

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.68 vom 9. März 2020**

SO Obergericht, 2020-03-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.68\\_d20200309](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.68_d20200309)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.68 du 9 mars 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.68 del 9 marzo 2020

## **Regeste**

Unfallversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 5**

5.1 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). Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 350 E. 3.5.2 und 352 E. 3.5.4).

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 (BGE 125 V 369 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 349 E. 3.5, 117 V 199 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b).

Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E.3a). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 313 E. 4a bb).

Nach der Rechtsprechung ist als zeitliche Vergleichsbasis einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 125 V 369 E. 2). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 114 E. 5.4).

### **E. 5.2**

5.2.1 Die letzte Rentenverfügung vom 24. Juni 2013 (SA 549) bzw. der Einspracheentscheid vom 30. September 2013 (SA 560) basierte im Wesentlichen auf dem B.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. April 2012 (SA 522). Darin wurden als Diagnosen erhoben:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Status nach chirurgischer Unterschenkelamputation links am 19. Juli 2002 (ICD-10 Z89.5)

·Status nach Bursektomie mit Stumpfnachresektion am 3. Dezember 2004 (ICD-10 Z98.8)

·Status nach Osteosynthese und multiplen Folgeoperationen (ICD-10 Z98.8)

·Status nach offener Malleolarluxationsfraktur vom 16. Juni 1990 mit ausgedehntem Weichteildefekt nach Motorradunfall am 16. Juni 1990 (T93.2/V24.5)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1.Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

2.Anamnestisch chronisch intermittierendes zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits, derzeit unauffälliger klinischer Befund (ICD-10 M53.1)

3.Status nach komplexer Knieläsion links nach Skiunfall 1985 mit operativer Rekonstruktion, unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose ohne zusätzlichen Einfluss (ICD-10 T93.3/Z98.8)

4.Status nach subtotaler Endgliedamputation Mittelfinger links etwa 1983 (ICD-10 Z89.0)

5.Chronischer Nikotinabusus, ca. 30 py (ICD-10 F17.1)

6.Verdacht auf Medikamentenmalcompliance (ICD-10 Z91.1)

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus somatischer Sicht bestehe aufgrund der Problematik am linken Unterschenkel derzeit und bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche entsprechende Tätigkeiten, wie sie früher vom Beschwerdeführer ausgeführt worden seien. Für körperlich leichte Tätigkeiten, die mehrheitlich im Sitzen durchgeführt werden könnten, jedoch mit der Möglichkeit für regelmässige Positionswechsel, bestehe hingegen eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe sodann ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausser der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Die depressive Störung sei remittiert, eine psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Dem Beschwerdeführer könne aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit nachgehen zu können.

5.2.2 Im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 3. September 2018 (SA 691) bzw. des Einspracheentscheides vom 12. Februar 2019 (A.S. 1 ff.), worin die Beschwerdegegnerin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bejahte und in der Folge die Invalidenrente auf 41 % erhöhte, lag im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt vor:

5.2.2.1 In seinem Bericht vom 6. Mai 2016 (SA 639) stellte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Universitätsklinik E.\_\_\_\_, folgende Diagnosen:

Zur Beurteilung führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide einerseits an Phantomschmerzen, andererseits an Stumpfschmerzen (Schraubstockgefühl). Letzteres

gestatte ihm keine zuverlässige Steh- und Gehdauer. In letzter Zeit könne er im Schnitt noch 20 Minuten ohne relevante Probleme gehen. Die Druckproblematik am medialen Tibiakondylus sei durch einen stark prominenten Schraubenkopf bedingt. Diese Stelle habe in der Zwischenzeit jedoch orthopädietechnisch durch den Schaft soweit gebessert werden können, dass dort aktuell keine Druckprobleme mehr vorlägen. Hauptproblem seien die lateralen Druckprobleme über dem Fibulaköpfchen. Dort finde sich kein Hinweis für eine Osteomyelitis oder eine Exostose. Das Köpfchen sei jedoch sehr prominent. Hier würde man noch als Behandlungsvorschlag über den Liner einen Soft-Socket fertigen. Damit könnten die Druckprobleme wahrscheinlich etwas besser aufgefangen werden, ausser dies wäre schon erfolglos versucht worden. Sollte es am medialen Kondylus erneut zu Problemen kommen, wäre die Schraubenentfernung und die Entfernung der um den Schraubenkopf gebildeten Knochenanlagerungen indiziert. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden erschienen glaubhaft. Eine Verbesserung der Stumpfsituation, welche eine Änderung des Invaliditätsgrades rechtfertige, sehe er, Dr. med. H.\_\_\_\_, nicht. Es zeige sich in den heutigen Röntgenbildern eine Chondrokalzinose. Es sei zu befürchten, dass bei Steigerung der Belastung auch intraartikuläre Beschwerden aufträten

5.2.2.2 Im bidizplinären Gutachten (Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie) der C.\_\_\_\_, [...], vom 20. Juli 2017 (SA 653) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die angestammte Tätigkeit sei seit dem Motorradunfall nicht mehr möglich. In einer angepassten Tätigkeit bestehe folgendes Anforderungsprofil des angepassten Arbeitsplatzes: Leichte körperliche Arbeiten, mehrheitlich sitzend, wenig gehend, wenig stehend, jedoch mit der Möglichkeit von regelmässigen Positionswechseln und kurzen Pausen, ohne Notwendigkeit in Zwangsposition sitzen zu müssen. Der vermehrte Pausenbedarf diene der Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden im Bereich der LWS, beiden ISG und dem Kniegelenk links. In Bezug auf die Frage einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Beurteilung des B.\_\_\_\_ vom 24. April 2012 resp. dem Zeitpunkt der Neuanschuldung vom 21. Juni 2013 könne festgehalten werden, dass es orthopädisch zu einer Beschwerdeprogredienz im Bereich des Kniegelenkes links und der Lendenwirbelsäule / ISG bds. gekommen sei, welche zu einer weiteren Einschränkung der zuvor 100%igen Arbeitsfähigkeit für leichte, adaptierte körperliche Arbeiten führe. Ein genauer Zeitpunkt dieser Verschlimmerung sei aktenmässig nicht dokumentiert. Im Bericht E.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2016 werde eine zunehmende Verschlechterung nach 2012 (bis dahin sei es gut gegangen) beschrieben. Im Bericht J.\_\_\_\_ vom 15. August 2013 werde eine mindestens Teil-Arbeitsfähigkeit angenommen ohne weitere Präzisierung. Der genaue Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei aktenmässig schwierig festzulegen, die Einschätzung des aktuellen Gutachtens (Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aus rein psychiatrischer Sicht 40 % für Februar bis Dezember 2012, danach 80 % Arbeitsfähigkeit) überschneide sich mit der Begutachtung des B.\_\_\_\_, wo die Depression als remittiert betrachtet worden sei. Man gehe davon aus, dass (auch bei gegebener Verschlechterung somatisch, die aktuell ausschlaggebend sei) ab Datum der Neuanschuldung vom 15. August 2013 von der hier attestierten Arbeitsfähigkeit von 60 % in optimal angepasster Tätigkeit auszugehen sei. Für leichte körperliche Arbeiten sei der Explorand nur noch zu 60 % arbeitsfähig (Arbeitsunfähigkeit 40 %). Aus psychiatrischer Sicht resultiere keine darüber hinausgehende Einschränkung.

5.2.2.3 Im Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Universitätsklinik E.\_\_\_\_, vom 17. November 2017 (SA 661) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide von Seiten der Unterschenkelamputation an drei Problemen: Einerseits in der Prothese das Gefühl, im Schraubstock eingespannt zu sein. Dieses Schraubstockgefühl müsse er durch regelmässiges Entlasten und Ausziehen der Prothese bekämpfen. Daneben bestünden lokale Druckschmerzen, vor allem medial am Tibiacondylus, wo eine prominente Schraube vorliege, sowie lateral über der Fibula. Deswegen könne der Beschwerdeführer aktuell noch 100 bis 200 Meter gehen. Als drittes seien die unberechenbar einschliessenden Phantomschmerzen zu nennen, die den Beschwerdeführer zwingen würden, sich niederzusetzen und die Prothese während 5 bis 30 Minuten auszuziehen. Nach Ansicht von Dr. med. H.\_\_\_\_ seien unter diesen Bedingungen keine Voraussetzungen gegeben für eine auch nur einigermaßen regelmässige Tätigkeit. Der Beschwerdeführer müsste den Belastungsrythmus vollständig frei wählen können. Man erachte dies nicht als realistisch. Zur Verbesserung der Situation würde man eine Entfernung mindestens der medialen prominenten Schraube am Tibiacondylus links empfehlen. Diese Zone müsse aktuell entlastet werden, was natürlich nur möglich sei, wenn andere Stellen stärker belastet würden. Es bestehe eine Chance, dass durch Entfernung der Schraube hier wieder mehr Gewicht abgenommen werden könne und die bereits jetzt äusserst schwierige Entlastungssituation verbessert werden könne.

5.2.2.4 Im Bericht vom 31. Juli 2018 (SA 684) betreffend die kreisärztliche Untersuchung stellte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, folgende Diagnosen:

Nebendiagnosen (nicht unfallkausal)

Der Beschwerdeführer gebe an, aktuell gehe es ihm unverändert. Er berichte über rezidivierende, ca. 1x in zwei Wochen auftretende sehr starke Phantomschmerzen (VAS 8 - 9 / 10). Ausserdem berichte er über Verspannungsschmerzen der gesamten Wirbelsäule (VAS 5 - 8 / 10). Unter Belastung spüre er auch zusätzlich rezidivierende, stechende, mässige bis starke Schmerzen in der linken Hüfte (VAS 5 - 8 / 10) sowie rezidivierende ziehende Schmerzen des rechten Kniegelenkes (VAS 4 - 8 / 10). Die Gehstrecke betrage ca. 400 - 500 m. Er berichte, dass er nur gelegentlich mit dem Gehstock (rechtsseitig) laufe, ansonsten könne er gewisse Strecken ohne zusätzliche orthopädische Hilfsmittel laufen. Zur Beurteilung führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, die heutige klinische Untersuchung zeige eine Entzündung an der Aussenseite des Stumpfes. Klinisch zeige sich auch eine leicht gerötete Druckstelle an der Spitze des Unterschenkelstumpfes. Bei der klinischen Untersuchung bestehe eine sichtbare deutliche Muskelatrophie des linken Oberschenkels. Ansonsten keine pathologischen Befunde im Bereich beider Kniegelenke, keine neurologischen Defizite. Deutliche Kraftminderung des linken Oberschenkels. Im Bereich der Wirbelsäule, beider Schultern und der beiden oberen Extremitäten keine pathologischen Befunde. Insbesondere keine Hinweise für irgendwelche Bewegungseinschränkungen, alle Sehnen der Rotatorenmanschette intakt. Es bestünden keine neurologischen, muskulären oder Kraftdefizite. Im Vergleich mit dem vorletzten B.\_\_\_\_-Gutachten vom 14. Mai 2012 sei vom Versicherten über keine zusätzliche Beschwerdesymptomatik berichtet worden. Die rezidivierenden Rücken-, Schulter- sowie Kopfschmerzen und die depressive Symptomatik seien auch schon damals vom Versicherten erwähnt worden. Somit sei die Aussage im C.\_\_\_\_-Gutachten von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2017, dass diese Beschwerden im 2012 im B.\_\_\_\_-Gutachten nicht erwähnt und berücksichtigt worden seien, nicht korrekt. Diese seien nicht neu

hinzugetreten. Die heutige klinische Untersuchung zeige im Vergleich mit der Untersuchung im Rahmen des Gutachtens von 2012 keine Befundänderung im Bereich beider Kniegelenke. Im Bereich der Lendenwirbelsäule zeige sich eine minimal verminderte Beweglichkeit. Auch im Bereich des Unterschenkelstumpfes linksseitig zeichne sich eine gewisse Verschlechterung des lokalen Befundes im Sinne einer ca. 5 x 5 cm grossen Schwellung mit leichter Rötung und Überwärmung sowie entsprechend Druckdolenz sowie auch leichter, nicht druckdolenter oberflächlicher Rötung im Bereich der Stumpfspitze des linken Unterschenkels ab. Ansonsten bestehe keine andere relevante Befundänderung bzw. -verschlechterung. Sodann hätten sich die von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ postulierte und als schmerzursächlich bewertete Facettengelenksarthrose sowie die ISG-Arthrose beidseits im Rahmen der letzten radiologischen Untersuchung vom 25. Juni 2018 nicht bestätigt. Die Frage, ob die aktuell geltend gemachten LWS-/ISG-Beschwerden sowie auch die Beschwerden in beiden Schultergelenken mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge oder Teilfolge des Ereignisses vom 16. Juni 1990 anzusehen seien, könne verneint werden. Die geklagten lumbalen/iliosakralen Beschwerden sowie die Schulterbeschwerden stünden nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. Juni 1990. Die oben erwähnten Beschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Fehlbelastung zu erklären. Der Beschwerdeführer sei mit einer guten Unterschenkelprothese versorgt. Die Prüfung des Beckenstandes mit der Unterschenkelprothese zeige einen Beckengeradstand. Somit liessen sich die LWS/ISG-Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Fehlbelastung zu erklären. Wie schon oben erwähnt zeigten sich im Bereich beider oberen Extremitäten klinisch gar keine pathologischen Befunde, was auch in der letzten gutachterlichen Untersuchung von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ bestätigt worden sei. Somit seien auch diese Beschwerden bei dem Versicherten, welcher nur ab und zu mit einem Handgehstock laufe, aus unfallchirurgischer Sicht, wie von ihm selbst auch postuliert, als Teilkausalität des Unfalls von 1990 nicht nachvollziehbar. Wie auch schon oben erwähnt, seien die Schmerzen der LWS, ISG und in beiden Schulter- und Handgelenken von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ in seinem Gutachten nicht als unfallkausal bewertet worden. Die Rückfallkausalität von LWS-, ISG- sowie Schulter- und Handgelenksbeschwerden sei nach überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beurteilen. Somit seien die geltend gemachten Beschwerden nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Folge oder Teilfolge des Ereignisses vom 16. Juni 1990 zurückzuführen. Aktuell aus unfallkausalen Gründen handle es sich grundsätzlich um therapieresistente invalidisierende Phantom- und Stumpfschmerzen links. Auf die Frage einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der gutachterlichen Beurteilung vom 24. April 2012 könne festgehalten werden, dass es zu einer gewissen Beschwerdeprogredienz im Bereich des Unterschenkelstumpfes und im linken Kniegelenkes gekommen sei. Aus unfallchirurgischer/versicherungsmedizinischer Sicht erachte er, Dr. med. D. \_\_\_, einen zusätzlichen Pausenbedarf zur Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes und des linken Unterschenkelamputationsstumpfes als indiziert. Somit bestehe aus unfallkausalen Gründen für leichte körperliche Arbeiten überwiegend sitzend, wenig gehend und stehend, jedoch mit der Möglichkeit von regelmässigen Positionswechseln ohne Zwangshaltungen, zeitmässig insgesamt eine 90%ige Arbeitsfähigkeit. Es sei auch zu bemerken, dass nach der empfohlenen operativen Revision des Stumpfes mit einer namhaften Steigerung der Belastbarkeit sowie Änderung der Beurteilung/Zumutbarkeit nicht zu rechnen sei.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem angefochtenen Entscheid, zumindest was den psychiatrischen Teil anbelangt, auf das psychiatrische Teilgutachten der C.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2017 (SA 653), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist. Med. pract. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, begründet in ihrem Gutachten eingehend die von ihr gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und setzt sich nachvollziehbar mit anderen möglichen Diagnosen auseinander. Bei der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren handle es sich gemäss ICD-10 um eine Störung, welche durch das Vorhandensein eines andauernden schweren quälenden Schmerzes gekennzeichnet sei, welcher nicht durch eine körperliche Störung oder einen physiologischen Prozess vollständig erklärt werden könne. Der Schmerz stehe im Hauptfokus des Betroffenen und müsse mindestens während 6 Monaten anhalten. Die Beschwerden würden in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auftreten, welche schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren zu gelten. Beim Exploranden könnten der Motorradunfall, die Scheidung und die Unterschenkelamputation als dahingehend ausreichende psychosoziale Belastungsfaktoren angesehen werden. In der Folge der Beschwerden entstehe eine beträchtlich gesteigerte, persönliche und medizinische Hilfe und Unterstützung. Im Laufe der Krankheitsgeschichte habe sich beim Exploranden schmerzbedingt eine deutlich gesteigerte Inanspruchnahme medizinischer Unterstützung ergeben, welche sich jedoch zum aktuellen Zeitpunkt nur noch mässig ausgeprägt darstelle (wöchentlich Physiotherapieterminen, regelmässige Besuche beim Hausarzt). Gesamthaft seien die Diagnosekriterien für eine chronische Schmerzstörung erfüllt. In Anbetracht der Schilderungen der aktuellen Lebenssituation und des durch diverse Aktivitäten geprägten Tagesablaufs sei der Schweregrad der Störung als leicht zu klassifizieren. Des Weiteren sei den zur Verfügung stehenden Vorberichten und den Verlaufsschilderungen des Exploranden eine Depressionssymptomatik zu entnehmen. Bereits im Jahr 2004 seien durch den ambulanten Psychiater Dr. med. L.\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik und im Jahr 2005 durch die Klinik M.\_\_\_\_ eine mittelgradig depressive Episode diagnostiziert worden. Im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2012 sei die Depressionssymptomatik als remittiert angegeben worden. Nach der Rentenaufhebung im Jahr 2012 sei im Jahr 2013 eine psychische Verschlechterung beim Exploranden berichtet worden. Anlässlich der aktuellen Untersuchung zeigte sich der Beschwerdeführer grösstenteils ausgeglichen und schwingungsfähig im Affekt und keinesfalls stabil depressiv. Anhand der Schilderungen zum Tagesablauf sei keine ausgeprägte Antriebsstörung erkennbar beziehungsweise in der Untersuchungssituation objektivierbar. Ebenfalls habe kein Interessens- bzw. Freudeverlust bestanden. Der Explorand habe beispielsweise angegeben, seine Freizeit mit handwerklichen Tätigkeiten zu verbringen, welche er als Hobby bezeichnet habe. Auch berichte er über Besuche des Motorradclubs beziehungsweise eines naheliegenden Cafés. Subjektiv empfinde er seine Konzentrations- und Gedächtnisleistung als stark reduziert, was jedoch nicht für die Diagnosestellung einer Depression ausreiche. Gesamthaft sei zum aktuellen Zeitpunkt die depressive Symptomatik als remittiert zu betrachten. In Anbetracht des Verlaufs seien die Diagnosekriterien für eine rezidivierende depressive Störung im Vorberichtszeitraum erfüllt. Zwischen den selbstunsicheren, leistungsbezogenen und teilweise narzisstischen Persönlichkeitszügen und der Entwicklung der Schmerz- und Depressionssymptomatik bestehe ein enger Zusammenhang beziehungsweise eine enge Wechselwirkung. Bei Fehlen von suffizienten

Bewältigungsstrategien im Rahmen einer Überforderung vor dem Hintergrund diverser Belastungssituationen im Lebenslauf, sei die Entwicklung einer Schmerz- und Depressionssymptomatik, im Sinne einer dysfunktionalen Copingstrategie, nachvollziehbar. Im Vergleich zu den Vorakten ergäben sich keine massgeblich abweichenden Diagnosestellungen. In einem Bericht des ambulanten Psychiaters aus dem Jahr 2004 sei eine Persönlichkeitsstörung mit dissozialen Zügen erwähnt. Die Diagnosestellung der Persönlichkeitsstörung werde im Bericht nicht detailliert erörtert. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung würden ebenfalls Persönlichkeitszüge attestiert, welche sich verstärkend auf die Symptomatik der Schmerz- und Depressionssymptome auswirken könnten. Diese erfüllten jedoch aus gutachterlicher Sicht nicht die Diagnosekriterien einer Persönlichkeitsstörung oder Akzentuierung.

Des Weiteren begründet die Gutachterin einleuchtend ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wonach diese beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht aktuell sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit 80 % betrage. Zudem legt sie nachvollziehbar dar, dass es nach der Begutachtung durch das B.\_\_\_\_ am 6. Februar 2012 (vgl. SA 522) zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus psychiatrischer Sicht gekommen ist. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit sei durch die leicht ausgeprägte chronische Schmerzstörung zu begründen. Die depressive Symptomatik sei zum aktuellen Zeitpunkt als remittiert zu betrachten und wirke sich nicht relevant auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden aus. Aus gutachterlicher Sicht würde auch eine Anpassung des Arbeitsplatzes keine weitere Erhöhung der Arbeitsfähigkeit bedingen. Massgeblich werde das Schmerzerleben durch den insuffizienten Umgang mit Belastungssituationen (Unfall, Scheidung, Amputation) und durch die Persönlichkeitsstruktur negativ beeinflusst. Diesem sei nicht mit einer Anpassung des Arbeitsplatzes zu begegnen. Die prozentuale Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei auf Basis der zur Verfügung stehenden Berichte retrospektiv nicht genau zu datieren. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2012 sei die depressive Symptomatik als remittiert eingeschätzt worden. Dem Bericht des ambulanten Psychiaters vom März 2016 sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Mai 2012 in ambulante Behandlung gekommen und depressiv gewesen sei. Ein verschriebenes Antidepressivum habe er im Dezember 2012 wieder abgesetzt. Dem weiteren Verlauf sei nur zu entnehmen, dass er im Sommer 2013 erneut leicht depressiv gewesen sei. Im Dezember 2014 habe er in der Hamilton-Depressionsskala 26 Punkte gezeigt, was einer mittelschweren Depression entspreche. Gemäss Angaben des Exploranden, gehe es ihm seit der Einnahme von Vitango (ab Dezember 2014) psychisch besser. Dem Bericht des ambulanten Psychiaters sei kein zugehöriger psychopathologischer Befund zu entnehmen. Das Erreichen von 26 Punkten in der Hamilton-Depressionsskala reiche allein für die Diagnosestellung einer mittelgradig depressiven Episode nicht aus und eine leichte depressive Symptomatik würde ebenfalls nicht zu einer massgeblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Somit sei davon auszugehen, dass die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seit ungefähr Ende 2012 Gültigkeit habe (Absetzen des Antidepressivums durch den Exploranden). Im Zeitraum nach der letzten Begutachtung im Februar 2012 bis zum Absetzen des Antidepressivums im Dezember 2012 sei es wahrscheinlich zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Der Schweregrad könne retrospektiv nicht genau abgeschätzt werden, es werde jedoch maximal von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen (vor allem, da dem Bericht des ambulanten Psychiaters keine Symptome einer schweren depressiven Entwicklung und entsprechende therapeutischen Massnahmen zu entnehmen seien). Eine Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht wäre somit auf 40 % für den genannten Zeitraum (Februar bis Dezember 2012), festzulegen.

6.2 Sodann sind gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von med. pract. K.\_\_\_\_ setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1)Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a)Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b)Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c)Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2)Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunden einzugehen. Med. pract. K.\_\_\_\_ hielt diesbezüglich fest, anhand der Schilderungen des Tagesablaufs liessen sich keine erheblichen Beeinträchtigungen der Funktionalität beim Exploranden durch die beschriebene Schmerzsymptomatik (v.a. Unterschenkel-, Hüft-, Kopf- und Nackenschmerzen) und die dadurch bedingten, subjektiv als stark empfundenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen erkennen. Während der Untersuchung habe der Beschwerdeführer um zwei Pausen gebeten (eine davon zur Einnahme von Magnesium gegen Kopfschmerzen) und habe gegen Ende des 3-stündigen Gesprächs leicht dysphorisch und belastet gewirkt, sodass vordergründig vor allem die Durchhaltefähigkeit beim Erbringen einer zuverlässigen, stabilen und verwertbaren Arbeitsleistung beeinträchtigt zu sein scheine.

Anhand des orthopädischen Teilgutachtens sei das Schmerzerleben, zumindest teilweise, durch eine fortschreitende Degeneration im LWS und ISG Bereich begründet. Bei Erhebung des psychopathologischen Befundes habe keine Depressionssymptomatik, welche die Diagnosekriterien erfüllen würde, erhoben werden können, sodass sich dadurch keine relevante funktionelle Einschränkung plausibilisieren lasse.

Des Weiteren ist dem Gutachten hinsichtlich Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz zu entnehmen, es werde die Fortführung der ambulant psychiatrischen Behandlung empfohlen. Sowohl die Frequenz als auch die angesetzte Medikation sei adäquat. Hierbei erscheine vor allem das Erarbeiten suffizienter Umgangsstrategien mit Stress- und Belastungssituationen sinnvoll, um den Umgang mit den Symptomen der Grunderkrankungen zu verbessern. Man empfehle zudem, unter therapeutischer Begleitung den Exploranden durch ein Arbeitstraining wieder an die Belastungen der Arbeitswelt zu gewöhnen (unter Beachtung der somatisch attestierten Einschränkungen). Hierbei könne an seine im Alltag gezeigten Interesse und Freude an handwerklichen Tätigkeiten angeknüpft werden. Eine Begleitung durch einen Jobcoach könne ebenfalls empfohlen werden. Es sei zu erwarten, dass es im Verlauf durch eine Verstärkung der Depressionssymptomatik (beispielsweise durch eine berufliche oder private Belastungssituation) zeitweise zu Krankheitsausfällen mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit kommen könne. Darüber hinaus bestehe jedoch kein Anhalt für eine dauerhafte, gravierende Verschlechterung der psychiatrischen Grunderkrankungen, welche die Arbeitsfähigkeit massgeblich beeinflussen würde.

Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der hier diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f.).

Diesbezüglich führte med. pract. K. \_\_\_ aus, zwischen den selbstunsicheren, leistungsbezogenen und teilweise narzisstischen Persönlichkeitszügen und der Entwicklung der Schmerz- und Depressionssymptomatik bestehe ein enger Zusammenhang beziehungsweise eine enge Wechselwirkung. Bei Fehlen von suffizienten Bewältigungsstrategien im Rahmen einer Überforderung vor dem Hintergrund diverser Belastungssituationen im Lebenslauf sei die Entwicklung einer Schmerz- und Depressionssymptomatik, im Sinne einer dysfunktionalen Copingstrategie, nachvollziehbar.

Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) hielt med. pract. K. \_\_\_ fest, beim Exploranden seien selbstunsichere, leistungsbezogene und teilweise narzisstische Persönlichkeitsanteile erkennbar. In der Biografie und im Arztbericht von Dr. med. N. \_\_\_ seien Probleme mit Hierarchien (Schulzeit und Arbeitsplatz) erwähnt worden. Ebenfalls schienen vor dem Hintergrund der Scheidung von seiner Ehefrau (und Kindsmutter von 2 gemeinsamen Töchtern) Probleme im familiären, zwischenmenschlichen Bereich zu bestehen. Der Explorand habe derzeit weder zu seiner Exfrau noch zu einer der Töchter Kontakt. Gesamthaft bestehe jedoch kein Anhalt für normabweichendes Verhalten im Denken, Fühlen und Handeln in einem Ausmass, als dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 gerechtfertigt wäre. Unter anderem sei aus der Biografie erkennbar, dass er eine langjährige stabile Partnerschaft

geführt und während etwa 10 Jahren seiner letzten Arbeitstätigkeit nachgegangen sei, ohne dass es, bis auf die unfallbedingten Folgeerscheinungen, zu Problemen am Arbeitsplatz gekommen sei.

Bezüglich des sozialen Kontexts (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) führte med. pract. K. \_\_\_ aus, als positiv sei die ambulante psychiatrische Anbindung des Exploranden, welche zum derzeitigen Zeitpunkt als ausreichend erachtet werde, anzusehen. Der Beschwerdeführer versuche durch vielfältige Aktivitäten im Tagesablauf, wie beispielsweise das Erledigen von handwerklichen Tätigkeiten und Haushaltsarbeiten (inklusive Einkaufen) eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten. Auch durch diverse soziale Kontakte wirke er einer sozialen Rückzugstendenz entgegen. Bei der Freude an handwerklichen Tätigkeiten könnte beispielsweise auch im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederung angeknüpft werden. Negativ wirke sich eine gewisse passive Grundeinstellung hinsichtlich seiner psychiatrischen Grunderkrankungen aus. Aus seinen Schilderungen werde deutlich, dass er eine vollständige Genesung (sowohl in körperlicher als auch psychischer Hinsicht) erwarte, um wieder in einen Arbeitsprozess einsteigen zu können.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) hielt med. pract. K. \_\_\_ fest, der Explorand habe seine Konzentrations- und Gedächtnisleistungen subjektiv massiv schlechter eingeschätzt, als diese sich in der Untersuchungssituation dargestellt hätten. Es sei ihm während drei Stunden gelungen, gut dem Gespräch zu folgen, adäquate Antworten zu geben und sich ausreichend zu konzentrieren, wenngleich eine leicht reduzierte Belastbarkeit gegen Ende des Gesprächs deutlich geworden sei. In der orientierenden Prüfung seien nur leichte Einschränkungen der kognitiven Leistungen festzustellen gewesen. Ebenfalls sei er, auch bei kritischen Nachfragen zu biografischen Angaben stets freundlich und ausgeglichen geblieben, sodass seine Angabe, nicht als Hauswart tätig sein zu können, da seine zwischenmenschliche Kompetenz nicht ausreiche, zurückhaltend zu interpretieren sei. Die Diskrepanzen seien vor dem Hintergrund der selbstunsicheren, leistungsbezogenen und teilweise narzisstischen Persönlichkeitsstruktur zu verstehen und stellten kein aggravatorisches Verhalten im eigentlichen Sinne dar. Es habe sich zudem kein Anhalt für Simulationstendenzen ergeben.

6.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten von med. pract. K. \_\_\_ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Zudem erscheint die darin vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung in Würdigung der zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend. So sind beim Beschwerdeführer im persönlichen und sozialen Bereich durchaus Ressourcen vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Im Resultat kommt med. pract. K. \_\_\_ nachvollziehbar zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht aktuell sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit 80 % betrage. Dies ist denn auch unter den Parteien unbestritten. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten von med. pract. K. \_\_\_ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu. Schliesslich begründet die Gutachterin überzeugend das Vorliegen einer revisionsrelevanten gesundheitlichen Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht. Im Übrigen ist festzuhalten, dass die Unfallkausalität der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliegend unter den Parteien

unbestritten ist und aufgrund der Aktenlage auch nachvollziehbar erscheint, weshalb dies nicht näher zu prüfen ist.

7. Dagegen ist unter den Parteien einerseits umstritten, welche somatischen Diagnosen als unfallkausal anzusehen sind und wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken.

7.1 Als unbestrittenermassen unfallkausal sind die Beschwerden im linken Unterschenkelstumpf und die im Zusammenhang mit dem Unfall und der nachfolgenden Amputation aufgetretene Gonarthrose anzusehen. Zu den diesbezüglichen Beschwerden ist dem orthopädischen Teilgutachten der C. \_\_\_ zu entnehmen, die Schmerzen im Knie und im Unterschenkelstumpf würden bei Belastung und langem Stehen zunehmen. Klinisch finde sich ein reizloser Unterschenkelstumpf links mit deutlicher Druckdolenz über dem Epicondylus lateralis sowie eine tastbare Exostosenbildung am medialen Epicondylus. Radiologisch zeigten sich zwei Schrauben in der proximalen Tibia ohne Lockerungszeichen, sowie Verkalkungen im medialen und lateralen femorotibialen Kompartiment mit begleitender massiger Gonarthrose. Die klinisch gefundene Druckdolenz lasse sich durch das in situ befindliche Metall erklären. Auch die am medialen Epicondylus tastbare Knochenvermehrung sei mit der radiologisch nachgewiesenen Gonarthrose vereinbar und erkläre die belastungsabhängigen Beschwerden im Gehen und im Stehen. Da es beim Tragen einer Unterschenkelprothese zu einer unphysiologischen Druckbelastung des Weichteilstumpfes komme, sei die vom Exploranden beschriebene zunehmende, bei längerfristigem Tragen der Unterschenkelprothese sich entwickelnde Beschwerdesymptomatik vollumfänglich nachvollziehbar. Die seit 2012 neu hinzugetretene Gonarthrose sei wohl als Zeichen der veränderten Biomechanik zu werten, entwickelten sich Arthrosen doch häufig aufgrund von unphysiologischen Mehrbelastungen und oder traumatisch veränderten Gelenken. Diese Beurteilung erscheint nachvollziehbar und steht im Wesentlichen in Übereinstimmung mit der kreisärztlichen Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_. Dessen Bericht vom 31. Juli 2018 ist ergänzend zu entnehmen, auch im Bereich des Unterschenkelstumpfes linksseitig zeichne sich eine gewisse Verschlechterung des lokalen Befundes im Sinne einer ca. 5 x 5 cm grossen Schwellung mit leichter Rötung und Überwärmung sowie entsprechend Druckdolenz sowie auch leichter, nicht druckdolenter oberflächlicher Rötung im Bereich der Stumpfspitze des linken Unterschenkels ab.

Dagegen ist die Unfallkausalität der geklagten LWS- und ISG-Beschwerden strittig. Gemäss C. \_\_\_-Gutachten träten die Schmerzen in der LWS und der Hüfte links nach längerem Sitzen auf. Hier finde sich in der klinischen Untersuchung eine Schmerzprovokation bei Flexion-Innenrotation sowie ein paravertebraler Muskelhartspann über den Processi spinosi der LWS. Radiologisch fänden sich eine leichte degenerative Veränderung an der LWS tieflumbal und lumbosakral mit einer Facettengelenksarthrose und eine ISG-Arthrose beidseits im inferioren Anteil bei osteopenem Knochenaspekt. Die degenerativen Veränderungen an der LWS und LSG seien für die beschriebenen Beschwerden, insbesondere im Sitzen, aus der klinischen Erfahrung typisch. Wirbelsäulenpatienten berichteten, dass Sitzen häufiger zu Beschwerden führe als Stehen, weshalb häufige Positionswechsel notwendig seien. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lässt sich aus dem C. \_\_\_-Gutachten bezüglich der LWS- und ISG-Beschwerden jedoch keine Unfallkausalität ableiten. Zwar stellt der Gutachter der C. \_\_\_, Prof. Dr. med. I. \_\_\_, als Diagnose ein sekundäres Panvertebralsyndrom nach Unterschenkelamputation. Den damit suggerierten kausalen Zusammenhang begründet der

Gutachter aber nicht. Vielmehr vermag in diesem Punkt die Begründung des Kreisarztes, Dr. med. D. \_\_\_ zu überzeugen: Die von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ postulierte und als schmerzursächlich bewertete Facettengelenksarthrose sowie die ISG-Arthrose beidseits hätten sich im Rahmen der letzten radiologischen Untersuchung vom 25. Juni 2018 nicht bestätigt. Dem Röntgenbefund vom 25. Juni 2018 sei zu entnehmen, dass sich eine Spondylarthrose L3 - S1 sowie eine minimale dorsalbetonte Chondrose L2/L3 zeige. Die beiden ISG-Gelenke seien als unauffällig befundet worden. Ausserdem sei schon über eine bekannte leichte linksseitige Coxarthrose berichtet worden. Ansonsten bestünden keine anderen pathologischen radiologischen Befunde im Bereich der Wirbelsäule oder des Beckens. Weiter führte Dr. med. D. \_\_\_ überzeugend aus, epidemiologisch sei die Inzidenz und Prävalenz von Rückenschmerzen auch bei relevanten Beinlängenverkürzungen nach Unterschenkelamputationen mit Prothesenversorgung nicht signifikant höher. Auch die radiologische Diagnostik der LWS und Iliosakralgelenke wiesen auf leichte degenerative Veränderungen hin, welche populationsmässig keine Ausnahme seien und bei einem 52-jährigen Menschen auch ohne irgendwelche Traumafolgen zu erwarten seien. Der Beschwerdeführer sei mit einer guten Unterschenkelprothese versorgt. Die Prüfung des Beckenstandes mit der Unterschenkelprothese zeige einen Beckengeradstand. Somit liessen sich die LWS/ISG-Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Fehlbelastung erklären. Damit könnten die aktuell geltend gemachten LWS-/ISG-Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge oder Teilfolge des Ereignisses vom 16. Juni 1990 angesehen werden. Zwar hat Dr. med. D. \_\_\_ die Coxarthrose in einem gewissen Widerspruch dazu unter den Hauptdiagnosen aufgeführt, während von ihm nur die Nebendiagnosen als «nicht unfallkausal» bezeichnet wurden. Aus seinen Ausführungen geht aber unzweifelhaft und überzeugend hervor, dass er auch die Coxarthrose als nicht unfallkausal erachtet.

Ob schliesslich die geklagten belastungsabhängigen Schmerzen an der Schulter links und dem Handgelenk links als unfallkausal anzusehen sind, kann offen gelassen werden, da diesen Beschwerden von ärztlicher Seite keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt werden. Prof. Dr. med. I. \_\_\_ hielt diesbezüglich im C. \_\_\_-Gutachten fest, in der klinischen Untersuchung liessen sich im Bereich des Handgelenkes Schmerzen provozieren. Zusätzlich fänden sich ulnarseitig Krepitationen. An der Schulter zeige sich ein druckschmerzhaftes AC-Gelenk mit positivem Cross-Body-Test. Radiologisch könnten aber sowohl am Handgelenk als auch an der Schulter links keine knöchernen Veränderungen festgestellt werden. Die Beschwerden in der linken oberen Extremität, beim linkshändischen Exploranden, liessen sich durch eine vermehrte Belastung und Mehrgebrauch, aufgrund von z.B. wiederholtem Abstützen oder dem initialen Tragen des Gehstockes an der linken Seite erklären. Dem Bericht des Kreisarztes vom 31. Juli 2018 ist hierzu ergänzend zu entnehmen, im Bereich beider oberen Extremitäten zeigten sich klinisch gar keine pathologischen Befunde, was auch in der letzten gutachterlichen Untersuchung von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ bestätigt worden sei. Somit seien auch diese Beschwerden bei dem Versicherten, welcher nur ab und zu mit einem Handgehstock laufe, aus unfallchirurgischer Sicht, als Teilkausalität des Unfalls von 1990 nicht nachvollziehbar.

7.2 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass aus somatischer Sicht nur die im Bereich des linken Unterschenkelstumpfes geltend gemachten Beschwerden als unfallkausal anzusehen sind, womit auch nur diese für die Beurteilung der aus unfallversicherungsrechtlich relevanten Arbeitsfähigkeit von Bedeutung sind. Demnach

kann auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im orthopädischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ zum Vornherein nicht abgestellt werden, da Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ bei seiner diesbezüglichen Beurteilung auch die nicht-unfallkausalen Beschwerden der LWS/ISG miteinbezog. Vielmehr kann aus somatischer Sicht auf die überzeugende kreisärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verwiesen werden: In Bezugnahme auf die Frage einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der gutachterlichen Beurteilung vom 24. April 2012 könne festgehalten werden, dass es zu einer gewissen Beschwerdeprogredienz im Bereich des Unterschenkelstumpfes und im linken Kniegelenk gekommen sei. Aus unfallchirurgischer/versicherungsmedizinischer Sicht erachte er, Dr. med. D.\_\_\_\_, einen zusätzlichen Pausenbedarf zur Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes und des linken Unterschenkelamputationsstumpfes als indiziert. Somit bestehe aus unfallkausalen Gründen für leichte körperliche Arbeiten überwiegend sitzend, wenig gehend und stehend, jedoch mit der Möglichkeit von regelmässigen Positionswechseln ohne Zwangshaltungen, zeitmässig eine insgesamt eingeschränkte 90%ige Arbeitsfähigkeit. Dagegen erscheint die vom behandelnden orthopädischen Chirurgen, Dr. med. H.\_\_\_\_, im Bericht vom 17. November 2017 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Einerseits widersprechen die von Dr. med. H.\_\_\_\_ geschilderten Phantomschmerzen im Ausmass und Häufigkeit den Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der C.\_\_\_\_-Begutachtung vom 23. März 2017 sowie der kreisärztlichen Untersuchung vom 26. Juli 2018 (vgl. E. II. 5.2.2.4). Andererseits stellte Dr. med. H.\_\_\_\_ bei seiner Einschätzung im Wesentlichen auf die subjektiven Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers ab. Zudem ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. O.\_\_\_\_, zumindest was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anbelangt, vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist.

8. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid gesamthaft von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und damit von einer revisionsrelevanten Verschlechterung der Gesundheit des Beschwerdeführers ausging, wobei in diesbezüglicher Übereinstimmung mit dem C.\_\_\_\_-Gutachten keine Addition der Arbeitsunfähigkeiten aus somatischer (10 %) und psychiatrischer Sicht (20 %) erfolgt.

9. Schliesslich wird die im angefochtenen Entscheid vorgenommene Invaliditätsberechnung vom Beschwerdeführer nicht bestritten und ist denn auch nicht zu beanstanden. Im Übrigen erscheint der vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 20 % angesichts der beachtlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers angemessen. Ebenfalls nicht bestritten und nicht zu beanstanden ist der Zeitpunkt der Rentenerhöhung auf 41 % per 1. Dezember 2017. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel



die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers gemäss Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20) setzt voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität des Versicherten beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiere (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 337 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis oder einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung bzw. im Beschwerdefall der Richter im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 181 E. 3.1, 119 V 338 E. 1, 118 V 289 E. 1b, je mit Hinweisen). 2.2 Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 181 E. 3.2, 123 V 103 E. 3d, 139 E. 3c, 122 V 416 E. 2a, 121 V 49 E. 3a mit Hinweisen). 3. 3.1 Das Verwaltungsverfahren und das Verwaltungsgerichtsverfahren in Sozialversicherungssachen sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat die Verwaltung bzw. der Richter von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 117 V 263 E. 3b und 282 E. 4a, 116 V 26 E. 3c, 115 V 14 E. 8a mit Hinweisen). 3.2 Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). 3.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen

Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (RKUV 1991 Nr. U 133 S. 312 E. 1b; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, in: BJM 1989 S. 31). 4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers bilde die Beurteilung des Kreisarztes Dr. med. D. \_\_\_ vom 31. Juli 2018 keine taugliche Grundlage zur Leistungsbeurteilung in somatischer Hinsicht. Dieser habe eine Arbeitsunfähigkeit von lediglich 10 % in Verweistätigkeiten attestiert, wogegen das C. \_\_\_, welches den Beschwerdeführer im Auftrag der IV begutachtet habe, eine solche von 60 % in Verweistätigkeiten attestiert habe und die Klinik E. \_\_\_, welche als ausgewiesene und erklärte Spezialistin für Stumpfproblematiken eingesetzt worden sei, gar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit attestiert habe. Zudem sei zu berücksichtigen, dass Dr. med. D. \_\_\_ als Chirurg nicht über die richtige Fachrichtung verfüge, um die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden richtig beurteilen zu können. Überdies liege im vorliegenden Fall bereits ein externes Gutachten vor, welches von der IV eingeholt worden sei. Der Kreisarzt setze sich diametral zu diesem in Widerspruch, ohne diesen Widerspruch adäquat aufzulösen. Ebenfalls lägen Berichte der auf die vorliegende Problematik mit dem amputierten Unterschenkel spezialisierten Klinik E. \_\_\_ vor, zu denen sich Dr. med. D. \_\_\_ ebenfalls in diametralen Widerspruch setze. Wenn dieser festhalte, dass im Vergleich zum vorletzten B. \_\_\_-Gutachten vom 14. Mai 2012 keine zusätzliche Beschwerdesymptomatik aufgetreten sei, sei dies schlicht falsch. So klage der Beschwerdeführer über vermehrte Schmerzen im linken Kniegelenk, was damals noch nicht der Fall gewesen sei. Entsprechend werde denn neu auch die Diagnose «Gonarthrose links» gestellt. Was das Zumutbarkeitsprofil betreffe, sei der Kreisarzt damit derselben Meinung wie der C. \_\_\_-Gutachter. Nur in Bezug auf die Einschränkung der Arbeitsleistung weiche die Einschätzung des Kreisarztes diametral von jener des C. \_\_\_-Gutachters ab. Der Kreisarzt gehe von einer Arbeitsfähigkeit von 90 % aus, der C. \_\_\_-Gutachter von einer solchen von 60 %. Diesen Widerspruch vermöge der Kreisarzt jedoch nicht adäquat aufzulösen. Der Kreisarzt verkenne, dass der vermehrte Pausenbedarf und damit die Begründung des C. \_\_\_-Gutachters für die 60%ige Arbeitsfähigkeit nicht bloss aufgrund LWS- und ISG-Beschwerden notwendig sei, sondern und im Wesentlichen insbesondere aufgrund der Beschwerden im linken Kniegelenk und der Beschwerden den Unterschenkelstumpf betreffend. Dies gehe im Weiteren auch eindeutig aus den Berichten der Universitätsklinik E. \_\_\_, etwa vom 6. Mai 2016 sowie vom 17. November 2017, hervor. Aufgrund dieser Beschwerden, welche eindeutig unfallkausal seien, müsste der Beschwerdeführer nach Einschätzung der Ärzte der Universitätsklinik E. \_\_\_ seinen Belastungsrhythmus vollständig frei wählen können (vgl. Sprechstundenbericht vom 17. November 2017), weshalb gemäss deren Beurteilung unter diesen Bedingungen keine Voraussetzungen für eine auch nur einigermaßen regelmässige Tätigkeit gegeben seien. Damit werde von der Klinik E. \_\_\_ gar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert. Sodann seien auch die Hüftbeschwerden zu berücksichtigen, die vom Kreisarzt als unfallkausal qualifiziert, aber in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mitgewichtet worden seien. Des Weiteren setze sich Dr. med. D. \_\_\_ auch punkto Kausalität der Rückenproblematik in diametralen Widerspruch zu sämtlichen vor ihm involvierten Ärzten. So habe bereits der Orthopäde Dr. med. F. \_\_\_ mit Gutachten vom 14. November 2003 eine sekundäre Entwicklung von muskulären Dysbalancen mit Hüft- und Schulterschmerzen diagnostiziert, welche er als indirekte Unfallfolge gewertet habe. Dies gelte auch für die im Zuge der Verschlechterung aufgetretenen LWS-Beschwerden. So diagnostiziere Dr. med. G. \_\_\_ mit Bericht vom 31. März 2016 ein sekundäres

Panvertebral-Syndrom nach Unterschenkelamputation links. Auch Dr. med. H. \_\_\_ von der Klinik E. \_\_\_ diagnostizierte wiederholt ein sekundäres Panvertebralsyndrom nach Unterschenkelamputation links. Festzuhalten sei zudem, dass auch Dr. med. D. \_\_\_ von einer Kausalität der Hüftbeschwerden links ausgehe, reihe er doch die Coxarthrose bei den unfallkausalen Diagnosen ein. Letztendlich sei auch bereits anhand der Coxarthrose die Notwendigkeit eines Tätigkeitsprofils mit genügenden Pausen gegeben, womit sogar dahingestellt werden könne, ob die LWS/ISG Beschwerden unfallkausal seien. Sodann werde im Einspracheentscheid dem Bericht von Dr. H. \_\_\_ von der Uniklinik E. \_\_\_ vom 17. November 2017 die Beweistauglichkeit abgesprochen, da dieser die Arbeitsunfähigkeit mit den Phantomschmerzen begründe, welche aber gemäss Kreisarztbericht lediglich 1 x in zwei Wochen aufträten. Dem sei entgegengehalten, dass der Beschwerdeführer gemäss Bericht von Dr. med. H. \_\_\_ vom 17. November 2017 im Zusammenhang mit Stumpf und Knie links an dreierlei Formen von Schmerzen leide. Da sei zunächst der plötzlich einschliessende Phantomschmerz, da seien zum anderen aber auch noch ein chronischer Schmerz verursacht durch die Prothese, ein Gefühl des Schraubstocks, welches nach 20 - 30 Minuten dazu führe, dass der Beschwerdeführer entlasten und die Prothese regelmässig ausziehen müsse. Überdies bestünden auch Druckschmerzen aufgrund einer prominenten Schraube sowie lateral über der Fibula. Der Spezialist der Klinik E. \_\_\_ erachte in der Summe dieser Beschwerden keine Arbeitsfähigkeit mehr als gegeben. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, bezüglich der LWS/ISG-Beschwerden habe der Kreisarzt im Untersuchungsbericht vom 31. Juli 2018 festgehalten, dass diese nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. Juni 1990 stünden. Sie seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Fehlbelastung zu erklären. Der Beschwerdeführer sei mit einer guten Unterschenkelprothese versorgt. Die Prüfung des Beckenstandes mit der Unterschenkelprothese zeige einen Beckengeradstand. Somit liessen sich die LWS-/ISG-Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Fehlbelastung erklären. Auch die radiologische Diagnostik der LWS und Iliosakralgelenke weise auf leichte degenerative Veränderungen hin, welche populationsmässig keine Ausnahme seien und bei einem 52-jährigen Menschen auch ohne irgendwelche Traumafolgen zu erwarten seien. Diese Beurteilung sei schlüssig, nachvollziehbar und überzeugend. Abweichende näher begründete ärztliche Beurteilungen seien nicht vorhanden. Entgegen der Darstellung des Einsprechers finde sich im Gutachten der C. \_\_\_ vom 20. Juli 2017 betreffend Kausalität der geklagten Beschwerden im Bereich LWS/ISG keine abweichende Beurteilung. In den Berichten der Uniklinik E. \_\_\_, Dr. med. H. \_\_\_, vom 6. Mai 2016 und 17. November 2017 werde zwar die Diagnose «sekundäres Panvertebralsyndrom nach Unterschenkelamputation» aufgeführt, Dr. med. H. \_\_\_ setze sich jedoch mit Rückenbeschwerden im Rahmen seiner Untersuchungen überhaupt nicht auseinander. Die betreffende Diagnose sei offenkundig dem Überweisungsschreiben des Hausarztes Dr. med. G. \_\_\_ vom 31. März 2016 entnommen worden, der darin ohne nähere Begründung festgehalten habe, dass in den letzten Jahren auch immer mehr ein Panvertebralsyndrom aufgetreten sei, das er als Fehlbelastung interpretiere. Somit könne vollumfänglich auf die Beurteilung des Kreisarztes abgestellt werden. Was die noch zumutbare Tätigkeit in somatischer Hinsicht im Rahmen der Beschwerdeprogredienz im Bereich des Unterschenkelstumpfes und im linken Kniegelenk anbelange, so habe der Kreisarzt im Untersuchungsbericht vom 31. Juli 2018 festgehalten, dass er einen zusätzlichen Pausenbedarf zur Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden im Bereich

des linken Kniegelenkes und des linken Unterschenkelamputationsstumpfes als indiziert erachte. Aus unfallkausalen Gründen bestehe für leichte körperliche Arbeiten überwiegend sitzend, wenig gehend und stehend, jedoch mit der Möglichkeit von regelmässigen Positionswechseln ohne Zwangshaltungen, zeitmässig insgesamt eine 90%ige Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung des Kreisarztes erscheine ebenfalls schlüssig, nachvollziehbar und überzeugend. Was die Einschätzung der C.\_\_\_\_ im Gutachten vom 20. Juli 2017 anbelange, wonach die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit somatisch nur 60 % betragen solle, so gehe aus dem orthopädischen Teilgutachten näher hervor, dass arthrotische Veränderungen im Bereich LWS/ISG, die besonders im Sitzen symptomatisch würden, es dem Exploranden verunmöglichten, längere Zeit ohne Positionswechsel in Zwangshaltungen zu sitzen, während Schmerzen im linken Knie und Unterschenkel es generell verunmöglichten, knie- und unterschenkelbelastende Tätigkeiten durchzuführen (S. 9). Es sei also offensichtlich davon auszugehen, dass sich die von den Gutachtern postulierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen aufgrund der geklagten Beschwerden im Bereich LWS/ISG ergebe, die wie dargelegt nicht als unfallbedingt zu betrachten seien. Was im Weiteren die Ausführungen im Bericht der Uniklinik E.\_\_\_\_, Dr. med. H.\_\_\_\_, vom 17. November 2017 anbelange, wonach unberechenbar einschliessende Phantomschmerzen den Patienten zwingen, sich niederzusetzen und die Prothese während 5 bis 30 Minuten ausziehen, was keine Voraussetzung für eine auch nur einigermaßen regelmässige Tätigkeit sei, so sei festzuhalten, dass der Versicherte anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 26. Juli 2018 über ca. 1x in zwei Wochen auftretende sehr starke Phantomschmerzen berichtet habe. Wieso dies eine überwiegend sitzende mit zusätzlichen Pausen ausgeübte Tätigkeit verunmöglichen sollte, sei nicht nachvollziehbar. In psychischer Hinsicht sei im Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % aufgrund einer leicht ausgeprägten chronischen Schmerzstörung ausgegangen worden, wobei die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit somatisch und psychiatrisch nicht als kumulativ betrachtet worden seien. Somit sei davon auszugehen, dass noch leichte körperliche Arbeiten überwiegend sitzend, wenig gehend und stehend, jedoch mit der Möglichkeit von regelmässigen Positionswechseln ohne Zwangshaltungen, im Rahmen einer Arbeitsfähigkeit von 80 % zumutbar seien. Des Weiteren sei nicht ersichtlich, inwiefern der Kreisarzt mit Fachrichtung Chirurgie die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden nicht richtig sollte beurteilen können. Im Übrigen sei zu betonen, dass auch das orthopädische Fachgutachten C.\_\_\_\_ von 2017 von einem «orthopädischen Chirurgen» verfasst worden sei. Zudem mache der Beschwerdeführer geltend, dass im Einsprache-Entscheid unzutreffend geltend gemacht werde, im Bereich der linken oberen Extremität liege mit Verweis auf das orthopädische Fachgutachten S. 9 kein pathologischer Befund vor. Dort würden aber lediglich die Schmerzen beschrieben und insbesondere, dass sich diese provozieren liessen. Sie seien im Vorgutachten 2012 noch nicht geäussert oder klinisch beschrieben worden. Es müsse aber betont werden, dass diese in ihrer Ausprägung auch heute nicht wesentlich Alltags-relevant seien und insbesondere nicht in einem Ausmass, dass sie die Arbeitsfähigkeit einschränken würden. Auch diese Kritik erweise sich somit als nicht stichhaltig. Richtig sei, dass der orthopädische Gutachter der C.\_\_\_\_ noch von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit bei beschriebenem Zumutbarkeitsprofil ausgehe, jedoch ohne Unterscheidung zwischen unfall- und krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, da diese Unterscheidung für die IV als Auftraggeberin des Gutachtens (finaler Versicherer) nicht relevant gewesen sei. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe aber im Rahmen seiner Zumutbarkeitsbeurteilung nur die unfallkausalen

Beeinträchtigungen berücksichtigt und diese ausführlich dargelegt und beurteilt. Er komme dabei auf eine Arbeitsfähigkeit von noch 90 % aus unfallchirurgischer / versicherungsmedizinischer Sicht. Schliesslich erwähne der Beschwerdeführer dass die Hüftbeschwerden zu wenig berücksichtigt worden seien, obgleich diese als unfallkausal akzeptiert worden seien. Bei dieser Auffassung übersehe der Beschwerdeführer, dass der Kreisarzt sich sehr wohl zu dieser Thematik geäussert habe, nämlich auf S. 10 und 11. Er habe dort ausgeführt, dass die von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ als schmerzursächlich bewertete Facettengelenksarthrose sowie die ISG-Arthrose beidseits sich im Rahmen der letzten radiologischen Untersuchung vom 25. Juni 2018 nicht bestätigt habe. Die beiden ISG-Gelenke seien als unauffällig befundet worden und es sei über eine bekannte leichte linksseitige Coxarthrose berichtet worden. Ansonsten seien keine anderen pathologischen radiologischen Befunde im Bereich der Wirbelsäule oder des Beckens erhoben worden. Die LWS / ISG-Beschwerden müssten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als nicht unfallkausal bezeichnet werden. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die Rente des Beschwerdeführers per 1. Dezember 2017 auf 41 % festgesetzt hat.

5. 5.1 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). Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 350 E. 3.5.2 und 352 E. 3.5.4). 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 (BGE 125 V 369 E. 2). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 349 E. 3.5, 117 V 199 E. 3b; AHI 1997 S. 288 E. 2b). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 313 E. 4a bb). Nach der Rechtsprechung ist als zeitliche Vergleichsbasis einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 125 V 369 E. 2). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 114 E. 5.4).

5.2 5.2.1 Die letzte Rentenverfügung vom 24. Juni 2013 (SA 549) bzw. der Einspracheentscheid vom 30. September 2013 (SA 560) basierte im Wesentlichen auf dem B. \_\_\_-Gutachten vom 24. April 2012 (SA 522). Darin wurden als Diagnosen erhoben: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Status nach chirurgischer

Unterschenkelamputation links am 19. Juli 2002 (ICD-10 Z89.5) · Status nach Bursektomie mit Stumpfnachresektion am 3. Dezember 2004 (ICD-10 Z98.8) · Status nach Osteosynthese und multiplen Folgeoperationen (ICD-10 Z98.8) · Status nach offener Malleolarluxationsfraktur vom 16. Juni 1990 mit ausgedehntem Weichteildefekt nach Motorradunfall am 16. Juni 1990 (T93.2/V24.5) Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 2. Anamnestisch chronisch intermittierendes zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits, derzeit unauffälliger klinischer Befund (ICD-10 M53.1) 3. Status nach komplexer Knieläsion links nach Skiunfall 1985 mit operativer Rekonstruktion, unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose ohne zusätzlichen Einfluss (ICD-10 T93.3/Z98.8) 4. Status nach subtotaler Endgliedamputation Mittelfinger links etwa 1983 (ICD-10 Z89.0) 5. Chronischer Nikotinabusus, ca. 30 py (ICD-10 F17.1) 6. Verdacht auf Medikamentenmalcompliance (ICD-10 Z91.1) nicht nachweisbarer Medikamentenspiegel des vom Exploranden angegebenen Antidepressivums Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus somatischer Sicht bestehe aufgrund der Problematik am linken Unterschenkel derzeit und bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche entsprechende Tätigkeiten, wie sie früher vom Beschwerdeführer ausgeführt worden seien. Für körperlich leichte Tätigkeiten, die mehrheitlich im Sitzen durchgeführt werden könnten, jedoch mit der Möglichkeit für regelmässige Positionswechsel, bestehe hingegen eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe sodann ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausser der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Die depressive Störung sei remittiert, eine psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Dem Beschwerdeführer könne aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit nachgehen zu können.

5.2.2 Im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 3. September 2018 (SA 691) bzw. des Einspracheentscheides vom 12. Februar 2019 (A.S. 1 ff.), worin die Beschwerdegegnerin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bejahte und in der Folge die Invalidenrente auf 41 % erhöhte, lag im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt vor:

5.2.2.1 In seinem Bericht vom 6. Mai 2016 (SA 639) stellte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Universitätsklinik E.\_\_\_\_, folgende Diagnosen: 1. Therapierefraktäre Phantomschmerzen sowie mechanisch bedingte Stumpfschmerzen Unterschenkel links bei Dg.2 2. St.n. Unterschenkelamputation links 2002 sekundär nach · Motorradunfall 1990 mit OSG-Luxationsfrakturen links mit Weichteildefekt · St.n. operativer Stumpfkorrektur ca. 2003 3. St.n. Kniebinnenläsion mit Meniskusläsion, medialer Seitenbandläsion und Kreuzbandläsion links nach Skiunfall, operativ versorgt mit nun · Chondrokalzinose des Kniegelenkes 4. Sekundäres Panvertebralsyndrom nach Unterschenkelamputation links 5. Reaktive Depression Zur Beurteilung führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide einerseits an Phantomschmerzen, andererseits an Stumpfschmerzen (Schraubstockgefühl). Letzteres gestatte ihm keine zuverlässige Steh- und Gehdauer. In letzter Zeit könne er im Schnitt noch 20 Minuten ohne relevante Probleme gehen. Die Druckproblematik am medialen Tibiakondylus sei durch einen stark prominenten Schraubenkopf bedingt. Diese Stelle habe in der Zwischenzeit jedoch orthopädiotechnisch durch den Schaft soweit gebessert werden können, dass dort aktuell keine Druckprobleme mehr vorlägen. Hauptproblem seien die lateralen Druckprobleme über dem Fibulaköpfchen. Dort finde sich kein Hinweis für eine

Osteomyelitis oder eine Exostose. Das Köpfchen sei jedoch sehr prominent. Hier würde man noch als Behandlungsvorschlag über den Liner einen Soft-Socket fertigen. Damit könnten die Druckprobleme wahrscheinlich etwas besser aufgefangen werden, ausser dies wäre schon erfolglos versucht worden. Sollte es am medialen Kondylus erneut zu Problemen kommen, wäre die Schraubenentfernung und die Entfernung der um den Schraubenkopf gebildeten Knochenanlagerungen indiziert. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden erschienen glaubhaft. Eine Verbesserung der Stumpfsituation, welche eine Änderung des Invaliditätsgrades rechtfertige, sehe er, Dr. med. H.\_\_\_\_, nicht. Es zeige sich in den heutigen Röntgenbildern eine Chondrokalzinose. Es sei zu befürchten, dass bei Steigerung der Belastung auch intraartikuläre Beschwerden aufträten.

5.2.2.2 Im bidizplinären Gutachten (Fachrichtungen Orthopädie und Psychiatrie) der C.\_\_\_\_, [...], vom 20. Juli 2017 (SA 653) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Gonarthrose links mit (ICD 10: M 17.3) - Verkalkungen im medialen und lateralen femorotibialen Kompartiment - St.n. Unterschenkelamputation links
19. Juli 2002, Orthopädie KS [...] - St.n. operativer Stumpfkorrektur und Bursektomie
3. Dezember 2004, Orthopädie KS [...] - St.n. Osteosynthese und multiplen Folgeoperationen - St.n. Motorradunfall
16. Juni 1990 mit OSG-Luxationsfrakturen links mit Weichteildefekt - St. n. Kniebinnenläsion mit Meniskusläsion, medialer Seitenbandläsion und Kreuzbandläsion links nach Skiunfall 1985, operativ versorgt mit nun Chondrokalzinose des Kniegelenkes
2. Chronische Lumbalgien bei (ICD-10: M 47.86) - tieflumbaler und lumbosakraler Facettengelenksarthrose - ISG-Arthrose beidseits im inferioren Anteil mit osteopenem Knochenaspekt
2. Unklare Schmerzen Schulter und Handgelenk links (ICD-10: M 79.61, M 79.63)
3. Chronische Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4)

Die angestammte Tätigkeit sei seit dem Motorradunfall nicht mehr möglich. In einer angepassten Tätigkeit bestehe folgendes Anforderungsprofil des angepassten Arbeitsplatzes: Leichte körperliche Arbeiten, mehrheitlich sitzend, wenig gehend, wenig stehend, jedoch mit der Möglichkeit von regelmässigen Positionswechseln und kurzen Pausen, ohne Notwendigkeit in Zwangsposition sitzen zu müssen. Der vermehrte Pausenbedarf diene der Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden im Bereich der LWS, beiden ISG und dem Kniegelenk links. In Bezug auf die Frage einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Beurteilung des B.\_\_\_\_ vom 24. April 2012 resp. dem Zeitpunkt der Neuanschuldung vom 21. Juni 2013 könne festgehalten werden, dass es orthopädisch zu einer Beschwerdeprogredienz im Bereich des Kniegelenkes links und der Lendenwirbelsäule / ISG bds. gekommen sei, welche zu einer weiteren Einschränkung der zuvor 100%igen Arbeitsfähigkeit für leichte, adaptierte körperliche Arbeiten führe. Ein genauer Zeitpunkt dieser Verschlimmerung sei aktenmässig nicht dokumentiert. Im Bericht E.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2016 werde eine zunehmende Verschlechterung nach 2012 (bis dahin sei es gut gegangen) beschrieben. Im Bericht J.\_\_\_\_ vom 15. August 2013 werde eine mindestens Teil-Arbeitsfähigkeit angenommen ohne weitere Präzisierung. Der genaue Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei aktenmässig schwierig festzulegen, die Einschätzung des aktuellen Gutachtens (Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aus rein psychiatrischer Sicht 40 % für Februar bis Dezember 2012, danach 80 % Arbeitsfähigkeit) überschneide sich mit der Begutachtung des B.\_\_\_\_, wo die Depression als remittiert betrachtet worden sei. Man gehe davon aus, dass (auch bei gegebener Verschlechterung somatisch, die aktuell ausschlaggebend sei) ab

Datum der Neuanmeldung vom 15. August 2013 von der hier attestierten Arbeitsfähigkeit von 60 % in optimal angepasster Tätigkeit auszugehen sei. Für leichte körperliche Arbeiten sei der Explorand nur noch zu 60 % arbeitsfähig (Arbeitsunfähigkeit 40 %). Aus psychiatrischer Sicht resultiere keine darüber hinausgehende Einschränkung. 5.2.2.3 Im Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Universitätsklinik E.\_\_\_\_, vom 17. November 2017 (SA 661) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide von Seiten der Unterschenkelamputation an drei Problemen: Einerseits in der Prothese das Gefühl, im Schraubstock eingespannt zu sein. Dieses Schraubstockgefühl müsse er durch regelmässiges Entlasten und Ausziehen der Prothese bekämpfen. Daneben bestünden lokale Druckschmerzen, vor allem medial am Tibiacondylus, wo eine prominente Schraube vorliege, sowie lateral über der Fibula. Deswegen könne der Beschwerdeführer aktuell noch 100 bis 200 Meter gehen. Als drittes seien die unberechenbar einschliessenden Phantomschmerzen zu nennen, die den Beschwerdeführer zwingen würden, sich niederzusetzen und die Prothese während 5 bis 30 Minuten auszuziehen. Nach Ansicht von Dr. med. H.\_\_\_\_ seien unter diesen Bedingungen keine Voraussetzungen gegeben für eine auch nur einigermaßen regelmässige Tätigkeit. Der Beschwerdeführer müsste den Belastungsrhythmus vollständig frei wählen können. Man erachte dies nicht als realistisch. Zur Verbesserung der Situation würde man eine Entfernung mindestens der medialen prominenten Schraube am Tibiacondylus links empfehlen. Diese Zone müsse aktuell entlastet werden, was natürlich nur möglich sei, wenn andere Stellen stärker belastet würden. Es bestehe eine Chance, dass durch Entfernung der Schraube hier wieder mehr Gewicht abgenommen werden könne und die bereits jetzt äusserst schwierige Entlastungssituation verbessert werden könne. 5.2.2.4 Im Bericht vom 31. Juli 2018 (SA 684) betreffend die kreisärztliche Untersuchung stellte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, folgende Diagnosen: - Therapieresistente invalidisierende Phantom- und Stumpfschmerzen bei Status nach Burssektomie mit Stumpfnachresektion vom 3. Dezember 2004 bei Status nach einer Unterschenkelamputation nach Burgess vom 19. Juli 2002 bei ausgeprägtem Neuromschmerz linker Fuss bei Status nach multiplen Folgeoperationen bei Status nach Osteosynthese des medialen und lateralen Malleolus mit Wunddebridement am 16. Juni 1990 und Status nach Thierschung des Defektes an der linken Ferse am

## **E. 29**

August 1990 bei drittgradiger offener OSG-Luxationsfraktur links mit grossem Hautweichteildefekt an der Ferse nach einem Motorradunfall vom 16. Juni 1990. - Medial betonte Gonarthrose links - Beginnende Coxarthrose links Nebendiagnosen (nicht unfallkausal) - Chronische Lumbalgien bei tieflumbaler und lumbosakraler Spondylarthrose L3 - S1, Chondrose L2/3 - Unklare subjektive Schmerzen des linken Schulter- und Handgelenkes. Der Beschwerdeführer gebe an, aktuell gehe es ihm unverändert. Er berichte über rezidivierende, ca. 1x in zwei Wochen auftretende sehr starke Phantomschmerzen (VAS 8 - 9 / 10). Ausserdem berichte er über Verspannungsschmerzen der gesamten Wirbelsäule (VAS 5 - 8 / 10). Unter Belastung spüre er auch zusätzlich rezidivierende, stechende, mässige bis starke Schmerzen in der linken Hüfte (VAS 5 - 8 / 10) sowie rezidivierende ziehende Schmerzen des rechten Kniegelenkes (VAS 4 - 8 / 10). Die Gehstrecke betrage ca. 400 - 500 m. Er berichte, dass er nur gelegentlich mit dem Gehstock (rechtsseitig) laufe, ansonsten könne er gewisse Strecken ohne zusätzliche orthopädische Hilfsmittel laufen. Zur Beurteilung führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, die heutige klinische Untersuchung zeige eine Entzündung an der Aussenseite des Stumpfes. Klinisch zeige sich auch eine leicht gerötete Druckstelle an der Spitze des Unterschenkelstumpfes. Bei der

klinischen Untersuchung bestehe eine sichtbare deutliche Muskelatrophie des linken Oberschenkels. Ansonsten keine pathologischen Befunde im Bereich beider Kniegelenke, keine neurologischen Defizite. Deutliche Kraftminderung des linken Oberschenkels. Im Bereich der Wirbelsäule, beider Schultern und der beiden oberen Extremitäten keine pathologischen Befunde. Insbesondere keine Hinweise für irgendwelche Bewegungseinschränkungen, alle Sehnen der Rotatorenmanschette intakt. Es bestünden keine neurologischen, muskulären oder Kraftdefizite. Im Vergleich mit dem vorletzten B.\_\_\_\_-Gutachten vom 14. Mai 2012 sei vom Versicherten über keine zusätzliche Beschwerdesymptomatik berichtet worden. Die rezidivierenden Rücken-, Schulter- sowie Kopfschmerzen und die depressive Symptomatik seien auch schon damals vom Versicherten erwähnt worden. Somit sei die Aussage im C.\_\_\_\_-Gutachten von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2017, dass diese Beschwerden im 2012 im B.\_\_\_\_-Gutachten nicht erwähnt und berücksichtigt worden seien, nicht korrekt. Diese seien nicht neu hinzugetreten. Die heutige klinische Untersuchung zeige im Vergleich mit der Untersuchung im Rahmen des Gutachtens von 2012 keine Befundänderung im Bereich beider Kniegelenke. Im Bereich der Lendenwirbelsäule zeige sich eine minimal verminderte Beweglichkeit. Auch im Bereich des Unterschenkelstumpfes linksseitig zeichne sich eine gewisse Verschlechterung des lokalen Befundes im Sinne einer ca. 5 x 5 cm grossen Schwellung mit leichter Rötung und Überwärmung sowie entsprechend Druckdolenzen sowie auch leichter, nicht druckdolenter oberflächlicher Rötung im Bereich der Stumpfspitze des linken Unterschenkels ab. Ansonsten bestehe keine andere relevante Befundänderung bzw. -verschlechterung. Sodann hätten sich die von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ postulierte und als schmerzursächlich bewertete Facettengelenksarthrose sowie die ISG-Arthrose beidseits im Rahmen der letzten radiologischen Untersuchung vom 25. Juni 2018 nicht bestätigt. Die Frage, ob die aktuell geltend gemachten LWS-/ISG-Beschwerden sowie auch die Beschwerden in beiden Schultergelenken mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge oder Teilfolge des Ereignisses vom 16. Juni 1990 anzusehen seien, könne verneint werden. Die geklagten lumbalen/iliosakralen Beschwerden sowie die Schulterbeschwerden stünden nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit dem Unfall vom 16. Juni 1990. Die oben erwähnten Beschwerden seien nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Fehlbelastung zu erklären. Der Beschwerdeführer sei mit einer guten Unterschenkelprothese versorgt. Die Prüfung des Beckenstandes mit der Unterschenkelprothese zeige einen Beckengeradstand. Somit liessen sich die LWS/ISG-Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Fehlbelastung zu erklären. Wie schon oben erwähnt zeigten sich im Bereich beider oberen Extremitäten klinisch gar keine pathologischen Befunde, was auch in der letzten gutachterlichen Untersuchung von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ bestätigt worden sei. Somit seien auch diese Beschwerden bei dem Versicherten, welcher nur ab und zu mit einem Handgehstock laufe, aus unfallchirurgischer Sicht, wie von ihm selbst auch postuliert, als Teilkausalität des Unfalls von 1990 nicht nachvollziehbar. Wie auch schon oben erwähnt, seien die Schmerzen der LWS, ISG und in beiden Schulter- und Handgelenken von Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ in seinem Gutachten nicht als unfallkausal bewertet worden. Die Rückfallkausalität von LWS-, ISG- sowie Schulter- und Handgelenksbeschwerden sei nach überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beurteilen. Somit seien die geltend gemachten Beschwerden nicht mindestens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf Folge oder Teilfolge des Ereignisses vom 16. Juni 1990 zurückzuführen. Aktuell aus unfallkausalen Gründen handle es sich grundsätzlich um therapieresistente invalidisierende Phantom- und

Stumpfschmerzen links. Auf die Frage einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der gutachterlichen Beurteilung vom 24. April 2012 könne festgehalten werden, dass es zu einer gewissen Beschwerdeprogredienz im Bereich des Unterschenkelstumpfes und im linken Kniegelenkes gekommen sei. Aus unfallchirurgischer/versicherungsmedizinischer Sicht erachte er, Dr. med. D.\_\_\_\_, einen zusätzlichen Pausenbedarf zur Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes und des linken Unterschenkelamputationstumpfes als indiziert. Somit bestehe aus unfallkausalen Gründen für leichte körperliche Arbeiten überwiegend sitzend, wenig gehend und stehend, jedoch mit der Möglichkeit von regelmässigen Positionswechseln ohne Zwangshaltungen, zeitmässig insgesamt eine 90%ige Arbeitsfähigkeit. Es sei auch zu bemerken, dass nach der empfohlenen operativen Revision des Stumpfes mit einer namhaften Steigerung der Belastbarkeit sowie Änderung der Beurteilung/Zumutbarkeit nicht zu rechnen sei. 6. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrem angefochtenen Entscheid, zumindest was den psychiatrischen Teil anbelangt, auf das psychiatrische Teilgutachten der C.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2017 (SA 653), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist. Med. pract. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, begründet in ihrem Gutachten eingehend die von ihr gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit organischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und setzt sich nachvollziehbar mit anderen möglichen Diagnosen auseinander. Bei der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren handle es sich gemäss ICD-10 um eine Störung, welche durch das Vorhandensein eines andauernden schweren quälenden Schmerzes gekennzeichnet sei, welcher nicht durch eine körperliche Störung oder einen physiologischen Prozess vollständig erklärt werden könne. Der Schmerz stehe im Hauptfokus des Betroffenen und müsse mindestens während 6 Monaten anhalten. Die Beschwerden würden in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auftreten, welche schwerwiegend genug sein sollten, um als entscheidende ursächliche Faktoren zu gelten. Beim Exploranden könnten der Motorradunfall, die Scheidung und die Unterschenkelamputation als dahingehend ausreichende psychosoziale Belastungsfaktoren angesehen werden. In der Folge der Beschwerden entstehe eine beträchtlich gesteigerte, persönliche und medizinische Hilfe und Unterstützung. Im Laufe der Krankheitsgeschichte habe sich beim Exploranden schmerzbedingt eine deutlich gesteigerte Inanspruchnahme medizinischer Unterstützung ergeben, welche sich jedoch zum aktuellen Zeitpunkt nur noch mässig ausgeprägt darstelle (wöchentlich Physiotherapietermine, regelmässige Besuche beim Hausarzt). Gesamthaft seien die Diagnosekriterien für eine chronische Schmerzstörung erfüllt. In Anbetracht der Schilderungen der aktuellen Lebenssituation und des durch diverse Aktivitäten geprägten Tagesablaufs sei der Schweregrad der Störung als leicht zu klassifizieren. Des Weiteren sei den zur Verfügung stehenden Vorberichten und den Verlaufsschilderungen des Exploranden eine Depressionssymptomatik zu entnehmen. Bereits im Jahr 2004 seien durch den ambulanten Psychiater Dr. med. L.\_\_\_\_ eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik und im Jahr 2005 durch die Klinik M.\_\_\_\_ eine mittelgradig depressive Episode diagnostiziert worden. Im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2012 sei die Depressionssymptomatik als remittiert angegeben worden. Nach der Rentenaufhebung im Jahr 2012 sei im Jahr 2013 eine psychische Verschlechterung beim Exploranden berichtet worden. Anlässlich der aktuellen Untersuchung zeigte sich der Beschwerdeführer grösstenteils ausgeglichen und schwingungsfähig im Affekt und keinesfalls stabil depressiv. Anhand der Schilderungen zum Tagesablauf sei keine ausgeprägte Antriebsstörung erkennbar beziehungsweise in der Untersuchungssituation

objektivierbar. Ebenfalls habe kein Interessens- bzw. Freudeverlust bestanden. Der Explorand habe beispielsweise angegeben, seine Freizeit mit handwerklichen Tätigkeiten zu verbringen, welche er als Hobby bezeichnet habe. Auch berichte er über Besuche des Motorradclubs beziehungsweise eines naheliegenden Cafés. Subjektiv empfinde er seine Konzentrations- und Gedächtnisleistung als stark reduziert, was jedoch nicht für die Diagnosestellung einer Depression ausreiche. Gesamthaft sei zum aktuellen Zeitpunkt die depressive Symptomatik als remittiert zu betrachten. In Anbetracht des Verlaufs seien die Diagnosekriterien für eine rezidivierende depressive Störung im Vorberichtszeitraum erfüllt. Zwischen den selbstunsicheren, leistungsbezogenen und teilweise narzisstischen Persönlichkeitszügen und der Entwicklung der Schmerz- und Depressionssymptomatik bestehe ein enger Zusammenhang beziehungsweise eine enge Wechselwirkung. Bei Fehlen von suffizienten Bewältigungsstrategien im Rahmen einer Überforderung vor dem Hintergrund diverser Belastungssituationen im Lebenslauf, sei die Entwicklung einer Schmerz- und Depressionssymptomatik, im Sinne einer dysfunktionalen Copingstrategie, nachvollziehbar. Im Vergleich zu den Vorakten ergäben sich keine massgeblich abweichenden Diagnosestellungen. In einem Bericht des ambulanten Psychiaters aus dem Jahr 2004 sei eine Persönlichkeitsstörung mit dissozialen Zügen erwähnt. Die Diagnosestellung der Persönlichkeitsstörung werde im Bericht nicht detailliert erörtert. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung würden ebenfalls Persönlichkeitszüge attestiert, welche sich verstärkend auf die Symptomatik der Schmerz- und Depressionssymptome auswirken könnten. Diese erfüllten jedoch aus gutachterlicher Sicht nicht die Diagnosekriterien einer Persönlichkeitsstörung oder Akzentuierung. Des Weiteren begründet die Gutachterin einleuchtend ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wonach diese beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht aktuell sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit 80 % betrage. Zudem legt sie nachvollziehbar dar, dass es nach der Begutachtung durch das B.\_\_\_\_ am 6. Februar 2012 (vgl. SA 522) zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus psychiatrischer Sicht gekommen ist. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit sei durch die leicht ausgeprägte chronische Schmerzstörung zu begründen. Die depressive Symptomatik sei zum aktuellen Zeitpunkt als remittiert zu betrachten und wirke sich nicht relevant auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden aus. Aus gutachterlicher Sicht würde auch eine Anpassung des Arbeitsplatzes keine weitere Erhöhung der Arbeitsfähigkeit bedingen. Massgeblich werde das Schmerzerleben durch den insuffizienten Umgang mit Belastungssituationen (Unfall, Scheidung, Amputation) und durch die Persönlichkeitsstruktur negativ beeinflusst. Diesem sei nicht mit einer Anpassung des Arbeitsplatzes zu begegnen. Die prozentuale Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei auf Basis der zur Verfügung stehenden Berichte retrospektiv nicht genau zu datieren. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2012 sei die depressive Symptomatik als remittiert eingeschätzt worden. Dem Bericht des ambulanten Psychiaters vom März 2016 sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Mai 2012 in ambulante Behandlung gekommen und depressiv gewesen sei. Ein verschriebenes Antidepressivum habe er im Dezember 2012 wieder abgesetzt. Dem weiteren Verlauf sei nur zu entnehmen, dass er im Sommer 2013 erneut leicht depressiv gewesen sei. Im Dezember 2014 habe er in der Hamilton-Depressionsskala 26 Punkte gezeigt, was einer mittelschweren Depression entspreche. Gemäss Angaben des Exploranden, gehe es ihm seit der Einnahme von Vitango (ab Dezember 2014) psychisch besser. Dem Bericht des ambulanten Psychiaters sei kein zugehöriger psychopathologischer Befund zu entnehmen. Das Erreichen von 26 Punkten in der Hamilton-Depressionsskala reiche allein für die Diagnosestellung einer mittelgradig

depressiven Episode nicht aus und eine leichte depressive Symptomatik würde ebenfalls nicht zu einer massgeblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Somit sei davon auszugehen, dass die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seit ungefähr Ende 2012 Gültigkeit habe (Absetzen des Antidepressivums durch den Exploranden). Im Zeitraum nach der letzten Begutachtung im Februar 2012 bis zum Absetzen des Antidepressivums im Dezember 2012 sei es wahrscheinlich zu einer depressiven Entwicklung gekommen. Der Schweregrad könne retrospektiv nicht genau abgeschätzt werden, es werde jedoch maximal von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen (vor allem, da dem Bericht des ambulanten Psychiaters keine Symptome einer schweren depressiven Entwicklung und entsprechende therapeutischen Massnahmen zu entnehmen seien). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht wäre somit auf 40 % für den genannten Zeitraum (Februar bis Dezember 2012), festzulegen. 6.2 Sodann sind gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von med. pract. K. \_\_\_ setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunden einzugehen. Med. pract. K. \_\_\_ hielt diesbezüglich fest, anhand der Schilderungen des Tagesablaufs liessen sich keine erheblichen Beeinträchtigungen der Funktionalität beim Exploranden durch die beschriebene Schmerzsymptomatik (v.a. Unterschenkel-, Hüft-, Kopf- und Nackenschmerzen) und die dadurch bedingten, subjektiv als stark empfundenen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen erkennen. Während der Untersuchung habe der Beschwerdeführer um zwei Pausen gebeten (eine davon zur Einnahme von Magnesium gegen Kopfschmerzen) und habe gegen Ende des 3-stündigen Gesprächs leicht dysphorisch und belastet gewirkt, sodass vordergründig vor allem die Durchhaltefähigkeit beim Erbringen einer

zuverlässigen, stabilen und verwertbaren Arbeitsleistung beeinträchtigt zu sein scheine. Anhand des orthopädischen Teilgutachtens sei das Schmerzerleben, zumindest teilweise, durch eine fortschreitende Degeneration im LWS und ISG Bereich begründet. Bei Erhebung des psychopathologischen Befundes habe keine Depressionssymptomatik, welche die Diagnosekriterien erfüllen würde, erhoben werden können, sodass sich dadurch keine relevante funktionelle Einschränkung plausibilisieren lasse. Des Weiteren ist dem Gutachten hinsichtlich Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz zu entnehmen, es werde die Fortführung der ambulant psychiatrischen Behandlung empfohlen. Sowohl die Frequenz als auch die angesetzte Medikation sei adäquat. Hierbei erscheine vor allem das Erarbeiten suffizienter Umgangsstrategien mit Stress- und Belastungssituationen sinnvoll, um den Umgang mit den Symptomen der Grunderkrankungen zu verbessern. Man empfehle zudem, unter therapeutischer Begleitung den Exploranden durch ein Arbeitstraining wieder an die Belastungen der Arbeitswelt zu gewöhnen (unter Beachtung der somatisch attestierten Einschränkungen). Hierbei könne an seine im Alltag gezeigten Interesse und Freude an handwerklichen Tätigkeiten angeknüpft werden. Eine Begleitung durch einen Jobcoach könne ebenfalls empfohlen werden. Es sei zu erwarten, dass es im Verlauf durch eine Verstärkung der Depressionssymptomatik (beispielsweise durch eine berufliche oder private Belastungssituation) zeitweise zu Krankheitsausfällen mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit kommen könne. Darüber hinaus bestehe jedoch kein Anhalt für eine dauerhafte, gravierende Verschlechterung der psychiatrischen Grunderkrankungen, welche die Arbeitsfähigkeit massgeblich beeinflussen würde. Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der hier diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f.). Diesbezüglich führte med. pract. K. \_\_\_ aus, zwischen den selbstunsicheren, leistungsbezogenen und teilweise narzisstischen Persönlichkeitszügen und der Entwicklung der Schmerz- und Depressionssymptomatik bestehe ein enger Zusammenhang beziehungsweise eine enge Wechselwirkung. Bei Fehlen von suffizienten Bewältigungsstrategien im Rahmen einer Überforderung vor dem Hintergrund diverser Belastungssituationen im Lebenslauf sei die Entwicklung einer Schmerz- und Depressionssymptomatik, im Sinne einer dysfunktionalen Copingstrategie, nachvollziehbar. Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) hielt med. pract. K. \_\_\_ fest, beim Exploranden seien selbstunsichere, leistungsbezogene und teilweise narzisstische Persönlichkeitsanteile erkennbar. In der Biografie und im Arztbericht von Dr. med. N. \_\_\_ seien Probleme mit Hierarchien (Schulzeit und Arbeitsplatz) erwähnt worden. Ebenfalls schienen vor dem Hintergrund der Scheidung von seiner Ehefrau (und Kindsmutter von 2 gemeinsamen Töchtern) Probleme im familiären, zwischenmenschlichen Bereich zu bestehen. Der Explorand habe derzeit weder zu seiner Exfrau noch zu einer der Töchter Kontakt. Gesamthaft bestehe jedoch kein Anhalt für normabweichendes Verhalten im Denken, Fühlen und Handeln in einem Ausmass, als dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 gerechtfertigt wäre. Unter anderem sei aus der Biografie erkennbar, dass er eine langjährige stabile Partnerschaft geführt und während etwa 10 Jahren seiner letzten Arbeitstätigkeit nachgegangen sei, ohne

dass es, bis auf die unfallbedingten Folgeerscheinungen, zu Problemen am Arbeitsplatz gekommen sei. Bezüglich des sozialen Kontexts (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) führte med. pract. K. \_\_\_ aus, als positiv sei die ambulante psychiatrische Anbindung des Exploranden, welche zum derzeitigen Zeitpunkt als ausreichend erachtet werde, anzusehen. Der Beschwerdeführer versuche durch vielfältige Aktivitäten im Tagesablauf, wie beispielsweise das Erledigen von handwerklichen Tätigkeiten und Haushaltsarbeiten (inklusive Einkaufen) eine Tagesstruktur aufrecht zu erhalten. Auch durch diverse soziale Kontakte wirke er einer sozialen Rückzugstendenz entgegen. Bei der Freude an handwerklichen Tätigkeiten könnte beispielsweise auch im Rahmen einer beruflichen Wiedereingliederung angeknüpft werden. Negativ wirke sich eine gewisse passive Grundeinstellung hinsichtlich seiner psychiatrischen Grunderkrankungen aus. Aus seinen Schilderungen werde deutlich, dass er eine vollständige Genesung (sowohl in körperlicher als auch psychischer Hinsicht) erwarte, um wieder in einen Arbeitsprozess einsteigen zu können. Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) hielt med. pract. K. \_\_\_ fest, der Explorand habe seine Konzentrations- und Gedächtnisleistungen subjektiv massiv schlechter eingeschätzt, als diese sich in der Untersuchungssituation dargestellt hätten. Es sei ihm während drei Stunden gelungen, gut dem Gespräch zu folgen, adäquate Antworten zu geben und sich ausreichend zu konzentrieren, wenngleich eine leicht reduzierte Belastbarkeit gegen Ende des Gesprächs deutlich geworden sei. In der orientierenden Prüfung seien nur leichte Einschränkungen der kognitiven Leistungen festzustellen gewesen. Ebenfalls sei er, auch bei kritischen Nachfragen zu biografischen Angaben stets freundlich und ausgeglichen geblieben, sodass seine Angabe, nicht als Hauswart tätig sein zu können, da seine zwischenmenschliche Kompetenz nicht ausreiche, zurückhaltend zu interpretieren sei. Die Diskrepanzen seien vor dem Hintergrund der selbstunsicheren, leistungsbezogenen und teilweise narzisstischen Persönlichkeitsstruktur zu verstehen und stellten kein aggravatorisches Verhalten im eigentlichen Sinne dar. Es habe sich zudem kein Anhalt für Simulationstendenzen ergeben.

6.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten von med. pract. K. \_\_\_ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Zudem erscheint die darin vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung in Würdigung der zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend. So sind beim Beschwerdeführer im persönlichen und sozialen Bereich durchaus Ressourcen vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Im Resultat kommt med. pract. K. \_\_\_ nachvollziehbar zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht aktuell sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit 80 % betrage. Dies ist denn auch unter den Parteien unbestritten. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten von med. pract. K. \_\_\_ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu. Schliesslich begründet die Gutachterin überzeugend das Vorliegen einer revisionsrelevanten gesundheitlichen Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht. Im Übrigen ist festzuhalten, dass die Unfallkausalität der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliegend unter den Parteien unbestritten ist und aufgrund der Aktenlage auch nachvollziehbar erscheint, weshalb dies nicht näher zu prüfen ist.

7. Dagegen ist unter den Parteien einerseits umstritten, welche somatischen Diagnosen als unfallkausal anzusehen sind und wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken.

7.1 Als unbestrittenermassen

unfallkausal sind die Beschwerden im linken Unterschenkelstumpf und die im Zusammenhang mit dem Unfall und der nachfolgenden Amputation aufgetretene Gonarthrose anzusehen. Zu den diesbezüglichen Beschwerden ist dem orthopädischen Teilgutachten der C. \_\_\_ zu entnehmen, die Schmerzen im Knie und im Unterschenkelstumpf würden bei Belastung und langem Stehen zunehmen. Klinisch finde sich ein reizloser Unterschenkelstumpf links mit deutlicher Druckdolenz über dem Epicondylus lateralis sowie eine tastbare Exostosenbildung am medialen Epicondylus. Radiologisch zeigten sich zwei Schrauben in der proximalen Tibia ohne Lockerungszeichen, sowie Verkalkungen im medialen und lateralen femorotibialen Kompartiment mit begleitender massiger Gonarthrose. Die klinisch gefundene Druckdolenz lasse sich durch das in situ befindliche Metall erklären. Auch die am medialen Epicondylus tastbare Knochenvermehrung sei mit der radiologisch nachgewiesenen Gonarthrose vereinbar und erkläre die belastungsabhängigen Beschwerden im Gehen und im Stehen. Da es beim Tragen einer Unterschenkelprothese zu einer unphysiologischen Druckbelastung des Weichteilstumpfes komme, sei die vom Exploranden beschriebene zunehmende, bei längerfristigem Tragen der Unterschenkelprothese sich entwickelnde Beschwerdesymptomatik vollumfänglich nachvollziehbar. Die seit 2012 neu hinzugetretene Gonarthrose sei wohl als Zeichen der veränderten Biomechanik zu werten, entwickelten sich Arthrosen doch häufig aufgrund von unphysiologischen Mehrbelastungen und oder traumatisch veränderten Gelenken. Diese Beurteilung erscheint nachvollziehbar und steht im Wesentlichen in Übereinstimmung mit der kreisärztlichen Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_. Dessen Bericht vom 31. Juli 2018 ist ergänzend zu entnehmen, auch im Bereich des Unterschenkelstumpfes linksseitig zeichne sich eine gewisse Verschlechterung des lokalen Befundes im Sinne einer ca. 5 x 5 cm grossen Schwellung mit leichter Rötung und Überwärmung sowie entsprechend Druckdolenzen sowie auch leichter, nicht druckdolenter oberflächlicher Rötung im Bereich der Stumpfspitze des linken Unterschenkels ab. Dagegen ist die Unfallkausalität der geklagten LWS- und ISG-Beschwerden strittig. Gemäss C. \_\_\_-Gutachten träten die Schmerzen in der LWS und der Hüfte links nach längerem Sitzen auf. Hier finde sich in der klinischen Untersuchung eine Schmerzprovokation bei Flexion-Innenrotation sowie ein paravertebraler Muskelhartspann über den Processi spinosi der LWS. Radiologisch fänden sich eine leichte degenerative Veränderung an der LWS tieflumbal und lumbosakral mit einer Facettengelenksarthrose und eine ISG-Arthrose beidseits im inferioren Anteil bei osteopenem Knochenaspekt. Die degenerativen Veränderungen an der LWS und LSG seien für die beschriebenen Beschwerden, insbesondere im Sitzen, aus der klinischen Erfahrung typisch. Wirbelsäulenpatienten berichteten, dass Sitzen häufiger zu Beschwerden führe als Stehen, weshalb häufige Positionswechsel notwendig seien. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lässt sich aus dem C. \_\_\_-Gutachten bezüglich der LWS- und ISG-Beschwerden jedoch keine Unfallkausalität ableiten. Zwar stellt der Gutachter der C. \_\_\_, Prof. Dr. med. I. \_\_\_, als Diagnose ein sekundäres Panvertebralsyndrom nach Unterschenkelamputation. Den damit suggerierten kausalen Zusammenhang begründet der Gutachter aber nicht. Vielmehr vermag in diesem Punkt die Begründung des Kreisarztes, Dr. med. D. \_\_\_ zu überzeugen: Die von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ postulierte und als schmerzursächlich bewertete Facettengelenksarthrose sowie die ISG-Arthrose beidseits hätten sich im Rahmen der letzten radiologischen Untersuchung vom 25. Juni 2018 nicht bestätigt. Dem Röntgenbefund vom 25. Juni 2018 sei zu entnehmen, dass sich eine Spondylarthrose L3 - S1 sowie eine minimale dorsalbetonte Chondrose L2/L3 zeige. Die

beiden ISG-Gelenke seien als unauffällig befundet worden. Ausserdem sei schon über eine bekannte leichte linksseitige Coxarthrose berichtet worden. Ansonsten bestünden keine anderen pathologischen radiologischen Befunde im Bereich der Wirbelsäule oder des Beckens. Weiter führte Dr. med. D. \_\_\_ überzeugend aus, epidemiologisch sei die Inzidenz und Prävalenz von Rückenschmerzen auch bei relevanten Beinlängenverkürzungen nach Unterschenkelamputationen mit Prothesenversorgung nicht signifikant höher. Auch die radiologische Diagnostik der LWS und Iliosakralgelenke wiesen auf leichte degenerative Veränderungen hin, welche populationsmässig keine Ausnahme seien und bei einem 52-jährigen Menschen auch ohne irgendwelche Traumafolgen zu erwarten seien. Der Beschwerdeführer sei mit einer guten Unterschenkelprothese versorgt. Die Prüfung des Beckenstandes mit der Unterschenkelprothese zeige einen Beckengeradstand. Somit liessen sich die LWS/ISG-Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine Fehlbelastung erklären. Damit könnten die aktuell geltend gemachten LWS-/ISG-Beschwerden nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge oder Teilfolge des Ereignisses vom 16. Juni 1990 angesehen werden. Zwar hat Dr. med. D. \_\_\_ die Coxarthrose in einem gewissen Widerspruch dazu unter den Hauptdiagnosen aufgeführt, während von ihm nur die Nebendiagnosen als «nicht unfallkausal» bezeichnet wurden. Aus seinen Ausführungen geht aber unzweifelhaft und überzeugend hervor, dass er auch die Coxarthrose als nicht unfallkausal erachtet. Ob schliesslich die geklagten belastungsabhängigen Schmerzen an der Schulter links und dem Handgelenk links als unfallkausal anzusehen sind, kann offen gelassen werden, da diesen Beschwerden von ärztlicher Seite keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt werden. Prof. Dr. med. I. \_\_\_ hielt diesbezüglich im C. \_\_\_-Gutachten fest, in der klinischen Untersuchung liessen sich im Bereich des Handgelenkes Schmerzen provozieren. Zusätzlich fänden sich ulnarseitig Krepitationen. An der Schulter zeige sich ein druckschmerzhaftes AC-Gelenk mit positivem Cross-Body-Test. Radiologisch könnten aber sowohl am Handgelenk als auch an der Schulter links keine knöchernen Veränderungen festgestellt werden. Die Beschwerden in der linken oberen Extremität, beim linkshändischen Exploranden, liessen sich durch eine vermehrte Belastung und Mehrgebrauch, aufgrund von z.B. wiederholtem Abstützen oder dem initialen Tragen des Gehstockes an der linken Seite erklären. Dem Bericht des Kreisarztes vom 31. Juli 2018 ist hierzu ergänzend zu entnehmen, im Bereich beider oberen Extremitäten zeigten sich klinisch gar keine pathologischen Befunde, was auch in der letzten gutachterlichen Untersuchung von Prof. Dr. med. I. \_\_\_ bestätigt worden sei. Somit seien auch diese Beschwerden bei dem Versicherten, welcher nur ab und zu mit einem Handgehstock laufe, aus unfallchirurgischer Sicht, als Teilkausalität des Unfalls von 1990 nicht nachvollziehbar. 7.2 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass aus somatischer Sicht nur die im Bereich des linken Unterschenkelstumpfes geltend gemachten Beschwerden als unfallkausal anzusehen sind, womit auch nur diese für die Beurteilung der aus unfallversicherungsrechtlich relevanten Arbeitsfähigkeit von Bedeutung sind. Demnach kann auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im orthopädischen Teilgutachten der C. \_\_\_ zum Vornherein nicht abgestellt werden, da Prof. Dr. med. I. \_\_\_ bei seiner diesbezüglichen Beurteilung auch die nicht-unfallkausalen Beschwerden der LWS/ISG miteinbezog. Vielmehr kann aus somatischer Sicht auf die überzeugende kreisärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verwiesen werden: In Bezugnahme auf die Frage einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der gutachterlichen Beurteilung vom 24. April 2012 könne festgehalten werden, dass es zu einer gewissen Beschwerdeprogredienz im Bereich des Unterschenkelstumpfes und im linken Kniegelenk gekommen sei. Aus

unfallchirurgischer/versicherungsmedizinischer Sicht erachte er, Dr. med. D.\_\_\_\_, einen zusätzlichen Pausenbedarf zur Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden im Bereich des linken Kniegelenkes und des linken Unterschenkelamputationsstumpfes als indiziert. Somit bestehe aus unfallkausalen Gründen für leichte körperliche Arbeiten überwiegend sitzend, wenig gehend und stehend, jedoch mit der Möglichkeit von regelmässigen Positionswechseln ohne Zwangshaltungen, zeitmässig eine insgesamt eingeschränkte 90%ige Arbeitsfähigkeit. Dagegen erscheint die vom behandelnden orthopädischen Chirurgen, Dr. med. H.\_\_\_\_, im Bericht vom 17. November 2017 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Einerseits widersprechen die von Dr. med. H.\_\_\_\_ geschilderten Phantomschmerzen im Ausmass und Häufigkeit den Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der C.\_\_\_\_-Begutachtung vom 23. März 2017 sowie der kreisärztlichen Untersuchung vom 26. Juli 2018 (vgl. E. II. 5.2.2.4). Andererseits stellte Dr. med. H.\_\_\_\_ bei seiner Einschätzung im Wesentlichen auf die subjektiven Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers ab. Zudem ist in diesem Zusammenhang auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. O.\_\_\_\_, zumindest was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anbelangt, vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist. 8. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist es somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem Entscheid gesamthaft von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und damit von einer revisionsrelevanten Verschlechterung der Gesundheit des Beschwerdeführers ausging, wobei in diesbezüglicher Übereinstimmung mit dem C.\_\_\_\_-Gutachten keine Addition der Arbeitsunfähigkeiten aus somatischer (10 %) und psychiatrischer Sicht (20 %) erfolgt. 9. Schliesslich wird die im angefochtenen Entscheid vorgenommene Invaliditätsberechnung vom Beschwerdeführer nicht bestritten und ist denn auch nicht zu beanstanden. Im Übrigen erscheint der vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn von 20 % angesichts der beachtlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers angemessen. Ebenfalls nicht bestritten und nicht zu beanstanden ist der Zeitpunkt der Rentenerhöhung auf 41 % per 1. Dezember 2017. Somit ist die Beschwerde abzuweisen. 10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Grundsätzlich ist das Verfahren kostenlos. Von diesem Grundsatz abzuweichen, besteht im vorliegenden Fall kein Anlass.

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