiert und im Langzeitverlauf stationär sei. Aus handchirurgischer Sicht wären theoretisch sehr leichte Verweistätigkeiten in einer leidensadaptierten Art und Weise teilprozentig bei einem maximal 50%igen Pensum denkbar. Arbeiten bei kalten Aussentemperaturen seien nicht zumutbar. Aus neurologischer Sicht seien sämtliche Tätigkeiten, welche bimanuell Kraft oder Feinmotorik erforderten, nicht mehr zumutbar. Tätigkeiten ohne Einsatz des rechten Armes / der rechten Hand respektive solche, bei denen die rechte Hand nur intermittierend als Hilfs- hand für leichte Zudientätigkeiten eingesetzt werden müsse, seien aus neurologischer Sicht möglich. Dabei bestehe eine Leistungseinschränkung von 20%. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten depressive Symptome und Ängste festgestellt werden können. Der Versicherte leide unter Schlafstörungen in der Nacht und sei am Tag erhöht ermüdbar. Die psychiatrische Diagnose bedinge keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte voll arbeitsfähig. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung habe keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können.

Insgesamt kämen die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss, dass beim Versicherten für eine angepasste, leichte Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von *maximal* 50% bestehe. Das Pensum könnte über fünf bis sechs Stunden pro Tag mit erhöhtem Pausenbedarf umgesetzt werden. Die aktuell feststellbare Arbeitsfähigkeit sei seit spätestens Oktober 2016 zu bestätigen. Eine posttraumatische Belastungsstörung, welche bei der ursprünglichen Berentung noch massgeblich beteiligt gewesen sei, sei definitiv nicht mehr nachweisbar.

8.1 Die SWICA stütze sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Frage, ob seit der ursprünglichen Zusprache der Komplementärrente mit Verfügung vom 10. September 1996 eine anspruchserhebliche Änderung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten ist, auf das ABI-Gutachten vom 12. Dezember 2016. Die Beschwerdegegnerin nahm demzufolge einen seit der Referenzlage im Jahr 1996 wesentlich verbesserten Gesundheitszustand an. Es sei davon auszugehen, dass im Vergleich zum polydisziplinären Gutachten des ZMB vom 17. Mai 1994, wo eine stark reduzierte Restarbeitsfähigkeit von höchstens 30% bestanden habe, gemäss dem polydisziplinären Gutachten der ABI vom 12. Dezember 2016 für eine angepasste, leichte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50% bestehe. Aufgrund dieser wesentlichen Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen seien die Voraussetzungen für eine

Rentenrevision erfüllt. Insgesamt sei eine Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse seit der Rentenzusprache im Jahre 1996 nachgewiesen, weil die Restarbeitsfähigkeit von 30% auf 50% gestiegen sei und die posttraumatische Belastungsstörung nicht mehr bestehe. Jedenfalls habe sich der Invaliditätsgrad seit der Rentenfestsetzung massgeblich, insgesamt um mehr als die von der Rechtsprechung geforderten 5% verändert. Der Invaliditätsgrad sei von 70% auf 35% herabzusetzen.

8.2 Den Ausführungen der Beschwerdegegnerin, wonach gemäss dem Gutachten der ABI eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei und damit ein Revisionsgrund vorliege, der eine allseitige Prüfung des Rentenanspruchs pro futuro ermögliche, kann nicht beigeprägt werden. Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 5.5 hiervor), kann im unfallversicherungsrechtlichen Revisionsverfahren eine Revision nur zulässig sein, wenn in Bezug auf die unfallkausalen Gesundheitsschäden eine Veränderung eingetreten ist. Für das Vorliegen eines entsprechenden Revisionsgrundes ist der Versicherungsträger beweispflichtig. Er muss eine wesentliche Veränderung des Unfallschadens mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen. Nachfolgend wird aufgezeigt, weshalb dies der SWICA im vorliegenden Fall nicht gelungen ist.

8.3 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier aber vor. Aus nachfolgenden Gründen erfüllt das Gutachten der ABI die höchstrichterlichen Anforderungen an eine voll beweiskräftige Expertise in Revisionsfällen nicht (vgl. E. 5.6 hiervor).

9.1 Im ABI Gutachten vom 12. Dezember 2016 führte Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie, auf Seite 32 unter dem Abschnitt „Arbeitsfähigkeit aus handchirurgischer Sicht“ Folgendes aus: „*Theoretisch* ist aus handchirurgischer Sicht eine sehr leichte Verweistätigkeit in einer leidensadaptierten Art und Weise teilprozentig zu einem *maximal* 50% Pensum *theoretisch denkbar*.“ Die Formulierungen in Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit des Versicherten sind sehr vage gehalten („theoretisch“, „maximal“, „denkbar“) und vermögen daher nicht zu überzeugen.

Dr. C.\_\_\_\_ hielt ferner fest, dass eine wesentliche Besserung des Handeinsatzes, der Gebrauchs- sowie Leistungsfähigkeit der rechten Hand im Langzeitverlauf seit der primären Begutachtung im Mai 1994 nicht eingetreten sei. Diese Ausführung ist insofern unklar, als einerseits keine wesentliche Besserung eingetreten sein soll, andererseits die Arbeitsfähigkeit aber auf 50% festgesetzt wird und der Handchirurg festhält, dass die rechte Hand objektiv erstaunlich gut einsetzbar sei.

Weiter liegt beim Beschwerdeführer laut dem Gutachten der ABI aktuell eine Angst und depressive Störung gemischt vor. Zudem leidet der Versicherte unter Schlafstörungen. Der psychiatri-

sche Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führt aber nicht weiter aus, welche Auswirkungen diese psychiatrischen Diagnosen mit sich bringen. Er hält fest, dass die psychiatrischen Diagnosen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen würden. Es erscheint jedoch fraglich, ob durch die Angst und depressive Störung gemischt sowie durch die Schlafstörungen tatsächlich keinerlei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert.

Die Einschränkung gemäss ZMB Gutachten aus dem Jahre 1994 betrug insgesamt 70%. Dies ergab sich *zu gleichen Teilen* aus der massiven Funktionseinbusse der rechten Hand und des Hand-Schulter-Syndroms sowie aus der daraus resultierenden posttraumatischen Anpassungsstörung. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat sich somit laut ABI Gutachten insgesamt um 20% gesteigert. Ein verbesserter Gesundheitszustand wird aber nur vom Psychiater angegeben. Die Erläuterungen in Bezug auf eine allfällige Veränderung sowie in Bezug auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit sind nicht nachvollziehbar. Insbesondere in Verbindung mit den psychiatrischen Feststellungen wird nicht klar, welche Beschwerden in welchem Umfang an der Arbeitsunfähigkeit bzw. an deren angeblichen Verbesserung beteiligt sind.

Überdies wäre es angezeigt gewesen, den behandelnden Psychiater des Versicherten, Dr. med. E.\_\_\_\_, zu Rate zu ziehen. Wenn ein Versicherter über längere Zeit in psychiatrischer Behandlung ist, wäre es durchaus sinnvoll, im Rahmen einer Begutachtung den behandelnden Arzt hinzuzuziehen und zu dessen – allenfalls divergierenden – Ausführungen Stellung zu nehmen. Es wurden jedoch keinerlei Berichte von Dr. E.\_\_\_\_ eingeholt. Hinzu kommt, dass vorliegend eine psychiatrische Begutachtung im Umfang von lediglich 50 Minuten als nicht ausreichend erscheint, um eine fundierte psychiatrische Beurteilung in einem Rentenrevisionsverfahren vorzunehmen. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Versicherte seit 22 Jahren eine Rente der Unfallversicherung und seit 25 Jahren eine ganze Rente der Invalidenversicherung bezieht.

Auf Seite 34 kommen die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss, dass beim Versicherten für eine angepasste, leichte Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von *maximal* 50% bestehe. Auch diese Formulierung bei der Konsensbeurteilung der Gutachter ist nicht präzise. Die eruierte Restarbeitsfähigkeit von 50% wird durch den Begriff „maximal“ wieder relativiert. Insgesamt ist die durch die Gutachter festgelegte Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht verwertbar.

9.2 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist festzuhalten, dass weitere medizinische Abklärungen sowohl in handchirurgischer als auch in psychiatrischer Hinsicht notwendig sind. Aufgrund der bisher vorliegenden medizinischen Aktenlage kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geklärt werden, ob beim Versicherten eine wesentliche Veränderung seit der ursprünglichen Rentenzusprache eingetreten ist oder nicht. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die gesundheitliche Situation des Versicherten wesentlich geändert hat, das Gutachten vermag aber insgesamt nicht zu überzeugen und ist in etlichen Punkten nicht nachvollziehbar. Deshalb kann auf das ABI Gutachten vom 12. Dezember 2016 nicht abgestellt werden.

9.3 Die Beschwerde des Versicherten ist daher in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der vorstehenden Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

9.4 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst die nötigen Abklärungen vorzunehmen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. BGE 137 V 263 E. 4.4.1 ff.). Da die Beschwerdegegnerin vorliegend jedoch nicht alle notwendigen Abklärungen betreffend die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten wesentlich verändert hat, vorgenommen hat und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin auch unter Berücksichtigung der zitierten Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Demzufolge ist die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids vom 18. Dezember 2017 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat weitere medizinische Abklärungen in Bezug auf die Frage, ob ein Revisionsgrund vorliegt, zu veranlassen. Die weiteren medizinischen Abklärungen sind nicht nochmals bei der ABI einzuholen und haben eine Gesamtbetrachtung des Gesundheitszustandes zu ermöglichen.

10. Die zwischen den Parteien umstrittene Frage bezüglich einer allfälligen Übergangsfrist kann aufgrund dieses Ausgangs des Verfahrens offen gelassen werden. An dieser Stelle ist lediglich darauf hinzuweisen, dass das UVG grundsätzlich keine Übergangsfrist kennt (Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2018, 8C\_212/2017, E. 4.3). Die Beschwerdegegnerin war aber anscheinend trotzdem bereit, dem Versicherten im vorliegenden Fall eine Übergangsfrist von drei Monaten zu gewähren. Der Versicherte forderte hingegen eine Anpassungsfrist von mindestens 12 Monaten.

11.1 Art. 61 lit. a ATSG bestimmt, dass das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

11.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Hebt das Kantonsgericht einen bei ihm angefochtenen Entscheid auf und weist es die Angelegenheit zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung an die Verwaltung zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als obsiegende Partei (BGE 137 V 61 f. E. 2.1 und 2.2 und 132 V 235 E. 6.2, je mit Hinweisen). Da der Beschwerdeführer obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 30. Mai 2018 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9 Stunden und 54 Minuten geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungs-

prozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 394.--. Dem Beschwerdeführer ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr 3'089.90 (9 Stunden und 54 Minuten à Fr. 250.-- + Auslagen von Fr. 394.-- zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) zu Lasten der SWICA zuzusprechen.

11.3 Der Beschwerdeführer beanstandet, dass die Beschwerdegegnerin sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Einspracheverfahren abgewiesen hat. Diesbezüglich ist aber mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass der Versicherte die erforderlichen Belege über seine finanziellen Verhältnisse nicht bzw. erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereicht hat. Es obliegt grundsätzlich dem Gesuchsteller, seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse umfassend darzulegen. Der Beschwerdeführer ist dieser Obliegenheit im Einspracheverfahren nicht nachgekommen, weshalb die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Versicherten damals zu Recht abgewiesen hat. In diesem Punkt ist die Beschwerde unbegründet und der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2017 zu bestätigen.

12.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

12.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

12.3 Zu ergänzen bleibt, dass nach bundesgerichtlicher Praxis die in einem Rückweisungsentscheid getroffene (Kosten- und) Entschädigungsregelung – wie die Rückweisung im Hauptpunkt selbst – einen Zwischenentscheid (Art. 93 Abs. 1 BGG) darstellt, der in der Regel keinen nicht wieder gutzumachenden Nachteil im Sinne von Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG bewirkt und damit nicht selbstständig beim Bundesgericht angefochten werden kann. Ihre Anfechtung ist erst mit Beschwerde gegen den Endentscheid möglich. Entscheidet die Instanz, an welche die Sache zurückgewiesen wurde, in der Hauptsache voll zu Gunsten der Beschwerde führenden Person,

so kann die Kosten- oder Entschädigungsregelung im Rückweisungsentscheid direkt innerhalb der Frist des Art. 100 BGG ab Rechtskraft des Endentscheids mit ordentlicher Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden (BGE 133 V 648 E. 2.2, bestätigt im Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008, 9C\_567/2008, E. 2-4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 19. Februar 2008, 9C\_748/2007).

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2017 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
  2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
  3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteient-schädigung in der Höhe von Fr. 3'089.90 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Gegen diesen Entscheid wurde am 26. Oktober 2018 Beschwerde beim Bundesgericht (Verfahren-Nr. [8C 745/2018](#)) erhoben.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>