

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/23 vom 28. April 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-04-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2020\\_23](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_23)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/23 du 28 avril 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/23 del 28 aprile 2021

## Regeste

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Festlegung des Streitgegenstandes. Nichteintreten auf den Antrag bezüglich einer höheren Integritätsentschädigung als bereits zugesprochen. Würdigung medizinischer Berichte. Die Voraussetzungen für eine Rentenrevision sind nicht erfüllt, da überwiegend wahrscheinlich keine relevante Verschlechterung der unfallbedingten Kniebeschwerden eingetreten ist. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. April 2021, UV 2020/23).

## Volltext

Entscheid vom 28. April 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. UV 2020/23 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte, Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Invalidenrente / Integritätsentschädigung Sachverhalt A.\_\_\_\_ war bei der B.\_\_\_\_ AG als Plattenleger und Geschäftsführer tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 11. April 1994 ausrutschte und sich dabei das linke Knie verdrehte (vgl. Suva-act. I/1-58, I/1-107, II/1-3, II/7-12 f.). Der gleichentags erstbehandelnde Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte eine Distorsion des linken Kniegelenks, eventuell eine Meniskusläsion medial. Er attestierte dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Suva-act. I/1-105). Die Suva kam für die Folgen des Unfalls auf. Der Versicherte unterzog sich am 2. Mai 1995 im Spital D.\_\_\_\_ einer Kniearthroskopie links. Die behandelnden Ärzte hielten in ihrem Austritts- bzw. Operationsbericht als Diagnose eine alte, partielle Ruptur des vorderen Kreuzbandes (VKB) sowie eine alte Läsion des medialen Meniskusvorderhorns fest (vgl. Suva-act. I/1-48, I/1-51 f.). Am 16. August 1995 wurde der Versicherte durch Dr. med. E.\_\_\_\_ kreisärztlich untersucht. Dieser befand, seit dem 12. Juni 1995 habe wegen der Knieverletzung eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % bestanden, ab 17. August 1995 liege jedoch wieder eine volle Arbeitsfähigkeit vor (Suva-act. I/1-27 ff., vgl. auch frühere kreisärztliche Untersuchungen; Suva-act. I/1-70 f., I/74 ff., I/1-94 ff.). Am 15. Juni 2000 sprang der Versicherte von einem Balkon und verspürte danach Schmerzen im Knie rechts sowie ein Instabilitätsgefühl (Suva-act. II/1-19 f.). Der am 29. Juni 2000 erstbehandelnde Dr. med. F.\_\_\_\_, Arzt für allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte eine traumatisierte Prägonarthrose rechts (Suva-act. II/1-19). Suva-Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ untersuchte den Versicherten am 17. November 2000 und beurteilte gleichentags, bei diesem bestehe der Verdacht auf eine

mediale Meniskusläsion im Bereich des Hinterhorns des rechten Knies (vgl. Suva-act. II/1-14 ff.). Seit dem 2. Oktober 2000 liege als Inhaber einer Bodenbelagsfirma eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vor. Ab dem 20. November 2000 sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % und ab 4. Dezember 2000 auf 100 % zumutbar (Suva-act. II/2). Die Suva kam für die Folgen des als unfallähnliche Körperschädigung anerkannten Vorfalls auf (Suva-act. II/3). Mit Verfügung vom 20. Dezember 2000 führte die Suva aus, der Versicherte wolle die medizinisch indizierte Arthroskopie am Knie rechts nicht durchführen lassen (vgl. diesbezüglich Suva-act. II/1-14 f.), weshalb sie den Fall abschliesse. Die geklagten Knieschmerzen links seien nicht kausal auf den Unfall vom 11. April 1994 zurückzuführen. Die Kosten für die zunehmenden Knieschmerzen rechts und auch für die geltend gemachten Rückenschmerzen könnten von der Suva nicht übernommen werden (Suva-act. II/6). Nachdem die Krankenkasse des Versicherten dagegen Einsprache erhoben hatte (vgl. Suva-act. II/19-24 ff., II/19-33), zog die Suva ihre Verfügung mit Schreiben vom 7. September 2001 zurück und richtete dem Versicherten in der Folge weiterhin Leistungen für die Kniebeschwerden beidseits aus (Suva-act. II/11 f.). Die Arbeitgeberin hatte dem Versicherten per 30. Juni 2001 gekündigt (Suva-act. II/20-4). Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, Ärzteteam Unfallmedizin der Suva, untersuchte den Versicherten am 14. August 2001. Am 20. August 2001 beurteilte er, es lägen Unfallfolgen am linken Kniegelenk vor. Die Meniskusschädigung rechts sei als unfallähnliche Körperschädigung anerkannt worden. Der derzeitige Zustand lasse sich beidseits nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit und ohne unnötige Risiken operativ beheben. Eine adaptierte Tätigkeit sei dem Versicherten in einem vollen Pensum zumutbar. Eine Umschulung sei aus therapeutisch-rehabilitativer Sicht sehr dringlich. Bezüglich des linken Kniegelenks schätze er den Integritätsschaden auf 15 %, bezüglich des rechten Kniegelenks auf höchstens 5 % (Suva-act. II/19). Vom 1. Oktober 2001 bis 31. März 2002 sprach die IV-Stelle dem Versicherten berufliche Massnahmen im Sinne einer Umschulung zum CAD-Informatiker zu (Suva-act. II/20-6 f., II/37). Diese wurde jedoch vorzeitig abgebrochen (vgl. Suva-act. II/23, II/37-9, II/38-3). Mit Verfügung vom 2. August 2002 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 7. Januar 2002 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 28 % sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 20 % zu (Suva-act. II/38-14 ff., betr. Integritätsentschädigung vgl. auch Suva-act. II/21). Die vom Versicherten dagegen erhobene Einsprache (vgl. Suva-act. II/38-11 ff.) wies die Suva mit Entscheid vom 15. November 2002 ab (Suva-act. II/38-2 ff.). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde (vgl. Suva-act. II/41-1 ff.) mit Entscheid vom 19. November 2003 ebenfalls ab (Suva-act. II/40). Vom 1. Februar 2004 bis 28. Februar 2007 absolvierte der Versicherte mit Unterstützung der IV-Stelle eine Umschulung zum Mitarbeiter mit Aufgaben im CAD (Suva-act. II/42-1 ff., II/42-7 ff., II/43, II/55-2 ff.). Während der Umschulung leistete die IV-Stelle Taggelder, weshalb die Suva die Rentenzahlungen ab 1. Juni 2004 vorübergehend einstellte (Suva-act. II/63). Im Auftrag der IV-Stelle (vgl. Suva-act. II/51) wurde der Versicherte im Juli 2008 durch Ärzte der asim Begutachtung, Universitätsspital Basel, polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 7. August 2008 diagnostizierten diese als Beeinträchtigungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), ein chronisches Zervikalsyndrom, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, anamnestisch eine Rotatorenmanschettenläsion rechts (degenerativ veränderte Supraspinatussehne), einen klinischen Verdacht auf eine Retropatellararthrose, einen Status nach partieller Ruptur des

vorderen Kreuzbandes und eine alte Läsion des medialen Meniskus links sowie einen Riss im medialen Meniskushinterhorn rechts. In der früheren Tätigkeit als Bodenleger sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Für die umgeschulte Tätigkeit eines CAD-Zeichners oder eine andere optimal adaptierte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75 % (Suva-act. II/55-5 ff.). Mit Verfügung vom 13. Februar 2009 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 27 % ab (Suva-act. II/58). Nachdem der Versicherte dagegen Beschwerde erhoben hatte, widerrief die IV-Stelle am 27. April 2009 ihre Verfügung (Suva-act. II/65). Sie gab den Auftrag (vgl. Suva-act. II/67), den Versicherten erneut durch Ärzte der asim begutachten zu lassen. Gestützt auf das Verlaufsgutachten vom 28. Dezember 2009 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren mit Verfügung vom 22. März 2010 bei einem Invaliditätsgrad von 32 % ab (Suva-act. II/69). Mit Entscheid vom 5. Januar 2012 (IV 2010/175) hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde dahingehend gut, als es die Verfügung vom 22. März 2010 aufhob und die Sache zur Weiterführung der Eingliederung und anschliessenden neuen Verfügung über das Rentengesuch an die IV-Stelle zurückwies. Auf die dagegen von der IV-Stelle erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil vom 5. Juni 2012 nicht ein (9C\_108/2012). Mit Verfügung vom 23. November 2015 sprach die IV-Stelle dem Versicherten sodann rückwirkend ab 1. März 2007 (im Anschluss an die beruflichen Massnahmen) eine Viertelsrente zu (Suva-act. I/7, vgl. Suva-act. I/4, II/79). Am 22. Dezember 2015 wurde der Versicherte im Spital D.\_\_\_\_ untersucht. Die zuständigen Ärzte berichteten am 4. Januar 2016 über eine medial betonte Gonarthrose rechts bei Verdacht auf Innenmeniskusläsion rechts und eine medial betonte Gonarthrose links. Der Versicherte leide in den letzten Monaten unter zunehmenden Schmerzen vor allem im rechten Kniegelenk unter Belastung (Suva-act. II/82). Am 13. Januar 2016 berichteten sie, die Innenmeniskusläsion rechts habe sich kernspintomographisch (vgl. Untersuchung vom 29. Dezember 2015; Suva-act. II/88) bestätigt. Sie empfahlen eine Innenmeniskus-Teilresektion (Suva-act. II/84). Der Versicherte reichte der Suva am 19. Januar 2016 eine Rückfallmeldung bezüglich beider Kniegelenke ein (Suva-act. II/85), worauf die Suva Kostengutsprache für die geplante Kniearthroskopie rechts erteilte (Suva-act. II/89). Diese erfolgte am 16. Februar 2016 im Spital D.\_\_\_\_ (Suva-act. II/91, II/93). Am 5. April 2016 berichtete der zuständige Arzt dieses Spitals, bei anhaltender Beschwerdesymptomatik sei die Indikation zur Knie totalprothese mittelfristig gegeben (Suva-act. II/94). Am 13. Juni 2016 wurde der Versicherte durch Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, kreisärztlich untersucht. Tags darauf befand dieser, in den letzten 15 Jahren habe sich der Zustand beider Kniegelenke etwas verschlechtert, links deutlicher als rechts. Es bestehe beidseits eine verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit. Dem Versicherten sei eine überwiegend sitzende Tätigkeit ohne wiederholtes Treppensteigen sowie ohne Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten ganztags zumutbar (Suva-act. II/100). Er schätze den Integritätsschaden auf insgesamt 35 %, wobei der Versicherte 20 % bereits bezogen habe (Suva-act. II/101). Mit Verfügung vom 18. August 2016 hielt die Suva fest, die Voraussetzungen für eine Rentenerhöhung fehlten. Die Integritätseinbusse habe sich um 15 % erhöht, weshalb er Anspruch auf eine entsprechende Integritätsentschädigung habe (Suva-act. II/108). Die vom Versicherten dagegen erhobene Einsprache (Suva-act. II/110, vgl. Suva-act. II/116) wies die Suva mit Entscheid vom 29. Dezember 2017 ab (Suva-act. II/123). Am 5. Dezember 2018 erfolgte eine MRI-Untersuchung beider Knie in der Radiologie I.\_\_\_\_ (Suva-act. II/138). Dr. med. J.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, befand am 11.

Dezember 2018, die MRI-Untersuchung habe im Vergleich zur Voruntersuchung des Jahres 2016 eine eindeutige Befundprogredienz ergeben (Suva-act. I/34). Am 13. Februar 2019 führte Dr. J.\_\_\_\_ ergänzend aus, die Kreuzbandläsion und Innenmeniskusläsion links 15 Jahre zuvor hätten eine erhebliche Gonarthrose bewirkt. Bevor eine Versorgung mit einer Totalendoprothese erfolge, sei eine Knorpelaufbaukur mit intraatrikulär verabreichter Hyaluronsäure (Ostenil) indiziert. Er bitte die Suva um entsprechende Kostengutsprache (Suva-act. I/29). Die Suva verweigerte am 20. Februar 2019 eine Kostenübernahme, da die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit der Behandlung mit Ostenil nicht genügend nachgewiesen sei (Suva-act. I/31). Am 5. Februar 2019 war der Versicherte im Spital D.\_\_\_\_ untersucht worden. Der dort tätige Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberarzt mbF Orthopädie, hatte gleichentags über eine Varusgonarthrose links berichtet. Der Versicherte habe über starke Schmerzen geklagt, die im Bereich des linken Kniegelenks zugenommen hätten. Nach Durchführung einer Röntgenuntersuchung (vgl. Suva-act. I/39) hatte Dr. K.\_\_\_\_ dem Versicherten die Implantation einer Knie totalprothese empfohlen (Suva-act. I/35). Am 1. März 2019 stellte der Versicherte der Suva ein Gesuch um weitere medizinische Abklärungen und eine Erhöhung seiner Rente (Suva-act. I/33). Kreisarzt Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, hielt am 21. März 2019 fest, klinisch habe sich der Zustand am linken Knie im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Juni 2016 nicht wesentlich geändert. Auch unter Berücksichtigung einer allenfalls weiteren Zunahme der degenerativen Veränderungen könne zudem am damaligen Zumutbarkeitsprofil festgehalten werden (Suva-act. I/37). Gestützt darauf teilte die Suva dem Versicherten am 10. April 2019 mit, es werde keine Rentenrevision durchgeführt (Suva-act. I/41). Mit Schreiben vom 16. April 2019 verlangte der Versicherte eine einsprachefähige Verfügung (Suva-act. I/42-1, vgl. Suva-act. I/43 f.). Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ bestätigte in einer ausführlich begründeten Aktenbeurteilung vom 13. Mai 2019 nochmals, dass sich der unfallbedingte Gesundheitszustand des Versicherten seit dem 13. Juni 2016 nicht erheblich verändert habe (Suva-act. I/46). Mit Verfügung vom 17. Mai 2019 verneinte die Suva den Anspruch auf eine Rentenerhöhung (Suva-act. I/47). Dagegen erhob der Versicherte am 18. Juni 2019 Einsprache (Suva-act. I/48-1 ff.). Er reichte einen Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2019 ein (Suva-act. I/48-12). In seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2019 hielt Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ erneut fest, der unfallbedingte Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Juni 2016 nicht erheblich verändert (Suva-act. I/49). Mit Entscheid vom 3. März 2020 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. I/56). Gegen den Einspracheentscheid vom 3. März 2020 erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 1. April 2020 die vorliegende Beschwerde. Er beantragte die Aufhebung des Einspracheentscheids. Die Angelegenheit sei an die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen, damit diese ein externes Gutachten in Auftrag geben könne, um anschliessend neu über die Rentenhöhe und die Integritätsentschädigung zu verfügen. Eventualiter sei ein gerichtliches Obergutachten in Auftrag zu geben und anschliessend neu über die Rentenhöhe und die Integritätsentschädigung zu entscheiden. Es sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 6. Mai 2020, die Beschwerde sei abzuweisen, soweit darauf einzutreten sei. Sie brachte vor, der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung sei nicht Streitgegenstand. Es sei an beiden Knien zu keiner wesentlichen, revisionsbegründenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Die kreisärztlichen Einschätzungen seien beweiskräftig (act. G3). Am 18. Mai 2020 entsprach die Verfahrensleitung dem Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung

der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung (act. G4). Mit Replik vom 11. Juni 2020 und Duplik vom 4. August 2020 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest (act. G7, G9). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die dem Beschwerdeführer ursprünglich zugesprochene Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 28 % zu revidieren bzw. zu erhöhen ist. Der Beschwerdeführer macht ausserdem geltend, die Höhe des Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung sei erneut zu prüfen (act. G1, G7). Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Einspracheentscheid vom 3. März 2020 (Suva-act I/56). Diesem liegt die Verfügung vom 17. Mai 2019 zugrunde (Suva-act. I/47). Sowohl in der Verfügung als auch im Einspracheentscheid wurden einzig die (fehlenden) Voraussetzungen für eine Rentenerhöhung thematisiert. Der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung wurde nicht erwähnt. Die Formulierung "Gemäss unseren Abklärungen liegt bei Herrn A.\_\_\_\_ weder eine wesentliche Verschlechterung der Unfallfolgen vor, noch hat sich die erwerbliche Situation wesentlich verändert", lässt entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (act. G7) nicht auf etwas anderes schliessen. Die Beschwerdegegnerin verwies damit lediglich auf die beiden möglichen Voraussetzungen einer Rentenrevision, nämlich einen veränderten Gesundheitszustand oder Veränderungen der erwerblichen Situation (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 33 ff. zu Art. 17). Dasselbe gilt hinsichtlich der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Formulierung der Fragen der Beschwerdegegnerin an den Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ (vgl. act. G7, Suva-act. I/45). Der Beschwerdeführer hatte am 1. März 2019 darum ersucht, es seien durch die Beschwerdegegnerin aufgrund der neuen medizinischen Unterlagen hinsichtlich des Grades der Erwerbsfähigkeit eine neue medizinische Begutachtung vorzunehmen und gestützt darauf die Rente zu erhöhen (Suva-act. I/33). Weder in seinem Antrag, noch in den Ausführungen seines Gesuchs war die Frage der Integritätsentschädigung konkret erwähnt. Dasselbe gilt auch für seine Einsprache vom 18. Juni 2019, in der er erneut explizit lediglich eine neue Begutachtung und gestützt darauf die Erhöhung der Rente beantragte (Suva-act. I/48). Da im Beschwerdeverfahren nur Rechtsverhältnisse überprüft werden können, zu denen die Vorinstanz vorgängig verbindlich Stellung genommen hat (vgl. BGE 125 V 413, E. 1.a), kann die Frage der Integritätsentschädigung vorliegend nicht Streitgegenstand bilden. Daran ändert auch der Verweis des Beschwerdeführers auf den Untersuchungsgrundsatz nichts (vgl. act. G7). Soweit er vorbringt, wenn eine Verschlechterung des medizinischen Gesundheitszustandes geltend gemacht werde, sei gegebenenfalls nebst der Rentenhöhe auch die Höhe der Integritätsentschädigung betroffen, ist dies zwar korrekt (act. G7). Da die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid bzw. der diesem zugrundeliegenden Verfügung aber nicht (erneut) über die Integritätsentschädigung entschieden hat, kann diese vorliegend nicht Streitgegenstand bilden. Soweit der Beschwerdeführer eine Erhöhung seines Anspruchs auf eine Integritätsentschädigung beantragt, ist darauf mithin nicht einzutreten. Ist die versicherte Person infolge des Unfalls mindestens zu 10 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung [UVG; SR 832.20]). Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte

(Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Bei der Rentenrevision ist zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5). Zum Vergleich heranzuziehen ist der Sachverhalt zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 125 V 369 E. 2 mit Hinweisen) bzw. des Einspracheentscheids. Anspruchsvoraussetzung für jegliche Leistungen der Unfallversicherung bildet die Unfallkausalität. Eine Leistungspflicht besteht demnach nur für Gesundheitsschäden, die natürlich und adäquat-kausal mit einem versicherten Unfallereignis zusammenhängen (BGE 129 V 181 E. 3.1 f.; André Nabold, N 48 ff. zu Art. 6, in: Marc Hürzeler/Ueli Kieser [Hrsg.], Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 2018; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in: Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019; Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, in: Erwin Murer/Hans-Ulrich Stauffer [Hrsg.], Rechtsprechung zum Sozialversicherungsrecht, 4. Aufl. 2012, S. 53 ff.). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Um den Gesundheitszustand und insbesondere das Ausmass der Arbeitsfähigkeit beurteilen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben (BGE 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten, welche die Versicherungen während des Administrativverfahrens von ihren eigenen oder von beratenden Ärzten und Ärztinnen einholen, kann rechtsprechungsgemäss ebenfalls Beweiswert beigemessen werden (BGE 135 V 467 ff. E. 4 und BGE 125 V 353 f. E. 3b/ee, je mit Hinweisen). In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen

ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 471 E. 4.7; RKUV 1997 Nr. U 281 E. 1a S. 281 f.). Die letzte umfassende materielle Neuprüfung des Rentenanspruchs nahm die Beschwerdegegnerin im Jahr 2016 vor. Mit Verfügung vom 18. August 2016 bzw. Einspracheentscheid vom 29. Dezember 2017 sprach sie dem Beschwerdeführer mangels Vorliegens von Revisionsgründen weiterhin eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 28 % zu (Suva-act. II/108, II/123). Im Folgenden ist zu prüfen, ob zwischen dieser Einspracheentscheid und dem vorliegend angefochtenen Einspracheentscheid vom 3. März 2020 (Suva-act. I/56) eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass seine Kniebeschwerden beidseits unbestritten unfallkausal sind. Vorerst ist die Situation per 29. Dezember 2017 zu ermitteln. Der Einspracheentscheid vom 29. Dezember 2017 stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilung von Kreisarzt Dr. H.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 (Suva-act. II/100, II/123). Dr. H.\_\_\_\_ hielt am 13. Juni 2016 fest, es bestünden eine verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit des Knies rechts bei medialer Gonarthrose und Retropatellararthrose sowie eine verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit des Knies links bei medial betonter femorotibialer Arthrose. Er beurteilte, in den letzten rund 15 Jahren seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. August 2001 habe sich der Zustand im Bereich beider Kniegelenke etwas verschlechtert, links deutlicher als rechts. Die Kniegelenke zeigten keine Reizzeichen, die degenerativen Veränderungen seien aber klinisch bzw. radiologisch bzw. arthroskopisch nachgewiesen. Dem Beschwerdeführer sei eine überwiegend sitzende Tätigkeit ganztags zumutbar ohne wiederholtes Treppensteigen und ohne Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten. Der Beschwerdeführer habe Anrecht auf Schmerzmittel bei Bedarf, längerfristig werde die Indikation zur Implantation einer Knie totalprothese zu prüfen sein (Suva-act. II/100). Dr. H.\_\_\_\_ stützte sich bei seiner Beurteilung unter anderem auf die am 29. Dezember 2015 in der Radiologie I.\_\_\_\_ durchgeführte MRT-Untersuchung des Knies rechts. Diese hatte moderate Arthrosezeichen femorotibial mediallyseitig sowie auch femoropatellär ergeben. Mediallyseitig waren eine komplexere Rissbildung des Innenmeniskus betreffend die Pars intermedia und das Hinterhorn mit rezessaler Subluxation der Pars intermedia sowie moderate Knorpelausdünnungen mit zusätzlicher kleiner Ulzeration in der femoralen Belastungszone zu sehen. Laterallyseitig zeigten sich keine relevant imponierenden degenerativen Veränderungen. Femoropatellär retropatellär waren eine Chondropathie Grad II bzw. trochleär eine Chondropathie Grad II bis III sowie ein Gelenkerguss ersichtlich (Suva-act. II/88). Die behandelnden Ärzte des Spitals D.\_\_\_\_ hatten am 4. Januar 2016 festgehalten, eine Röntgenuntersuchung habe eine initiale Retropatellararthrose beidseits sowie beidseits eine Höhenminderung des medialen Gelenkspaltes ergeben. Im lateralen Tibiaplateau des rechten Kniegelenks hätten sich kleinere osteophytäre Randzacken gezeigt (Suva-act. II/82). Nach Kenntnis des Ergebnisses der obgenannten MRT-Untersuchung berichteten die behandelnden Ärzte des Spitals D.\_\_\_\_ am 13. Januar 2016, es zeige sich klinisch eine Innenmeniskusläsion rechts, welche sich nun kernspintomographisch bestätigt habe. Sie empfahlen dem Beschwerdeführer eine Kniearthroskopie mit Innenmeniskus-Teilresektion, welche am 15. Februar 2016 durchgeführt wurde (Suva-act. II/84, II/91). In ihrem Austrittsbericht vom 16. Februar 2016 hielten sie bezüglich des rechten Knies die Diagnosen Innenmeniskusläsion und umschriebene Chondromalazie Grad III med. Femurkondylus bei gleichzeitiger beginnender Gonarthrose bei Teilruptur des anteromedialen VKB rechts, Retropatellararthrose zweiten bis dritten Grades, Arthrose des lateralen Tibiaplateaus ersten

bis zweiten Grades sowie des medialen Tibiaplateaus Grad II und bei Arthrose des medialen Femurkondylus Grad III fest. Bezüglich des linken Knies diagnostizierten sie eine medial betonte Gonarthrose bei Status nach Partialruptur des VKB sowie Innenmeniskus-Teilresektion links ca. 15 Jahre zuvor (Suva-act. II/93). Am 5. April 2016 berichtete der zuständige Arzt des Spitals D.\_\_\_\_, aufgrund weiterhin vorhandener Belastungsschmerzen im rechten Kniegelenk habe er dem Beschwerdeführer eine Infiltration mit Kenacort angeboten, was dieser jedoch abgelehnt habe. Es solle nun weiter Physiotherapie durchgeführt werden. Bei anhaltender Beschwerdesymptomatik sei die Indikation zur Knie totalprothese mittelfristig gegeben (Suva-act. II/94). Am 10. März 2017 befand der behandelnde Arzt des Spitals D.\_\_\_\_ sodann, die Indikation zur Knie totalprothese sei gegeben, der Beschwerdeführer wünsche dies allerdings noch nicht. Das am 7. März 2017 erstellte Röntgenbild des linken Knies zeige eine medialbetonte Gonarthrose mit nahezu aufgehobenem Gelenkspalt sowie eine beginnende Retropatellararthrose (Suva-act. II/122). Der Beschwerdeführer macht geltend, seit der Verfügung vom 18. August 2016 bzw. dem Einspracheentscheid vom 29. Dezember 2017 sei bezüglich beider Kniegelenke eine Verschlechterung eingetreten. Er verweist dabei auf die Beurteilung seiner behandelnden Ärzte (act. G1, G7). Die Beschwerdegegnerin verneint jedoch eine massgebliche Verschlechterung insbesondere gestützt auf die Einschätzungen von Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ (act. G3, G9). Zunächst ist die Entwicklung bezüglich der Beschwerden im Bereich des linken Knies zu prüfen. Am 5. Dezember 2018 wurde in der Radiologie I.\_\_\_\_ eine MRT-Untersuchung beider Kniegelenke durchgeführt. Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, hielt gleichentags bezüglich des linken Knies fest, im Vergleich zur Röntgenuntersuchung vom 4. Dezember 2015 sei das VKB deutlich ausgedünnt und proximal nur noch partiell durchgängig. Das hintere Kreuzband sei vermehrt anguliert. Er beurteilte, es liege ein langstreckig volumengeminderter Innenmeniskus, wahrscheinlich nach Teilmeniskektomie medial (am 2. Mai 1995; vgl. Suva-act. I/1-48), vor. Der Restmeniskus sei dorsal nach intercondylär umgeschlagen. Zentral sei eine mediale Chondropathie Grad III bis IV mit Knochenmarködem und moderatem Reizerguss ersichtlich. Retropatellär liege eine Chondropathie Grad III mit fokaler Knorpelglatze an der lateralen Trochlea vor. Weiter finde sich eine längliche Bakerzyste, ein moderater Reizerguss und eine alte, subtotal erscheinende VKB-Ruptur (Suva-act. II/138). Pract. med. P.\_\_\_\_, Oberärztin an der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Spital D.\_\_\_\_, untersuchte das linke Knie des Beschwerdeführers am 5. Februar 2019 radiologisch. Gleichentags hielt sie fest, im Vergleich zur Voruntersuchung vom 7. März 2017 (vgl. Suva-act. II/122), mithin vor dem Einspracheentscheid vom 29. Dezember 2017 (vgl. Suva-act. II/123), liege eine stationäre moderate Gonarthrose medial femorotibial mit Gelenkspaltverschmälerung, Osteophyten und subchondraler Mehrsklerosierung des Tibiaplateaus vor. Es fänden sich kleine Osteophyten in der Patella und normale übrige ossäre Strukturen. Die Patella sei zentriert und es bestehe kein signifikanter Gelenkserguss (Suva-act. I/39). Dr. K.\_\_\_\_ berichtete darauf am 5. Februar 2019, der Beschwerdeführer klage über starke Schmerzen, die im Bereich des linken Kniegelenks zugenommen hätten. Die letzte, drei Monaten zuvor durchgeführte Infiltration, habe dem Beschwerdeführer nur wenig Besserung gebracht. Er empfehle dem Beschwerdeführer die Implantation einer Knie totalprothese links. Da dieser jedoch aufgrund negativer Erfahrungen im Bekanntenkreis grossen Respekt vor dem Eingriff habe, verschreibe er dem Beschwerdeführer Physiotherapie. Sollten die Schmerzen sich nicht bessern und der Beschwerdeführer für die Operation bereit sein, werde sich dieser wieder melden (Suva-act.

I/35). Dem Bericht von Dr. K. \_\_\_ ist kein objektiver Vergleich mit früheren Untersuchungen, insbesondere nicht solche bildgebender Art, zu entnehmen. Er hielt lediglich anamnestisch eine Zunahme der Schmerzen im Knie links fest. Dr. L. \_\_\_ führte am 21. März 2019 sodann auch überzeugend aus, klinisch habe sich der von Dr. K. \_\_\_ festgehaltene Zustand am linken Knie vergleichsweise zur kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Juni 2016 nicht wesentlich geändert (Suva-act. I/37). Am 13. Mai 2019 bekräftigte Dr. L. \_\_\_ seine Auffassung erneut und hielt fest, es habe sich keine wesentliche Änderung des klinischen und bildmorphologischen Zustandes am linken Knie ergeben. Bei subjektiv zunehmendem Leidensdruck liege klinisch keine wesentliche Veränderung der aktiven Kniefunktion links bei bekannter medialbetonter, femorotibialer Arthrose links vor (vgl. Suva-act. I/46). Schliesslich führte Dr. L. \_\_\_ am 25. Juni 2019 aus, Kreisarzt Dr. H. \_\_\_ habe am 13. Juni 2016 eine belastete Knieflexion bis ca. 90 °, zufriedenstellende Stabilitätsverhältnisse, in Bezug auf die Sagittalebene links eine mässiggradige vordere Schublade und eine Flexion/Extension von 125-0-0 ° festgestellt (vgl. Suva-act. II/100-3 f.). Im Röntgenbefund des linken Knies vom 5. Februar 2019 (Suva-act. I/39) sei eine stationäre moderate Gonarthrose im Vergleich zur Voruntersuchung vom 7. März 2017 festgestellt worden. Dr. K. \_\_\_ habe am 5. Februar 2019 klinisch eine ROM Flexion/Extension links von 120-0-0 °, eine mediolaterale Stabilität und eine verlängerte vordere Schublade bei weichem Anschlag notiert (vgl. Suva-act. I/35). Zusammenfassend schlussfolgerte Dr. L. \_\_\_ überzeugend, seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Juni 2016 habe sich keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben (Suva-act. I/49). Dr. J. \_\_\_ führte am 11. Dezember 2018 aus, die Kreuzbandläsionen links sorgten für eine statische Instabilität, die den Beschwerdeführer ausgleichend das rechte Knie überbelasten lasse. Prospektiv sei eine Totalprothese beidseits in absehbarer Zeit vorauszusagen (Suva-act. I/33). Die Kreuzbandläsion links bestand jedoch - wie Dr. J. \_\_\_ in seinem Schreiben vom 13. Februar 2019 sodann selbst ausführte (vgl. Suva-act. I/29-2) - schon seit dem Jahr 1995 (vgl. Suva-act. I/1-48, I/1-51 f.). Den Berichten von Dr. J. \_\_\_ ist nicht zu entnehmen, inwiefern die damit verbundene Instabilität und die dadurch entstandene Gonarthrose links seit dem Vergleichszeitpunkt am 29. Dezember 2017 in relevantem Ausmass zugenommen hätten. Auch die von Dr. J. \_\_\_ erwähnte (Suva-act. I/34), zukünftig allenfalls notwendige Implantation einer Knieprothese war bereits am 5. April 2016 erstmals diskutiert (Suva-act. II/94) bzw. am 10. März 2017 sodann empfohlen worden (vgl. Suva-act. II/122) und weist keine Verschlechterung der Situation nach. Nach Kenntnis der Einschätzung von Dr. L. \_\_\_ (vgl. Suva-act. I/46) führte Dr. J. \_\_\_ am 21. Mai 2019 aus, eine Knorpelaufbaukur mit intraartikulär verabreichter Hyaluronsäure habe zu keiner Verbesserung geführt. Die durch das Spital D. \_\_\_ (Dr. K. \_\_\_) gestellte Indikation zur Totalprothese des linken Knies sei eine objektivierbare Tatsache. Diese sei jederzeit durch eine Zweitmeinung zu bestätigen und entspreche der subjektiven Wahrnehmung des Beschwerdeführers, nämlich dem Schmerz. Die Umkehr dieser Kausalkette in Form der dargestellten "stationären Situation" durch Dr. L. \_\_\_ entspreche nicht der objektiv tatsächlich bestehenden Operationsindikation und könnte somit auch als "Gesundsprechung" bezeichnet werden (Suva-act. I/48-12). Entgegen dieser Aussage ist jedoch - wie gesagt - dem Bericht von Dr. K. \_\_\_ keine objektive Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit dem 29. Dezember 2017 zu entnehmen. Er stützte sich bezüglich der festgestellten Zunahme der Beschwerden rein auf die subjektiven Aussagen des Beschwerdeführers (vgl. Suva-act. I/35). Zudem war - wie erwähnt - eine mittelfristige Indikation für eine Knieprothese bereits am 5. April 2016 erstmals thematisiert worden

(Suva-act. II/94) und am 10. März 2017 hatte der behandelnde Arzt des Spitals D.\_\_\_\_ eine Knie totalprothese für indiziert erachtet (Suva-act. II/122). Die Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2019 ist damit nicht geeignet, die Einschätzung von Dr. L.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2019 (Suva-act. I/46) in Frage zu stellen. Insgesamt ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine erhebliche Verschlechterung bezüglich des linken Kniegelenks eingetreten. Bezüglich des rechten Kniegelenks hielt Dr. O.\_\_\_\_ im Bericht über die MRT-Untersuchung vom 5. Dezember 2018 fest, vergleichend zur MRT-Untersuchung vom 29. Dezember 2015 liege eine regrediente Auftreibung und Signalalteration am Innenmeniskus von der Pars intermedia bis zum Hinterhorn vor, mit zunehmender Volumenminderung wahrscheinlich nach Teilmeniskektomie. Es bestünden bekannte Degenerationen und kein sicherer Risshinweis. Medial und retropatellär liege eine Chondropathie Grad III vor. Es bestehe ein narbiger Hoffa-Fettkörper, eine Tendinopathie der Patellarsehne, ein zarter Reizerguss und eine kleine Bakerzyste (Suva-act. II/138). Dr. J.\_\_\_\_ befand am 11. Dezember 2018, im Vergleich zur Voruntersuchung des Jahres 2016 habe die MRI-Untersuchung vom 5. Dezember 2018 eine eindeutige Befundprogredienz ergeben. Das Beschwerdebild äussere sich dementsprechend mit zunehmenden Belastungsbeschwerden. Die Graduierung des Knorpelschadens im rechten Gelenk sei von Grad II auf Grad III bis IV erhöht worden (Suva-act. I/34). Entgegen dieser Aussage hielt Dr. O.\_\_\_\_ bezüglich des Knies rechts eine Chondropathie Grad III fest (Suva-act. II/138). Bereits anlässlich der Untersuchung vom 29. Dezember 2015 lag trochleär eine Chondropathie vom Grad II bis III und retropatellär eine solche vom Grad II vor (Suva-act. II/88). Dies entspricht lediglich einer leichten Verschlechterung. Soweit Dr. J.\_\_\_\_ die Notwendigkeit einer beidseitigen Knie totalprothese in absehbarer Zeit voraussagte, stellt dies, wie in E. 3.3.4 erwähnt, keine vorliegend relevante Verschlechterung dar. Kreisarzt Dr. L.\_\_\_\_ hielt am 13. Mai 2019 fest, auch bezüglich der bildmorphologisch bekannten medialen Gonarthrose und der Retropatellararthrose rechts zeigten sich im Vergleich zur kreisärztlichen Untersuchung vom 13. Juni 2016 keine wesentlichen Veränderungen (Suva-act. I/46). Am 25. Juni 2019 führte er ergänzend aus, am 15. Februar 2016 sei eine Teilmeniskektomie medial rechts, ein Knorpeldébridement bei medialer Gonarthrose Grad III sowie einer Retropatellararthrose Grad II bis III durchgeführt worden (vgl. Suva-act. II/91). Dr. H.\_\_\_\_ habe am 13. Juni 2016 klinisch eine belastete Knie flexion bis ca. 90 °, zufriedenstellende Stabilitätsverhältnisse, in Bezug auf die Sagittalebene rechts eine leichte vordere Schublade und eine Flexion/Extension von 120-0-0 ° festgestellt (Suva-act. II/100-3 f.). Im Vergleich dazu sei im MRT-Bericht vom 5. Dezember 2018 eine mediale Chondropathie Grad III und retropatellär Grad III festgehalten worden (vgl. Suva-act. II/138). Zusammenfassend habe sich somit der unfallbedingte Gesundheitszustand seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. H.\_\_\_\_ nicht erheblich verändert (Suva-act. I/49). Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht (act. G3), standen in den neueren medizinischen Berichten die Beschwerden am Knie links im Vordergrund. Der Beschwerdeführer klagte gegenüber Dr. K.\_\_\_\_ über zunehmende Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks. Das rechte Kniegelenk wurde im Bericht vom 5. Februar 2019 nicht erwähnt (vgl. Suva-act. I/35). Auch Dr. J.\_\_\_\_ berichtete insbesondere am 21. Mai 2019 nur über eine Behandlungsbedürftigkeit des linken, nicht aber des rechten Kniegelenks (vgl. Suva-act. I/48-12). Insgesamt ist damit keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands im Bereich beider Kniegelenke nachgewiesen. Die Berichte der behandelnden Ärzte, insbesondere von Dr. J.\_\_\_\_, sind nicht geeignet, die überzeugende Beurteilung von Dr. L.\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen. Weitere medizinische Abklärungen

erübrigen sich damit. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass - wie Dr. L.\_\_\_\_ am 21. März 2019 bemerkte (Suva-act. I/37) - selbst wenn eine Zunahme der degenerativen Veränderungen anzuerkennen wäre, diese nichts an der Zumutbarkeitsbeurteilung vom 13. Juni 2016 ändern würde. Kreisarzt Dr. H.\_\_\_\_ hatte damals eine überwiegend sitzende Tätigkeit ganztags ohne wiederholtes Treppensteigen und ohne Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten für zumutbar erachtet (Suva-act. II/100). Diese Adaptionskriterien berücksichtigen die Beeinträchtigungen an den Knien bereits umfassend, so dass sich eine weitere Anpassung bzw. Einschränkung nicht rechtfertigt. Die behandelnden Ärzte äusserten sich nicht zum Zumutbarkeitsprofil, stellten dieses mithin auch nicht in Frage. Es besteht somit insgesamt kein medizinisch bedingter Revisionsgrund und es ist weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen.

Hinsichtlich der Validen- und Invalideneinkommen ist keine Sachverhaltsänderung eingetreten, weshalb sich diesbezüglich keine Neufestsetzung rechtfertigt. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, aufgrund seines fortgeschrittenen Alters sei im Gegensatz zum Vergleichszeitpunkt ein Tabellenlohnabzug vorzunehmen (act. G1), ist zu sagen, dass die diesbezügliche Rechtsprechung uneinheitlich ist und sich nicht per se ein Abzug rechtfertigt (vgl. Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 143 ff.; Marco Weiss, Der Abzug vom Tabellenlohn gemäss der Lohnstrukturhebung, in HAVE 2020, S. 263 f.). Zudem hat die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad ursprünglich und auch im Vergleichszeitpunkt gestützt auf DAP-Zahlen festgelegt (vgl. Suva-act. II/38-14 ff., II/106, II/108), womit ohnehin kein Tabellenlohnabzug in Betracht fällt. Des Weiteren sind gemäss Art. 28 Abs. 4 der Verordnung über die Unfallversicherung (UVV; SR 832.202) bei einer versicherten Person, die nach einem Unfall die Erwerbstätigkeit altershalber nicht mehr aufnimmt oder bei der sich das vorgerückte Alter erheblich als Ursache der Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auswirkt, für die Bestimmung des Invaliditätsgrades die Erwerbseinkommen massgebend, die eine versicherte Person im mittleren Alter bei einer entsprechenden Gesundheitsschädigung erzielen könnte. Wie bei der ursprünglichen Rentenzusprache durch die Beschwerdegegnerin ist damit weiterhin von einem Anspruch auf eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 28 % auszugehen (vgl. Suva-act. II/38-2 ff., II/123). Im Sinne der Erwägungen ist der Einspracheentscheid vom 13. März 2020 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Gerichtskosten sind keine zu erheben (aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültigen, für das vorliegende Verfahren gemäss Art. 83 ATSG noch anwendbaren Fassung). Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 Anwaltsgesetz [AnwG; sGS 963.70]). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (vgl. BGE 125 V 201) mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage

ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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