

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/4 vom 10. Mai 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-05-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_UV\\_2020\\_4](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_UV_2020_4)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/4 du 10 mai 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT UV 2020/4 del 10 maggio 2021

## **Regeste**

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Würdigung eines im Auftrag der IV-Stelle erstellten bidisziplinären Gutachtens und kreisärztlicher Beurteilungen. Abweisung des Rentenrevisionsgesuchs, da überwiegend wahrscheinlich keine relevante Verschlechterung der unfallbedingten Beschwerden eingetreten ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Mai 2021, UV 2020/4).

## **Volltext**

Entscheid vom 10. Mai 2021 Besetzung Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. UV 2020/4 Parteien A.\_\_\_\_ AG, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Gnädinger, Hubatka Müller Vetter, Seestrasse 6, Postfach, 8027 Zürich, gegen Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), Fluhmattstrasse 1, Postfach 4358, 6002 Luzern, Beschwerdegegnerin, am Verfahren beteiligt B.\_\_\_\_, Beigeladener, Gegenstand Invalidenrente (Erhöhung; in Sachen B.\_\_\_\_) Sachverhalt B.\_\_\_\_ war bei der C.\_\_\_\_ AG, tätig und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (nachfolgend: Suva) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als seine linke Hand am 19. Mai 1989 in eine schnellrotierende walzenartige Maschine geriet. Dabei kam es zu einer traumatischen Amputation des linken Vorderarms im mittleren Drittel (Suva-act. 50-23, 50-55, 50-60, 50-69 f.). Gleichentags erfolgte im Spital D.\_\_\_\_ eine chirurgische Stumpfversorgung (Suva-act. 50-61 f.). Vom 12. Juni bis 22. September 1989 befand sich der Versicherte stationär in der Rehaklinik Bellikon. Die dort behandelnden Ärzte berichteten am 29. September 1989, aufgrund des psychischen Traumas scheine eine psychiatrische Nachbetreuung indiziert. Eine Arbeitsaufnahme sei derzeit noch nicht möglich (Suva-act. 50-23 ff., vgl. Suva-act. 50-56 ff.). Der Versicherte war während des Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon mit einer myoelektrischen Unterarmprothese versorgt worden (vgl. Suva-act. 50-29). Ab 3. September 1990 arbeitete der Versicherte halbtags bei seiner Arbeitgeberin und erbrachte dabei eine Leistung von insgesamt ca. 25 % (Suva-act. 50-21 f., 50-30 f., 50-33, 51-37, IV-act. 35-3). Suva-Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie, untersuchte den Versicherten am 19. Juni 1991. Gleichentags beurteilte er, das Hauptproblem sei die psychische Verfassung des Versicherten. Er schätzte den Integritätsschaden bezüglich der traumatischen Vorderarm-Amputation auf 40 % (Suva-act. 51-54 ff.). Im Auftrag der Suva wurde der Versicherte im September 1991 durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt Psychiatrie und Psychotherapie untersucht. In seinem Gutachten vom 18. September 1991 beurteilte dieser, der Versicherte leide unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und einer

psychoreaktiven Depression. Er habe den Unfall und den Verlust seiner linken Hand überhaupt noch nicht verarbeitet. Neben dem somatischen Befund wirke sich auch die psychische Störung in beruflicher Hinsicht negativ aus. Der Versicherte sei im Umfang von etwa 75 % arbeitsunfähig. Es sei mit einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens noch sechs Monaten zu rechnen (Suva-act. 51-45 ff.). Vom 20. September bis 20. Dezember 1991 befand sich der Versicherte stationär in der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_. Die dort behandelnden Ärzte berichteten am 8. Januar 1992 über eine längerdauernde depressive Reaktion und Selbstwertverunsicherung nach traumatischer Vorderarm-Amputation links. Sie empfahlen eine erneute berufliche Abklärung im Sinne einer Umschulung oder Anlehre mit 50%iger Arbeitstätigkeit (Suva-act. 51-31 ff.). Im Auftrag der Suva wurde der Versicherte im Januar 1994 erneut durch Dr. F.\_\_\_\_ untersucht. Dieser beurteilte am 19. Januar 1994, seit September 1991 sei es zu einer beachtlichen Verbesserung des psychischen Zustands gekommen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte höchstens zu 25 % arbeitsunfähig. An seiner optimal eingerichteten Arbeitsstelle sei es ihm zumutbar, ganztags zu arbeiten (Suva-act. 51-5 ff.). Mit Verfügung vom 14. März 1994 sprach die Suva dem Versicherten mit Wirkung ab 1. März 1994 eine Invalidenrente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 33.33 % sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 40 % zu (Suva-act. 52-24 ff.). Dagegen liess der Versicherte am 13. April 1994 Einsprache erheben (Suva-act. 52-5 ff., zur Begründung vgl. Suva-act. 52-20 f.). Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ hatte am 24. März 1994 beurteilt, dem Versicherten sei eine volle ganztätige Präsenzzeit in seiner derzeit ausgeübten Tätigkeit bei der C.\_\_\_\_ AG zumutbar (Suva-act. 52-22). Am 27. Juni 1994 verfügte die Suva, dass die zugesprochene Rente rückwirkend ab 1. März 1994 als Komplementärrente berechnet und wegen Überentschädigung mit den Rentenleistungen der Invalidenversicherung verrechnet werde (Suva-act. 52-16 f.). Dagegen liess der Versicherte ebenfalls Einsprache erheben (vgl. Suva-act. 52-2 ff.). Mit Verfügung vom 21. Juli 1994 sprach die IV-Stelle dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 75 % mit Wirkung vom 1. Mai 1990 bis 31. Mai 1994 eine ganze Rente zu (Suva-act. 56-3 ff.). Den vom Versicherten dagegen erhobenen Rekurs (IV-act. 61) wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 5. April 1995 ab (IV-act. 65). Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Abteilung Unfallmedizin der Suva, beurteilte am 13. November 1995, es liege ein Status nach längerer depressiver Reaktion auf die traumatische Amputation bzw. ein Status nach einer abgeklungenen unfallkausalen Anpassungsstörung in der Form einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21) vor. Der psychische Zustand des Versicherten sei nicht mehr pathologisch und rechtfertige keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit, welche die somatisch-medizinisch begründbare übersteigen würde. Aus psychiatrischer Sicht sei keine Integritätsentschädigung geschuldet. Die von Dr. F.\_\_\_\_ grosszügig attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen von höchstens 25 % sollte zukünftig weiter abnehmen und sei nicht zur somatischen Arbeitsunfähigkeit hinzuzurechnen, sondern darin enthalten (Suva-act. 53). Mit Entscheid vom 20. März 1997 wies die Suva die Einsprachen gegen die Verfügungen vom 14. März und 27. Juni 1994 ab. Sie berichtigte ihre Rentenverfügung jedoch insofern, als sie festhielt, dass der Versicherte vom 1. März bis 31. Mai 1994 Anspruch auf eine Komplementärrente und ab dem 1. Juni 1994 auf eine ordentliche Rente der Suva habe (Suva-act. 55). Die dagegen vom Versicherten erhobene Beschwerde (damals kantonrechtlich als Klage bezeichnet) wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 30. April 1998 mit Bezug auf die Invalidenrente ab. Mit Bezug auf die Integritätsentschädigung hiess es die Beschwerde

teilweise gut und sprach dem Versicherten eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 43 % zu (Suva-act. 58). Vom 6. bis 8. Dezember 1999 befand sich der Versicherte aufgrund akuter Suizidalität stationär im Spital D.\_\_\_\_. Die behandelnden Ärzte berichteten unter anderem über einen Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) und eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.25). Der Versicherte wurde in die Psychiatrische Klinik J.\_\_\_\_ überwiesen (Suva-act. 60-69 ff.). Vom 8. Dezember 1999 bis 28. Mai 2000 (mit kurzen Unterbrechungen) befand sich der Versicherte stationär und vom 29. Mai bis 3. November 2000 tagesklinisch in der Psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_. Die dort behandelnden medizinischen Fachpersonen berichteten am 16. Mai 2001 über eine langdauernde mittelgradige depressive Episode bei Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und narzisstischen Zügen, eine Nikotinabhängigkeit und einen Alkoholmissbrauch. Der Versicherte sei bei Austritt aus der Klinik noch zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (IV-act. 97, vgl. IV-act. 86). Die Arbeitgeberin hatte dem Versicherten per Ende des Jahres 2000 gekündigt (vgl. Suva-act. 22-18, IV-act. 94-14). Ab 16. November 2000 war der Versicherte durch die Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie I.\_\_\_\_ behandelt worden. Die zuständigen medizinischen Fachpersonen berichteten am 29. August 2001, der Versicherte sei seit Dezember 1999 zu 100 % arbeitsunfähig (Suva-act. 60-72 ff., vgl. Suva-act. 60-75). Mit Verfügung vom 6. Februar 2002 sprach die IV-Stelle dem Versicherten für Januar und Februar 2000 eine Viertelsrente, für März 2000 eine halbe Rente und ab 1. April 2000 eine ganze Rente zu (Suva-act. 60-76 ff.). Die Suva teilte dem Versicherten am 3. Dezember 2004 mit, sein Rentenanspruch (33.33 %; Suva-act. 52-24 ff.) werde nicht geändert (Suva-act. 22-9). Dr. med. K.\_\_\_\_, Physikalische Medizin FMH, hatte in seinem Bericht vom 13. Juli 2004 als Diagnosen einen Tennisellbogen rechts, eine Vorderarmamputation links, ein Thorakolumbovertebralsyndrom bei Hyperlordose und muskulärer Dysbalance sowie eine Aspirinurticaria aufgelistet. Der Versicherte habe seit drei bis vier Monaten erstmalig Schmerzen im Bereich des rechten Vorderarms. Eine Überanstrengung sei nicht sicher erinnerlich (IV-act. 117-10 f.). Aufgrund einer Tenosynovialitis der Beugesehnen II und III rechts mit Blockaden unterzog sich der Versicherte am 2. November 2006 einer Tenolyse und einer Synovektomie der Finger II und III rechts (IV-act. 117-9). Wegen eines Morbus Dupuytren Dig IV rechts erfolgte im Februar 2011 im Spital Linth eine Strangresektion Dig IV rechts (IV-act. 133-5). Mit Schreiben vom 18. Februar 2013 wandte sich die A.\_\_\_\_, bei welcher der Versicherte im Zeitpunkt seines Unfalls berufsvorsorgerechtlich versichert gewesen war, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. A. Gnädinger, Zürich, an die Suva. Sie erkundigte sich, weshalb entgegen der Verfügung der Invalidenversicherung bisher keine Rentenerhöhung stattgefunden habe (Suva-act. 25). Am 2. Juli 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, er habe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % (IV-act. 139, vgl. frühere Mitteilung vom 23. Januar 2007; Suva-act. 22-4). Nach Intervention von Rechtsanwalt Gnädinger (vgl. IV-act. 142) holte die IV-Stelle eine Stellungnahme bei RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_ ein, welcher am 4. Juni 2014 befand, er könne keinen medizinischen Revisionsgrund erkennen (IV-act. 144). Aufgrund einer chronischen Beugesehnensynovitis mit Stenosierung A1 Dig V rechts unterzog sich der Versicherte am 16. April 2015 einer Ringbandspaltung A1 Dig V rechts mit Tenolyse und partieller Synovektomie (IV-act. 156). Im Auftrag der IV-Stelle (vgl. Suva-act. 30) wurde der Versicherte im Oktober 2015 durch Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie FMH, und Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, beide Praxis O.\_\_\_\_,

bidisziplinär abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 14. November 2015 hielten diese als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Zustandsbild nach traumatischer Vorderarmamputation links (ICD-10: T11.6), ein Überlastungssyndrom der rechten oberen Extremität (ICD-10: M70.8) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.09), fest. Die vor dem Unfall ausgeübte Tätigkeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten Tätigkeit liege eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % vor. Allerdings sei seit 2001 keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten (Suva-act. 37). Mit Verfügung vom 15. Dezember 2016 sprach die IV-Stelle dem Versicherten gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten weiterhin eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % zu (Suva-act. 34, betreffend Vorbescheidsverfahren vgl. IV-act. 182 f.). Die A. \_\_\_ AG liess am 7. November 2017 bei der Suva ein Rentenrevisionsgesuch stellen. Sie liess beantragen, die Suva sei zu verpflichten, auf das Gesuch um Überprüfung der Invalidenrentenleistungen des Versicherten einzutreten, um alsdann materiell über die Rentenfrage neu zu entscheiden (Suva-act. 60-1 ff., vgl. auch Revisions- bzw. Wiedererwägungsgesuch vom 8. Mai 2017; Suva-act. 36 und kreisärztliche Beurteilung vom 29. Mai 2017; Suva-act. 44). Suva-Kreisarzt med. pract. P. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie, beurteilte am 20. Dezember 2017, seit der Berentung im Jahr 1994 sei im Bereich der linken oberen Extremität keine wesentliche Verschlechterung eingetreten. Das von Dr. M. \_\_\_ aufgeführte Überlastungssyndrom der rechten oberen Extremität sei nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal (Suva-act. 64). Suva-Kreisarzt Dr. med. Q. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Versicherten am 21. März 2018. Nach Kenntnis des Berichts der seit 14. Januar 2018 behandelnden medizinischen Fachpersonen der Psychiatrie-Dienste R. \_\_\_, vom 5. April 2018 (vgl. Suva-act. 73) erstellte Dr. Q. \_\_\_ am 26. April 2018 eine psychiatrische Beurteilung. Als psychiatrische Diagnosen listete er eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (leichte Ausprägung; ICD-10: F62.0) sowie einen Alkohol-Missbrauch bis Abhängigkeit (ICD-10: F10.1/2) auf. Alle drei psychiatrischen Störungen hätten sich ohne den schweren Arbeitsunfall vom 19. Mai 1989 und dessen Auswirkungen sehr wahrscheinlich nicht in dieser Zeit und in dieser Weise entwickelt. Deshalb sei ein diesbezüglicher teilkausaler natürlicher Zusammenhang mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu bestätigen. Die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit liege im Bereich von höchstens rund 20 %. Die psychischen Unfallfolgen hätten sich seit dem 14. März 1994 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht verändert (Suva-act. 75). Rechtsanwalt Gnädinger machte mit Schreiben vom 3. Juli 2018 geltend, der psychische und somatische Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit der erstmaligen Rentenzusprache mit Einspracheentscheid vom 20. März 1997 in anspruchserheblichem Ausmass verschlechtert. Es sei von einer Gesamtarbeitsunfähigkeit von 70 bis 75 % auszugehen (Suva-act. 77). Dr. Q. \_\_\_ nahm am 15. August 2018 Stellung dazu und hielt fest, die psychischen Unfallfolgen seien derzeit überwiegend wahrscheinlich nicht wesentlich schwerer als am 14. März 1994 bzw. 20. März 1997 (Suva-act. 80). Med. pract. S. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, Kompetenzzentrum der Suva für Versicherungsmedizin, beurteilte am 14. Januar 2019 gestützt auf die Akten, ein Überlastungssyndrom der rechten oberen Extremität des Versicherten sei nicht erstellt. Weder der Morbus Dupuytren und der Tennisellbogen rechts noch die Tenosynovitis der Beugesehnen der rechten Hand könnten beim Versicherten überwiegend wahrscheinlich auf eine Überbelastung zurückgeführt werden (Suva-act. 82). Mit Verfügung vom 13. Februar

2019 verneinte die Suva eine Zustandsverschlechterung, welche eine Rentenrevision begründen würde (Suva-act. 83). Dagegen erhob die A. \_\_\_ AG, vertreten durch Rechtsanwalt Gnädinger, am 14. März 2019 Einsprache (Suva-act. 89). Mit Entscheid vom 20. November 2019 wies die Suva die Einsprache ab (Suva-act. 100). Gegen den Einspracheentscheid vom 20. November 2019 erhob die A. \_\_\_ AG (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Gnädinger, am 6. Januar 2020 die vorliegende Beschwerde. Sie beantragte darin, dieser sei aufzuheben und dem Versicherten sei eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von zumindest 70 % zuzusprechen. Eventualiter sei die Suva (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zu verpflichten, eine externe medizinische Begutachtung zu veranlassen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie liess geltend machen, seit der Rentenverfügung im Jahr 1994 sei es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen. Es sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 75 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen und der Invaliditätsgrad neu zu berechnen (act. G1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 29. Januar 2020 die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Sie brachte vor, die Beschwerden an der rechten oberen Extremität seien nicht unfallkausal und könnten damit nicht Grundlage für eine Rentenrevision bilden. Auch in psychischer Hinsicht liege keine unfallkausale Verschlechterung vor (act. G3). Mit Replik vom 23. April 2020 liess die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen festhalten. Sie liess geltend machen, die Unfallkausalität der Beschwerden an der rechten oberen Extremität sei anerkannt. Bei der ursprünglichen Rentenzusprache sei kein relevanter psychischer Gesundheitsschaden festgestellt worden, inzwischen sei es aber zu einer Verschlechterung gekommen (act. G9). Nach Einsicht in die von der Verfahrensleitung beigezogenen IV-Akten (vgl. act. G11, G14 f.), hielt die Beschwerdegegnerin am 10. August 2020 an ihren Anträgen und Ausführungen fest (act. G16). Mit Schreiben vom 12. August 2020 lud die Verfahrensleitung den Versicherten (nachfolgend: Beigeladener) zum Prozess bei und eröffnete ihm eine Frist zur Stellungnahme (act. G17). Der Beigeladene liess die Frist unbenützt ablaufen (act. G18). Erwägungen Zur Erhebung einer Beschwerde ist gemäss Art. 59 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) berechtigt, wer durch den angefochtenen Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung hat. Praxisgemäss wird die Beschwerdelegitimation bejaht, wenn ein praktisches oder rechtliches Interesse an der Aufhebung oder Änderung der Verfügung geltend gemacht werden kann. Ein solches Interesse ist gegeben, wenn die allfällige Gutheissung der Beschwerde einen Nachteil wirtschaftlicher, ideeller, materieller oder anderweitiger Natur vermeidet, wobei der Beschwerdeführer aber stärker als jedermann von der angefochtenen Verfügung betroffen sein und in einer beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache stehen muss (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 9 f. zu Art. 59, mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin richtet dem Beigeladenen eine Rente aus beruflicher Vorsorge aus (act. G1, G9, G9.1.1 f.). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist sie aufgrund ihrer nachrangigen Leistungspflicht und der Kürzungsmöglichkeit nach Art. 24 f. der Verordnung über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2; SR 831.441.1) durch den Rentenentscheid der Beschwerdegegnerin berührt und damit legitimiert, diesen zugunsten der versicherten Person durch Beschwerde anzufechten (BGE 134 V 153, E. 4 f.). Folglich ist auf die vorliegende Beschwerde einzutreten. Vorab zu prüfen ist die von der Beschwerdeführerin gerügte Gehörsverletzung. Sie macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe den angefochtenen Einspracheentscheid nicht genügend begründet und sich nicht mit den

Vorbringen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt (act. G1, G9). Einspracheentscheide sind zu begründen (Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG). Die grundsätzliche Pflicht einer Behörde, ihren Entscheid zu begründen, folgt aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör (vgl. Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101]). Die Begründungspflicht soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und der betroffenen Person ermöglichen, den Einspracheentscheid gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl diese als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihr Einspracheentscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 124 V 180, E. 1.a). Eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs kann ausnahmsweise geheilt werden, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Diese Voraussetzung ist im Fall des Versicherungsgerichts erfüllt (vgl. Art. 61 lit. c ATSG i.V.m. Art. 46 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 20. November 2019 führte die Beschwerdegegnerin die relevanten rechtlichen Grundlagen auf. Sodann zitierte sie - wie die Beschwerdeführerin zutreffend ausführt (act. G1) - grosse Teile der Beurteilungen der Kreisärzte Dr. Q.\_\_\_\_ und med. pract. S.\_\_\_\_ (Suva-act. 100). Diese Beurteilungen sind bezüglich der relevanten medizinischen Fragestellungen (Arbeitsfähigkeit, Veränderung des Gesundheitszustandes, Kausalität; vgl. E. 3.3 f.) selbsterklärend, so dass keine diesbezüglichen detaillierten Ausführungen der Beschwerdegegnerin notwendig waren. Auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin in der Einsprache ging die Beschwerdegegnerin zwar nur sehr knapp ein, sie erwähnte sie aber immerhin (vgl. Suva-act. 100, S. 13). Insgesamt ist eine Gehörsverletzung damit zu verneinen. Es ist ausserdem darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren uneingeschränkt ihren Standpunkt vorbringen kann, wovon sie mit ihren ausführlichen Eingaben Gebrauch gemacht hat. Unter diesen Umständen könnte eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs ohnehin als ausnahmsweise geheilt erachtet werden. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist, ob die dem Beigeladenen ursprünglich zugesprochene Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 33.33 % zu revidieren bzw. zu erhöhen ist. 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 ATSG 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 (auf Gesuch hin oder von Amtes wegen) ist zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welcher 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 streitigen 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, [nachfolgend zitiert: KOSS UVG]; Irene Hofer, N 66 zu Art. 6, in Ghislaine Frésard-Fellay/Susanne Leuzinger/Kurt Pärli [Hrsg.], Unfallversicherungsgesetz, Basler Kommentar, 2019, [nachfolgend zitiert: BSK UVG]; 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 die Beantwortung der Tatfrage nach dem Bestehen natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin ist das Gericht regelmässig auf Angaben ärztlicher Experten und Expertinnen angewiesen. Die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang ist demgegenüber eine Rechtsfrage, die vom Gericht nach den von Doktrin und Praxis entwickelten Regeln zu beurteilen ist (KOSS UVG-Nabold, N 53 und 59 zu Art. 6; BSK UVG-Hofer, N 66 zu Art. 6; Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 55 und 58; BGE 129 V 181 E. 3.1 und 3.2 sowie in BGE 135 V 465 nicht publizierte E. 2 des Urteils 8C\_216/2009 vom 28. Oktober 2009, je mit Hinweisen). Bei physischen Unfallfolgen spielt die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der aus dem natürlichen Kausalzusammenhang sich ergebenden Haftung des Unfallversicherers praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 111 f. E. 2.1, BGE 127 V 103 E. 5b/bb; SVR 2000 UV Nr. 14 S. 45). Sind dagegen die Unfallfolgen organisch nicht (hinreichend) fassbar, bewirkt die Bejahung der natürlichen Kausalität nicht automatisch auch die Bejahung des adäquaten Kausalzusammenhangs. In diesen Fällen ist eine eigenständige Adäquanzbeurteilung nach der Rechtsprechung gemäss BGE 115 V 133, E. 6c/aa vorzunehmen. 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 Prüfung des Rentenanspruchs nahm die Beschwerdegegnerin Ende 2004 vor, ohne jedoch eine umfassende materielle Neuprüfung des Rentenanspruchs durchzuführen. Die am 3. Dezember 2004 ergangene Mitteilung (vgl. Suva-act. 22-9) ist daher nicht als Referenzzeitpunkt für die Rentenrevision zu betrachten. Vorliegend ist zu prüfen, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beigeladenen zwischen dem ursprünglichen, in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheid vom 20. März 1997 (Invaliditätsgrad von 33.33 %; Suva-act. 55, vgl. Suva-act. 58) und dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 20. November 2019 (Suva-act. 100) eingetreten ist. Dazu ist vorerst die Situation per 20. März 1997 zu ermitteln. Der Einspracheentscheid vom 20. März 1997 stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf die Beurteilungen von Dr. H.\_\_\_\_ vom 13. November 1995 (Suva-act. 53), Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ vom 24. März 1994 (Suva-act. 52-22) und Dr. F.\_\_\_\_ vom 19. Januar 1994 (Suva-act. 51-5 ff.). Die Beschwerdegegnerin ging basierend darauf von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % aus und errechnete eine Erwerbsunfähigkeit von 33.33 % (Suva-act. 52-24 ff., Suva-act. 55). Dr. F.\_\_\_\_ hatte den Beigeladenen erstmals am 10. September 1991 begutachtet. Im Gutachterbericht vom 18. September 1991 hatte er eine PTBS sowie eine psychoreaktive Depression diagnostiziert und festgehalten, der Beigeladene habe den Unfall und den Verlust seiner linken Hand noch überhaupt nicht verarbeitet. Neben dem somatischen Befund wirke sich auch die psychische Störung in beruflicher Hinsicht negativ aus. Der Beigeladene sei im Umfang von etwa 75 % arbeitsunfähig. Es handle sich um ein labiles pathologisches Geschehen, welches durch eine geeignete Behandlung besserungsfähig sei. Da die Störung recht lange dauere und sich mit einer zusätzlichen Depression verkompliziert habe, sei mit einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens noch sechs Monaten zu rechnen (Suva-act. 51-45 ff.). Darauf befand sich der Beigeladene vom 20. September bis 20. Dezember 1991 stationär in der Psychiatrischen Klinik G.\_\_\_\_ (vgl. Suva-act. 51-31 ff.). Am 19. Januar 1994 beurteilte Dr. F.\_\_\_\_ sodann, seit seiner letzten Begutachtung im September 1991 sei es zu einer beachtlichen Verbesserung des psychischen Zustandes gekommen. Von der psychischen Seite her erachte er den Beigeladenen höchstens im Umfang von 25 % als arbeitsunfähig. An seiner damaligen, optimal eingerichteten Arbeitsstelle sei es ihm zumutbar, ganztags zu arbeiten (Suva-act. 51-5 ff.). Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ befand am 24. März 1994, in somatischer Hinsicht sei der Beigeladene betreffend Kraftleistung und auch in den Greiffunktionen beeinträchtigt. Er könne lediglich leichte und minime Festhaltefunktionen mit der Prothese am linken Vorderarm durchführen. Im angestammten Betrieb habe dem Beigeladenen eine

adäquate Beschäftigung angeboten werden können. Dort seien keine Kraftleistungen erforderlich, weshalb keine verstärkte Ermüdung des rechten Armes geltend gemacht werden könne. Bei dieser Tätigkeit sei dem Beigeladenen eine volle ganztägige Präsenzzeit zumutbar. Dr. E. \_\_\_ führte weiter aus, in psychischer Hinsicht sei in den letzten Jahren eine deutliche Besserung eingetreten. Dr. F. \_\_\_ erachte den Beigeladenen aus psychiatrischer Sicht als fähig, eine volle Präsenzzeit bei der Arbeit einzuhalten (Suva-act. 52-22). Dies ist zwar korrekt, Dr. E. \_\_\_ übersah aber offenbar, dass Dr. F. \_\_\_ den Beigeladenen weiterhin als zu (höchstens) 25 % arbeitsunfähig erachtete und damit von einer psychisch bedingten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen war (vgl. Suva-act. 51-5 ff.). Dr. H. \_\_\_ beurteilte am 13. November 1995, es liege ein Status nach längerer depressiver Reaktion auf die traumatische Amputation des linken Vorderarms vor, das heisse, ein Status nach einer abgeklungenen unfallkausalen Anpassungsstörung in der Form einer längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21). Die im September 1991 von Dr. F. \_\_\_ gestellte Diagnose einer PTBS sei schon damals aufgrund der diagnostischen Kriterien nicht haltbar gewesen. Der von Dr. F. \_\_\_ im Januar 1994 beschriebene psychische Zustand sei nicht mehr psychopathologisch. Aus psychiatrischer Sicht sei eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit, welche die somatisch-medizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit übersteige, nicht begründbar. Weiter führte Dr. H. \_\_\_ aus, auf die Stellungnahme von Dr. F. \_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit sei voll abzustellen. Wenn Dr. F. \_\_\_ grosszügigerweise von einer höchstens noch zu 25 % bestehenden Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen spreche, so seien diese 25 % nicht zur somatischen Zumutbarkeitsbeurteilung dazuzuschlagen. Weiter sei von einer guten Prognose und zukünftig weiter abnehmender Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht auszugehen. Der Beigeladene könne seine derzeitige Tätigkeit ganztags verrichten (Suva-act. 53). Dr. Q. \_\_\_ bemängelte die Beurteilung von Dr. H. \_\_\_ zwar überzeugend (vgl. Suva-act. 75, 80). Die Beweiskraft der Beurteilung von Dr. H. \_\_\_ ist jedoch insofern nicht weiter zu prüfen, als auch er die von Dr. F. \_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 25 % aus psychiatrischer Sicht zumindest als vertretbar erachtete. Zusammengefasst ging die Beschwerdegegnerin bei der ursprünglichen Rentenzusprache von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % in der angepassten Tätigkeit bei der C. \_\_\_ AG aus. Sie differenzierte in ihrem Einspracheentscheid vom 20. März 1997 zwar nicht klar zwischen somatisch und psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit. Den Ausführungen im Einspracheentscheid sowie den genannten massgeblichen Arztberichten ist jedoch zu entnehmen, dass die Arbeitsunfähigkeit von 25 % ausschliesslich psychisch begründet war. In somatischer Hinsicht wäre die angepasste Tätigkeit voll zumutbar gewesen. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach bei der erstmaligen Rentenzusprache kein relevanter psychiatrisch bedingter Gesundheitsschaden und keine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (act. G1, G9), sind angesichts der erwähnten medizinischen Einschätzungen nicht nachvollziehbar. Basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % errechnete die Beschwerdegegnerin - wie bereits erwähnt - einen Invaliditätsgrad von 33.33 % (vgl. Suva-act. 55). Der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. November 2019 basiert in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den Beurteilungen von Kreisarzt Dr. Q. \_\_\_ und med. pract. S. \_\_\_ (Suva-act. 100). Die Beschwerdeführerin spricht diesen die Beweiskraft ab und hält ihnen das bidisziplinäre Gutachten von Dr. M. \_\_\_ und Dr. N. \_\_\_ entgegen (vgl. act. G1). In ihrem Gutachten vom 14. November 2015 hielten Dr. M. \_\_\_ und Dr. N. \_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Zustandsbild nach traumatischer Vorderarmamputation links (ICD-10: T11.6), ein Überlastungssyndrom der rechten oberen

Extremität (ICD-10: M70.8) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.09), fest. Sie beurteilten, in psychiatrischer Hinsicht liege für eine adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, in somatischer Hinsicht eine solche von 50 % vor. Die beiden Arbeitsunfähigkeiten seien zu addieren, so dass eine Gesamt-Arbeitsunfähigkeit von 70 % resultiere (Suva-act. 37). Im Folgenden ist bezüglich der einzelnen von den Gutachtern genannten Beschwerdebereichen (psychische Beeinträchtigung, Vorderarmamputation links, Beschwerden an der rechten oberen Extremität) zu prüfen, ob seit der erstmaligen Rentenzusprache im Jahr 1997 massgebliche Veränderungen eingetreten sind. Bezüglich der Beschwerden an der rechten oberen Extremität ist zudem die Unfallkausalität zu beurteilen. Wie in Erwägung E. 4.2 ausgeführt, ging die Beschwerdegegnerin im Jahr 1997 von einer psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von (höchstens) 25 % aus. Die psychiatrische Teilgutachterin Dr. N.\_\_\_\_ führte aus, im Vergleich zum Jahr 2001 - Referenzzeitpunkt für die Verfügung der IV-Stelle - sei psychopathologisch keine wesentliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes festzustellen. In Anwendung der aktuellen Beurteilungspraxis sei wegen der Verminderung der Anpassungsfähigkeit, der Belastbarkeit sowie der Konzentrationsfähigkeit die Arbeitsunfähigkeit mit 20 % zu bemessen (Suva-act. 37). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die psychische Situation des Beigeladenen sich nach der erstmaligen Rentenzusprache durch die Beschwerdegegnerin offenbar verschlechtert hatte. Wegen akuter Suizidalität wurde er im Dezember 1999 im Spital D.\_\_\_\_ hospitalisiert und danach mit kurzen Unterbrechungen bis zum 3. November 2000 stationär bzw. tagesklinisch in der Psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ behandelt (vgl. Suva-act. 60-69 ff., IV-act. 97). Ab 16. November 2000 erfolgte sodann eine ambulante Behandlung durch die Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie I.\_\_\_\_ (Suva-act. 60-72). Die jeweils behandelnden Ärzte hatten dem Beigeladenen vom Dezember 1999 bis mindestens Oktober 2001 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (vgl. IV-act. 97, Suva-act. 60-72 ff., 60-75). Die damalige Situation des Beigeladenen war unter anderem auch durch unfallfremde psychische Belastungen, wie insbesondere die Trennung von seiner Ehefrau und den Abbruch des Kontakts durch seine Kinder, geprägt (vgl. IV-act. 60-73 f.). Im Zeitraum zwischen Oktober 2001 und Mai 2015 ist keine psychiatrische Behandlung aktenkundig. Ab dann wurde der Beigeladene wieder im Psychiatriezentrum T.\_\_\_\_ behandelt. Dies unter anderem wegen einer Verhaltensstörung durch Alkohol, einer leichten depressiven Episode, Problemen im engeren Familienkreis, einer Eifersuchtsproblematik und gelegentlichen Schwierigkeiten in der Impulskontrolle. Die dort behandelnden Fachpersonen befanden im Sommer 2015, aus rein psychiatrischer Sicht sollte zuerst eine Suchtbehandlung und eine Behandlung der depressiven Symptomatik erfolgen. Eventuell sei auch eine traumaspezifische Behandlung notwendig. Dann sei der Versicherte zumindest Teilzeit zu 50 bis 80 % in einer angepassten Tätigkeit einsetzbar (IV-act. 162). Demzufolge gingen auch diese davon aus, dass der Beigeladene nach entsprechender Behandlung aus psychiatrischer Sicht bestenfalls nur noch zu 20 % arbeitsunfähig sein würde. In einem weiteren im Jahr 2015 erstellten Bericht (undatiert) hielten sie sodann konkret eine Arbeitsfähigkeit von 80 % fest (IV-act. 158). Damit übereinstimmend ging Dr. N.\_\_\_\_ - auch gestützt auf eine neuropsychologische Untersuchung - davon aus, rein psychiatrisch liege eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vor. Sie führte aus, es falle dem Beigeladenen schwer, bei monotonen Aufgaben ein adäquates Aufmerksamkeitsniveau aufrecht zu erhalten und er zeige Schwierigkeiten in der Wahrnehmung sowie Memorisierung von visuellen Reizvorlagen. Insgesamt resultieren eine leichte

Einschränkung der Anpassungsfähigkeit und der Belastbarkeit (Suva-act. 37-67). Am 22. März 2018 wurde der Beigeladene durch Kreisarzt Dr. Q. \_\_\_ untersucht. Dieser beurteilte am 26. April 2018, es lägen eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0), eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) und ein Alkohol-Missbrauch bis Abhängigkeit (ICD-10: F10.1/2) vor. Die vorliegenden psychiatrischen Störungen hätten sich ohne den schweren Arbeitsunfall am 19. Mai 1989 und dessen Auswirkungen sehr wahrscheinlich nicht in dieser Zeit und in dieser Weise entwickelt. Deshalb sei ein diesbezüglicher teilkausaler natürlicher Zusammenhang überwiegend wahrscheinlich zu bestätigen. Insgesamt bestünden höchstens leichte funktionelle Beeinträchtigungen. Antrieb und Konzentration seien weitgehend erhalten. Die Tendenz zur Reizbarkeit sei nicht derart stark ausgeprägt, dass der Beigeladene einem Arbeitgeber im ersten Arbeitsmarkt nicht zumutbar wäre. In Übereinstimmung mit Dr. F. \_\_\_ und Dr. N. \_\_\_ sei deshalb festzuhalten, dass die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im Bereich von 20 % liege. Seit dem Bericht von Dr. F. \_\_\_ vom 19. Januar 1994 sei es mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu keiner Veränderung der psychischen Unfallfolgen gekommen. Das aktuell vorliegende psychische Zustandsbild sei weitgehend gleich wie damals. Die wahrscheinlich zu stellende Diagnose einer leichten, andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung stelle lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts dar und dies habe vor allem keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Suva-act. 75). Nachdem Rechtsanwalt Gnädinger die Einschätzung von Dr. Q. \_\_\_ in Frage gestellt und geltend gemacht hatte, das psychische Beschwerdebild habe sich seit der erstmaligen Rentenzusprache deutlich verschlechtert (Suva-act. 77), nahm Dr. Q. \_\_\_ am 15. August 2018 erneut Stellung. Er führte aus, die von Dr. F. \_\_\_ am 19. Januar 1994 attestierte Arbeitsunfähigkeit von maximal 25 % entspreche ziemlich genau seiner Einschätzung einer Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Diesbezüglich habe sich also im Vergleich keine relevante Veränderung ergeben. Die von Dr. F. \_\_\_ gestellten Diagnosen einer psychoreaktiven Depression und einer PTBS würden von der Symptomatik her recht gut mit den aktuellen Diagnosen übereinstimmen. Es sei häufig so, dass - wie vorliegend - sich aus einer PTBS eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung entwickle. Viele Beschwerden und Beeinträchtigungen im Rahmen einer Depression, einer PTBS und einer Persönlichkeitsveränderung überschneiden sich, weshalb diese teilweise schwer voneinander abgrenzbar seien. Die Beschwerdegegnerin habe in ihrer Verfügung vom 14. März 1994 eine gewisse Verlangsamung und damit eine psychische Beeinträchtigung explizit berücksichtigt. Auch im weiteren Verlauf nach der erstmaligen Rentenzusprache durch die Beschwerdegegnerin habe der Beigeladene in anhaltender Weise unter erheblichen psychischen Beschwerden und Beeinträchtigungen gelitten. Zusammenfassend hielt Dr. Q. \_\_\_ überzeugend fest, die psychischen Unfallfolgen seien überwiegend wahrscheinlich nicht wesentlich schwerer als am 14. März 1994 bzw. 20. März 1997. Betreffend die Diagnosen habe sich nur eine unwesentliche Veränderung ergeben und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien praktisch identisch (Suva-act. 80). Insgesamt ist damit in psychiatrischer Hinsicht von keiner massgeblichen Veränderung und insbesondere keiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen der erstmaligen Rentenzusprache und dem angefochtenen Einspracheentscheid vom 20. November 2019 auszugehen. In beiden Zeitpunkten lag eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von rund 20 bis 25 % vor. Vor diesem Hintergrund kann eine Prüfung der Adäquanz der noch vorhandenen psychischen Beschwerden unterbleiben. Bezüglich der Beschwerden am Vorderarm links bzw. dem Armstumpf links ist es unbestritten und

aktenmässig ausgewiesen zu keinen relevanten Veränderungen gekommen. Der Beigeladene war in einer ideal adaptierten Tätigkeit bereits spätestens seit der Verfügung vom 14. März 1994 zu 100 % arbeitsfähig (vgl. E. 2.1.4). In der Folge trat gemäss der überzeugenden Beurteilung von med. pract. P. \_\_\_ keine Verschlechterung ein (Suva-act. 64). Der Beigeladene leidet unbestritten unter einem Tennisellbogen (Epicondylitis humeri radialis), einer Tenosynovialitis der Beugesehnen bzw. Tendovaginitis stenosans der rechten Hand und einem Morbus Dupuytren Dig IV rechts, weshalb er bereits mehrfach an der Hand operiert wurde (vgl. IV-act. 117-10 f., 117-9, 133-5, 156). Im Folgenden ist zu prüfen, ob diese Beschwerden an der rechten oberen Extremität Folge einer (unfallbedingten) Überlastung sind oder auf unfallfremde Ursachen zurückzuführen sind. Bei Bejahung einer Unfallkausalität stellt sich die Frage der Verschlechterung der Beschwerden. Der orthopädische Teilgutachter Dr. M. \_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 14. November 2015 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem ein Überlastungssyndrom der rechten oberen Extremität fest (ICD-10: M70.8; Suva-act. 37-42). Er befand, die rechte dominante obere Extremität weise Überlastungserscheinungen auf. Es habe eine Epicondylitis humeri radialis bestanden, welche konservativ, unter anderem mit Infiltrationen, angegangen worden sei. Diesbezüglich bestehe ein recht zufriedenstellendes Zustandsbild. An der rechten Hand seien diverse operative Eingriffe durchgeführt worden. Die rechte Hand sei dementsprechend vermindert belastbar und auf repetitive Bewegungen recht empfindlich. Die überlastungsbedingten Beschwerden seien als mittelgradig anzusehen. Der rechte Arm, namentlich der Ellbogen und die Hand, seien zweifellos vermindert belastbar (Suva-act. 37-45 f.). Da das Gutachten durch die IV-Stelle veranlasst wurde (vgl. Suva-act. 30), hatte sich Dr. M. \_\_\_ nicht explizit zur Unfallkausalität der Beschwerden des Beigeladenen zu äussern. Er führte jedoch aus, dem Beigeladenen sei im Mai 1989 der adominante linke Vorderarm amputiert worden. Durch die anschliessende Mehrbelastung der dominanten rechten oberen Extremität sei es zu Beschwerden im Sinne des erwähnten Tennisellbogens gekommen. In der rechten Hand sei es zu Synovialitiden mit Einengung des Gleitlagers diverser Beugesehnen gekommen, so dass mehrmals Eingriffe zur Entlastung bei schnappenden Fingern hätten durchgeführt werden müssen (Suva-act. 37-49 f.). Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, ist diese Beurteilung jedoch nicht überzeugend. Med. pract. S. \_\_\_ führte am 14. Januar 2019 (Suva-act. 82) aus, wie bereits Dr. E. \_\_\_ am 24. März 1994 befunden habe (vgl. 52-22), sei die Tätigkeit, welche der Beigeladene bei der C. \_\_\_ AG ausgeübt habe, eine leichte, keine Kraft beanspruchende Tätigkeit gewesen. In Übereinstimmung mit Dr. E. \_\_\_ sei es durch diese Tätigkeit zu keiner Überlastung der rechten oberen Extremität gekommen (vgl. auch die Aussage der Arbeitgeberin vom 8. Februar 1994, wonach eine starke Ermüdung des rechten Arms mangels nötiger Kraftanwendung nicht nachvollziehbar sei; Suva-act. 51-4). Kreisarzt Dr. P. \_\_\_ und med. pract. S. \_\_\_ hielten sodann übereinstimmend fest, seit 1999 sei der Beigeladene keiner regelmässigen Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Eine Überlastung der rechten oberen Extremität durch kraftraubende oder repetitive Bewegungen bei einer beruflichen Tätigkeit sei somit nicht überwiegend wahrscheinlich belegt. Gemäss dem gegenüber den Gutachtern Dr. N. \_\_\_ und Dr. M. \_\_\_ geschilderten Tagesablauf erledige der Beigeladene keine Haushalts- oder Gartenarbeiten, sei gerne zu Hause, gehe einkaufen und treffe sich regelmässig mit Kollegen zum Kaffeetrinken, sehe fern und liege auf dem Sofa. Zudem könne er Autofahren. Auch aus diesen Angaben lasse sich keine vermehrte Belastung der rechten oberen Extremität ableiten (Suva-act. 64, 82). Wie Dr. P. \_\_\_ zu Recht festhielt, hatte Dr. M. \_\_\_ aus der fehlenden Beschwerung an der rechten Hand

zudem geschlossen, dass der Beigeladene keine massgeblichen körperlichen Aktivitäten ausführe (Suva-act. 37-45 f., 64). Bezüglich des Tennisellbogens hielten Dr. P.\_\_\_\_ und med. pract. S.\_\_\_\_ fest, dieser könne Folge einer Fehl- oder Überbelastung sein. Neben einer solchen werde in der Literatur unter anderem das Tabakrauchen, eine Adipositas, ein Diabetes mellitus und die weisse Hautfarbe als Risikofaktoren für die Entstehung genannt. Sie schlussfolgerten überzeugend, der Tennisellbogen sei nicht überwiegend wahrscheinlich Folge einer Überlastung. Der Beigeladene habe keine repetitiven Arbeiten verrichtet. Hingegen sei dokumentiert, dass er rauche und eine Adipositas sowie einen Diabetes mellitus habe (Suva-act. 64, 82). Dr. P.\_\_\_\_ und med. pract. S.\_\_\_\_ führten aus, die Pathogenese der Tendovaginitis stenosans bzw. der Tenosynovitis der Beugesehnen, verbunden mit dem klinischen Phänomen schnappender Finger, sei multifaktoriell (Suva-act. 64, 82). Dr. P.\_\_\_\_ hielt fest, bei einer Tendovaginitis stenosans werde zwar ein gewisses Mass an Überlastung in der Literatur beschrieben, allerdings müssten gewisse Faktoren betrachtet werden. Eine Tendovaginitis stenosans entstehe überwiegend wahrscheinlich durch Überbelastung der Beugesehnen wie zum Beispiel beim Klavierspielen, bei Sportlern oder bei Personen, die lange am Computer arbeiteten (Suva-act. 64). Med. pract. S.\_\_\_\_ führte zudem aus, in der Literatur werde ein Zusammenhang mit einem Diabetes mellitus, einer Amyloidose, einer Gicht und Schilddrüsenkrankheiten oder auch einer rheumatoiden Arthritis beschrieben. Beim Beigeladenen sei weder eine akute noch eine chronische Traumatisierung der Hand rechts dokumentiert. Allein ein vermehrter Gebrauch der rechten Hand für Alltagsverrichtungen vermöge eine Tenosynovitis mehrerer Beugesehnen der rechten Hand nicht zu erklären. Der Beigeladene habe jedoch einen Diabetes mellitus und der Beginn der Beschwerden an der rechten Hand falle zeitlich mit dem Einsetzen chronischer Rückenbeschwerden zusammen. Die behandelnden Ärzte hätten im Verlauf den Verdacht auf eine Spondylarthropathie, eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis, geäussert. Es sei damit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Tenosynovitis mehrerer Beugesehnen der rechten Hand Folge einer Überbelastung sei (Suva-act. 82). Dr. P.\_\_\_\_ und med. pract. S.\_\_\_\_ führten aus, beim Morbus Dupuytren handle es sich um eine Fibromatose mit einer gewissen, genetisch gesicherten Komponente, die vermehrt bei Männern mittleren Lebensalters auftrete. Auch sei diese Erkrankung mit alkoholtoxischer Leberschädigung, Tabakrauchen sowie einem Diabetes mellitus assoziiert (Suva-act. 64, 82). Med. pract. S.\_\_\_\_ hielt ausserdem fest, es werde vermutet, dass das Krankheitsbild auch nach einer schweren Handverletzung auftreten könne. Der Zusammenhang mit einer chronischen Belastung durch schwere manuelle Arbeit werde in der Literatur diskutiert, sei jedoch nicht erwiesen. Beim Beigeladenen sei weder eine akute Verletzung der rechten Hand noch eine chronische Belastung durch schwere manuelle Tätigkeiten dokumentiert (Suva-act. 82). Die beiden Ärzte befanden übereinstimmend, beim Beigeladenen seien ein Diabetes mellitus und ein langjähriger Überkonsum von Alkohol (als mögliche Ursache für ein Morbus Dupuytren) objektiviert. Es sei nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Morbus Dupuytren Folge einer chronischen Überlastung der rechten Hand sei (Suva-act. 64, 82). Zusammengefasst ist gestützt auf die übereinstimmenden und überzeugenden Beurteilungen von Kreisarzt Dr. P.\_\_\_\_ und med. pract. S.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass die Beschwerden der rechten oberen Extremität nicht auf ein Überlastungssyndrom zurückzuführen sind. Die behandelten Erkrankungen im Bereich der rechten oberen Extremität sind damit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Sinne indirekter Unfallfolgen auf die Amputation des linken Vorderarmes zurückzuführen. Entgegen der Kritik der

Beschwerdeführerin ist diese Einschätzung von Dr. P.\_\_\_\_ und med. pract. S.\_\_\_\_ nicht zu beanstanden. Die Beschwerdeführerin führt zwar richtig aus (vgl. act. G1), dass der Beigeladene nur noch einen gänzlich funktionstüchtigen Arm (rechts) hat, weshalb er naturgemäss diesen vermehrt einsetzen muss. Dies bedeutet jedoch nicht per se, dass es zu einer Überlastung seines ohnehin dominanten rechten Armes kam. Dr. M.\_\_\_\_ ging ohne nachvollziehbare Begründung von einem (unfallbedingten) Überlastungssyndrom aus. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass er sich - als von der IV-Stelle beauftragter Gutachter - nicht ausführlich mit der Unfallkausalität der Beschwerden zu befassen hatte. Die Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ ist damit nicht geeignet, die Einschätzungen von Dr. P.\_\_\_\_ und med. pract. S.\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen. Eine durch eine unfallkausale Überlastung ausgelöste Problematik insbesondere am Ellbogen rechts ist auch insofern nicht nachvollziehbar, als der Beigeladene im Jahr 2004, mithin rund vier Jahre nach Einstellung der Erwerbstätigkeit und rund 15 Jahre nach dem Unfall, erstmals gegenüber Dr. K.\_\_\_\_ über plötzlich aufgetretene Schmerzen im Bereich des rechten Vorderarms ohne sicher erinnerliche Überanstrengung geklagt hatte (IV-act. 117-10 f.). Da die Beschwerden an der rechten oberen Extremität nicht als unfallkausal zu betrachten sind, liegt diesbezüglich auch keine vorliegend zu berücksichtigende Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, es sei entsprechend der Einschätzung von Dr. M.\_\_\_\_ von einer somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 %, mithin einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes, auszugehen (vgl. act. G1). Dr. M.\_\_\_\_ führte aus, der Beigeladene könne seine Prothese links recht gut bedienen. Ellbogen- und Schultergelenk der linken oberen Extremität seien nicht stark eingeschränkt, so dass hier gewisse Kompensationsmöglichkeiten gegeben seien. Er könne aber auch gut leidensangepasste, also rein einarmige Tätigkeiten nicht mit der gleichen Geschwindigkeit erledigen wie es eine Person mit zwei funktionstüchtigen Armen könnte. Die Reaktionsfähigkeit sei vermindert, da der in seiner Einsatzfähigkeit eingeschränkte linke Arm nur limitiert kompensatorisch eingesetzt werden könne. Auch Arbeiten, die mit bestimmten, auch wenn unbelasteten, Stellungen des linken Armes verbunden seien, könnten nur begrenzt ausgeübt werden. Auch die dominante rechte obere Extremität sei operiert worden und nur vermindert belastbar. Der Beigeladene sei daher aus somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Er könne ganztags arbeiten, weise aber ein deutlich vermindertes Arbeitstempo auf und sei in seiner Geschicklichkeit eingeschränkt. Es sollte sich um eine Tätigkeit handeln, bei der nur die dominante rechte Hand eingesetzt werden müsse, keine feinmotorischen Tätigkeiten und keine repetitiven Tätigkeiten bezüglich Finger- und Ellbogenbewegungen. Die adominante linke obere Extremität könne nur im Sinne einer Zudien- und Hilfshand benutzt werden; diesbezüglich sei kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg zumutbar. Es dürften keine Zwangspositionen der Wirbelsäule gefordert werden (Suva-act. 37-49 f.). Diesbezüglich ist zu sagen, dass die unfallfremden Beschwerden an der Wirbelsäule und der oberen rechten Extremität vorliegend nicht berücksichtigt werden können. Betreffend die linke obere Extremität ist - wie erwähnt (E. 5.3) - seit der erstmaligen Rentenzusprache keine massgebliche Veränderung eingetreten. Bereits damals mussten gewisse Adaptionskriterien berücksichtigt werden. Diese rechtfertigen jedoch keine massgebliche quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer ideal adaptierten, insbesondere einer einarmigen, Tätigkeit. Rein bezüglich der somatischen Unfallfolgen ist damit weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Es besteht somit insgesamt kein medizinisch bedingter Revisionsgrund und es ist weiterhin von einer

(psychiatrisch bedingten) Arbeitsunfähigkeit von maximal 25 % auszugehen. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Hinsichtlich der Validen- und Invalideneinkommen ist unbestritten keine Sachverhaltsänderung eingetreten, weshalb sich diesbezüglich keine Neufestsetzung rechtfertigt. Wie bei der ursprünglichen Rentenzusprache durch die Beschwerdegegnerin ist damit weiterhin von einem Anspruch auf eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 33.33 % auszugehen (vgl. Suva-act. 52-24 ff., 55). Die Abweichung von der durch die IV-Stelle zugesprochenen ganzen Rente erklärt sich insbesondere dadurch, dass die Beschwerdegegnerin im Gegensatz zur IV-Stelle die unfallfremden Beschwerden der rechten oberen Extremität nicht zu berücksichtigen hat. Der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. November 2019 ist nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 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). Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

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