

200 20 669 UV
WIS/ISD/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. März 2022

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführer

gegen

Suva
Rechtsabteilung, Postfach 4358, 6002 Luzern
Beschwerdegegnerin

betreffend Einspracheentscheid vom 20. Juli 2020



Sachverhalt:

A.

Der 1965 geborene A. _____ (Versicherter bzw. Beschwerdeführer) war durch seine vormalige Tätigkeit als ... bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) obligatorisch unfallversichert. Er bezog aufgrund der bei einem Verkehrsunfall am 27. November 1988 erlittenen sensomotorisch inkompletten Tetraplegie (vgl. Akten der Suva, act. II 1, 21) verschiedene, wegen des Verursachens des Unfalls bei Ausübung eines Vergehens teilweise gekürzte (vgl. act. II 29), Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung, insbesondere ab dem 16. August 1997 eine Invalidenrente nach Massgaben eines IV-Grades von 50 % sowie eine Hilflosenentschädigung leichten Grades (act. II 120). Der Rentenanspruch wurde wiederholt bestätigt (vgl. act. IIA 143 [2002], 157 [2004]); die Hilflosenentschädigung wurde ab dem 1. Juli 2011 auf einen mittleren Grad erhöht (act. IIA 197 bzw. act. IIB 54). Die vom Versicherten wiederholt beantragte Aufhebung der Kürzung der Invalidenrente und der Hilflosenentschädigung (act. IIB 64, 101) wurde von der Suva abgewiesen (act. IIB 65, 102).

Mit Schreiben vom 18. Februar 2019 (act. IIB 124) machte der Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend und ersuchte um Revision der UV-Invalidenrente. Die Suva traf medizinische Abklärungen, namentlich holte sie die Akten der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) ein (vgl. act. IIC 139-141, act. IID 142 [Akten datierend bis am 5. Juni 2019]) und veranlasste eine kreisärztliche Beurteilung (vgl. act. IIE 153). Gestützt darauf verneinte sie mit Verfügung vom 3. Dezember 2019 (act. IIE 154) – unter Bezugnahme auf ein Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 26. Juli 2016, IV/2015/191 (siehe dazu act. IIC 140/105-117) – das Vorliegen einer zwischenzeitlichen Veränderung des Gesundheitszustandes. Die dagegen erhobene Einsprache (act. IIE 165) wies sie mit Einspracheentscheid vom 20. Juli 2020 (act. IIE 177) ab.

B.

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe 8. September 2020 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auf das Revisionsgesuch vom 18. Februar 2019 einzutreten, den Invaliditätsgrad neu zu berechnen und ihm gestützt darauf – rückwirkend seit wann rechtens – im Rahmen eines 50 % übersteigenden Invaliditätsgrades die ihm zustehende Invaliden- bzw. Komplementärrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen und nachfolgend erneuten Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Mit Beschwerdeantwort vom 25. September 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 2. November 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinen Rechtsbegehren fest und reichte weitere Unterlagen ein.

Mit Duplik vom 27. November 2020 hielt die Beschwerdegegnerin, unter Verweis auf eine weitere kreisärztliche Beurteilung vom 26. November 2020 (act. IIF 1), am Abweisungsantrag fest.

Mit Eingaben vom 15. Februar und 2. sowie 10. März 2021 machte der Beschwerdeführer zusätzliche Ausführungen und reichte weitere Unterlagen ein.

Mit Schreiben vom 31. März 2021 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine weitere Stellungnahme.

Mit Eingabe vom 14. September 2021 reichte der Beschwerdeführer einen Vorbescheid der IV-Stelle Bern vom 9. September 2021 (Beilagen zur Beschwerde [act. I] 19) ein, gemäss welchem eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei und ab 1. Dezember 2021 nunmehr Anspruch auf eine Dreiviertelrente bestehe.

Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Oktober 2021 edierte die Instruktrichterin die Akten der IV-Stelle Bern (act. III-III B).

Mit prozessleitender Verfügung vom 14. Oktober 2021 gab die Instruktionsrichterin den Parteien Gelegenheit, zu den edierten IV-Akten, insbesondere dem darin enthaltenen MEDAS-Gutachten vom 11. Januar 2021 (act. IIIB 196.1-196.6), Stellung zu nehmen.

Mit Eingaben vom 11. November 2021 bzw. vom 20. Dezember 2021 nahmen die Beschwerdegegnerin respektive der Beschwerdeführer zu den edierten IV-Akten Stellung.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Der Beschwerdeführer ist im vorinstanzlichen Verfahren mit seinen Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 58 ATSG). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet der Einspracheentscheid vom 20. Juli 2020 (act. IIE 177). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch und in diesem Zusammenhang insbesondere das Bestehen einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes, die geeignet ist,

den Rentenanspruch zu beeinflussen. Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden demgegenüber allfällige Auswirkungen der geltend gemachten gesundheitlichen Veränderungen auf den Anspruch auf eine Hilfenentschädigung.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Am 1. Januar 2017 sind die Änderung vom 25. September 2015 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) und die Änderung vom 9. November 2016 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) in Kraft getreten. Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 25. September 2015 des UVG ereignet haben, und für Berufskrankheiten, die vor diesem Zeitpunkt ausgebrochen sind, werden nach bisherigem Recht gewährt (Abs. 1 der Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 25. September 2015 des UVG).

2.2 Ist die versicherte Person infolge des Unfalles zu mindestens 10 % invalid (Art. 8 ATSG), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (aArt. 18 Abs. 1 UVG in der bis 31. Dezember 2016 gültig gewesenen Fassung).

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

2.3 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 (aArt. 17 Abs. 1 ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung).

2.3.1 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (vgl. BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 11; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.3.2 Die Erheblichkeit der Sachverhaltsänderung, welche Voraussetzung für eine Revision der Rente der Unfallversicherung nach aArt. 17 Abs. 1 ATSG ist, bejaht das Bundesgericht, wenn sich der Invaliditätsgrad um 5 Prozentpunkte ändert (BGE 145 V 141 E. 7.3.1 S. 148, 140 V 85 E. 4.3 S. 87; SVR 2018 UV Nr. 37 S. 133 E. 4.3).

2.3.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). 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 gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszu-

stands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 2).

2.3.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

3.

3.1 Vorab sind die massgebenden Vergleichszeitpunkte für die Frage einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung des (medizinischen) Sachverhaltes festzulegen. In der Verfügung vom 3. Dezember 2019 (act. IIE 154) stellte die Beschwerdegegnerin dem gegenwärtigen Sachverhalt den Gesundheitszustand, wie er sich im Zeitpunkt von VGE IV/2015/191 vom 26. Juli 2016 (siehe dazu act. IIC 104/105-117) im Bereich der Invalidenversicherung präsentierte, gegenüber. Im angefochtenen Einspracheentscheid vom 20. Juli 2020 (act. IIE 177/2 f. Ziff. 1) hingegen bezog sie sich "auf den Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bzw. der Rentenverfügung, womit der Invaliditätsgrad letztmals verändert wurde", ohne ein Datum zu nennen.

Auf den mit VGE IV/2015/191 vom 26. Juli 2016 beurteilten Sachverhalt kann vorliegend bereits deshalb nicht abgestellt werden, weil die dem Urteil zugrundeliegende Verfügung der IV (act. IIC 140/182-184) für die Unfallversicherung keine Bindungswirkung entfaltet hat (BGE 131 V 362 E. 2.2 S. 366). Überdies wurde sie der Beschwerdegegnerin nicht eröffnet. Eine entsprechende Verfügung der Beschwerdegegnerin ist zu diesem Zeitpunkt nicht auszumachen. Sodann ist auch nicht auf die ursprüngliche Rentenverfügung vom 16. August 1997 (act. IIA 120) abzustellen. Denn der Beschwerdeführer nahm am 24. März 2001 eine selbstständige Erwerbstätigkeit auf (vgl. act. IIA 139), woraufhin der Rentenanspruch im Jahr 2002 und abermals im Jahr 2004 revisionsweise materiell überprüft wurde (vgl. act. IIA 143, 157). Die massgebenden Vergleichszeitpunkte bilden demnach die Mitteilung vom 9. August 2004 (act. IIA 157) und der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. Juli 2020 (act. IIE 177).

3.2 Die Mitteilung vom 9. August 2004 (act. IIA 157) stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den Verlaufsbericht des Zentrums C._____ vom 16. Dezember 2003 (act. IIA 150). Darin wurde eine posttraumatisch sensomotorisch komplette (recte wohl inkomplette; vgl. auch act. IIA 130/1) Tetraplegie sub C7 (AISA A; recte wohl AISA B), motorisches Niveau Th2, sensibles Niveau C7 mit Teilinnervation bis Th2, mit/bei Status nach Verkehrsunfall am 17. (recte: 27.) November 1988, Status nach HWK7-Fraktur, Status nach Spinalkanaldekompensation, Vertebrotomie HWK7, Spondylodese und Orocoplaste HWK6-BWK1, autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm und Sexualfunktionsstörungen, Detrusorhypertrophie, restharnfreie Entleerung, Status nach Urolithiasis 1988 diagnostiziert. Der Beschwerdeführer arbeite zu 50 % als selbstständiger ... (siehe auch act. IIA 149 Ziff. 4). Er befinde sich insgesamt in einem guten Allgemein- und Rehabilitationszustand. Die kardio-pulmonale Untersuchung zeige keinen pathologischen Befund. Gastrointestinal zeige sich das Abdomen weich, indolent, pathologische Resistenzen seien nicht tastbar gewesen. Am Bewegungsapparat bestünden keine Fehlstellungen und freie Beweglichkeit der grossen Gelenke bis auf eine massive Spastik im Hüftgelenk sowie in den OSG mit nur schwerer Überwindbarkeit und Tendenz zu Spitzfussstellung.

3.3 Betreffend die Entwicklung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bis zum Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids vom 20. Juli 2020 (act. IIE 177) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen Folgendes:

3.3.1 Im Bericht der orthopädischen Klinik des Spitals D. _____ vom 24. November 2016 (act. IIB 129) wurde der Verdacht auf Tendinose der anterosuperioren Rotatorenmanschette inkl. LBS der rechten Schulter sowie leicht symptomatische AC-Gelenksarthrose diagnostiziert.

3.3.2 Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Physikalische Medizin und Rehabilitation, hielt im Bericht vom 30. Oktober 2017 (act. IIB 97) fest, der Beschwerdeführer präsentiere sich in einem guten Allgemein- und Rehabilitationszustand. Die neurologischen Defizite seien, soweit beurteilbar, stationär. Gleiches gelte für die mässiggradigen Bewegungseinschränkungen im Bereich der unteren Extremitäten. Insgesamt bestehe eine Progredienz der Probleme im Sinne einer Altersinvolution. Der Beschwerdeführer komme hiermit meist zurecht, jedoch träten immer wieder Phasen auf, in welchen er seiner selbstständigen Tätigkeit als Goldschmied nicht nachgehen könne.

3.3.3 In einem weiteren Bericht der orthopädischen Klinik des Spitals D. _____ vom 17. Januar 2019 (act. IIB 122) wurde sodann ein subacromiales Impingement Schulter links diagnostiziert. Es wurde eine subacromiale Infiltration vorgenommen und die Durchführung von humeruskopffzentrierenden Übungen empfohlen.

3.3.4 In der Stellungnahme vom 18. Februar 2019 (act. IIB 123) bejahte der Kreisarzt Dr. med. F. _____, Facharzt für Chirurgie, einen Zusammenhang zwischen dem Unfallereignis vom 27. November 1988 und den geklagten Beschwerden an der linken Schulter. Zur Begründung gab er an, der Beschwerdeführer sei seit dem Unfall rollstuhlpflichtig. Dabei entstehe eine dauerhafte Überlastung der Schultern, sodass eine mittelbare Kausalität bestehe.

3.3.5 Dr. med. G. _____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 12. März 2019 (act. IIB 128) fest, beim Beschwerdeführer komme es regelmässig zu drei bis vier Harn-

wegsinfektionen pro Jahr, welche jeweils phasenweise auftraten. Die Antibiotika-Therapie werde jeweils gemäss Resistenzprüfung durchgeführt; der Beschwerdeführer spreche gut darauf an. Danach gebe es wieder monatelange ruhige Phasen. Der letzte Infekt sei im Juli 2018 gewesen. Ansonsten sei die Situation unverändert.

3.3.6 Im Bericht des Zentrums C. _____ vom 29. April 2019 (act. IIB 135) wurden unter anderem rezidivierende, teils fieberhafte Harnwegsinfekte bei Prostatitis diagnostiziert. Es wurde eine antibiotische Therapie empfohlen.

Gemäss dem Bericht des Zentrums C. _____ vom 13. Mai 2019 (act. IIB 136) zur ambulanten Jahreskontrolle vom 25. April 2019 hat sich der Beschwerdeführer in ordentlichem Allgemein- und verschlechtertem Rehabilitationszustand befunden. In der Untersuchung sei eine deutlich verstärkte Spastik aufgefallen, welche der Beschwerdeführer auf den vorhandenen Harnwegsinfekt zurückgeführt habe. Nach den Transfers habe er jeweils eine deutliche Tachykardie, zum Teil mit kurzen Pausen, gezeigt. Im EKG habe sich jedoch der Sinusrhythmus ohne Hinweis auf eine Rhythmusstörung gezeigt. Aufgrund der diversen Verschlechterungen sei der Beschwerdeführer auf vermehrte Unterstützung seiner Ehefrau angewiesen und fehle wiederholt am Arbeitsplatz. Im langjährigen Lähmungsverlauf sei oft eine Zunahme der plegiebedingten Begleitbeschwerden zu sehen und diese gelte es auch bei der anamnestisch geplanten Rentenrevision der Suva zu berücksichtigen.

3.3.7 Dem Bericht der orthopädischen Klinik des Spitals D. _____ vom 13. Mai 2019 (act. IIB 137) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer von der Infiltration im Januar 2019 (vgl. dazu act. IIB 122) sehr profitiert hat. Er sei gemäss eigenen Angaben so gut wie beschwerdefrei. Bei bestimmten Umwendbewegungen spüre er die linke Schulter noch.

3.3.8 Im Bericht des Zentrums C. _____ vom 12. August 2019 (act. IIE 149) wurden eine zufriedenstellende Lungenfunktion sowie einen (bis auf einen Vitamin D-Mangel) unauffälligen Laborbefund beschrieben. Die verstärkte Spastik sei bisher nicht eindeutig geklärt und eine Triggerung im

Rahmen der urologischen Beschwerden sei bisher aber nicht ausgeschlossen worden.

3.3.9 PD Dr. med. H. _____, Facharzt für Neurologie, Kompetenzzentrum für Versicherungsmedizin Suva, hielt in der Beurteilung vom 12. November 2019 (act. IIE 153) fest, funktionell-motorisch habe bei Austritt aus der Erstrehabilitation am 30. Juni 1989 nur noch ein vollständiger Querschnitt unterhalb von Th1 vorgelegen. Dies sei bis zum aktuellen Zeitpunkt unverändert so geblieben im Vergleich zum letzten erhobenen neurologischen Befund vom 25. April 2019. Hier werde eine normale Sensibilität bis Th1 hinab dokumentiert, nur links sei sie unterhalb von C7 gestört. Die unteren Extremitäten würden ohne Motorik dokumentiert, dagegen seien die oberen Extremitäten motorisch uneingeschränkt. Motorisch-funktionell gesehen liege daher unverändert keine Tetraplegie, sondern eine Paraplegie vor. Lediglich die Sensibilität sei rechtsseitig unterhalb von C7 gestört und unterhalb von etwa Niveau Th1 bis Th3 erloschen. Auch habe sich keine Zustandsveränderung ergeben, die aus der Dokumentation ersichtlich wäre, weder motorisch noch funktionell. Ernsthafte medizinische Komplikationen seien aus der Dokumentation mit einem letzten kurzstationären Aufenthalt 2017 zur koloskopischen Abklärung nicht ersichtlich. Insbesondere bestünden keine längeren stationären Aufenthalte zum Beispiel im Rahmen von Wundgeschwulstbehandlungen (Dekubitus) oder sonstigen häufigen Komplikationen im Rahmen eines Querschnittsleidens. Der erreichte Gesundheitszustand hinsichtlich der Unfallfolgen sei somit sowohl neurologisch als auch insgesamt medizinisch als unverändert und aussergewöhnlich stabil zu beurteilen, dies auch angesichts eines nunmehr über 30-jährigen Verlaufs eines Querschnittsleidens.

3.3.10 Im Überweisungsschreiben vom 17. Dezember 2019 (act. IIE 164/21) hielt Dr. med. G. _____ fest, beim Beschwerdeführer mit bekannter sensomotorischer Tetraplegie sub C8 sei es im Verlauf der letzten zwei Jahre zu einer schleichenden Verschlechterung des Allgemeinzustandes gekommen. Insbesondere im Verlauf der letzten zwei Monate sei die Verschlechterung deutlich gewesen. Es seien gehäuft schwer behandelbare Harnwegsinfektionen aufgetreten. Ebenso sei es zunehmend zu Kreislaufdysregulationen gekommen. Zusätzlich seien degenerative Verände-

rungen an beiden Schultern hinzugekommen, welche die Fortbewegung im Rollstuhl sowie die Transfers massiv erschweren würden.

Im Bericht vom 3. September 2020 (act. IIE 181) hielt Dr. med. G. _____ zum Verlauf fest, im Rahmen der Blasenfunktionsstörung komme es zu rezidivierenden Harnwegsinfektionen, welche den Beschwerdeführer jeweils für mindestens zwei Wochen stark einschränken würden. Die antibiotische Therapie sei teilweise schwierig bei speziellen und teilweise auch resistenten Keimen.

3.3.11 Gemäss dem Bericht des Zentrums C. _____ vom 30. Oktober 2020 (Beschwerdebeilage [act. I] 14) hat sich der Beschwerdeführer anlässlich der ambulanten Jahreskontrolle vom 19. Oktober 2020 in einem reduzierten Rehabilitationszustand präsentiert. Es sei eine allgemeine Verschlechterung der verbleibenden Autonomie im Alltag zu verzeichnen. In der klinischen Untersuchung sei eine Verschlechterung der Sensibilität im Bereich der Hände aufgefallen. Weiter bestehe ein für langjährige Rollstuhlfahrer typisches Schulterleiden mit klinisch reduzierter Kraft im Bereich der Rotatorenmanschette. Angesichts der Lähmungshöhe mit Rumpfinstabilität würden jegliche Schmerzen oder Verschlechterungen im Bereich der oberen Extremitäten erheblich zu Beeinträchtigungen in den Alltagsaktivitäten beitragen. Aus medizinisch-paraplegiologischer Sicht sei es absolut nachvollziehbar, dass der Alltag des Beschwerdeführers in den letzten Jahren beschwerlicher geworden sei.

3.3.12 PD Dr. med. H. _____ hielt in der neurologischen Beurteilung vom 26. November 2020 (act. IIF 1) zusammenfassend fest, eine richtungsweisende Verschlimmerung des bekannten funktionell unterhalb Th1 sensomotorischen kompletten unteren Querschnitts, funktionell-neurologisch und insbesondere auch im Hinblick auf die Feinmotorik der oberen Extremitäten lasse sich auch auf Grundlage der ambulanten Verlaufskontrolle vom 30. Oktober 2020 (vgl. dazu act. I 14) weiterhin nicht mit dem Beweisgrad einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststellen. An der Schlussfolgerung der neurologischen Beurteilung vom 12. November 2019 könne daher vollumfänglich festgehalten werden.

3.3.13 In den mit prozessleitender Verfügung vom 1. Oktober 2021 edierten IV-Akten ist insbesondere das interdisziplinäre Gutachten der I. _____ (nachfolgend: Medas) vom 11. Januar 2021 (act. IIIB 196.1-196.6) enthalten. Dem Gutachten sind folgende Diagnosen zu entnehmen (act. IIIB 196.1/8 Ziff. 4.2):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Sensomotorische Paraplegie sub C8 (ASIAB) bei St.n. HWK7-Fraktur nach Verkehrsunfall am 17. [recte: 27.] November 1988 (ICD-10 G82.29)

- St.n. Spinalkanaldekompensation, Vertebroektomie HWK7, Spondylodese HWK6-BWK1
- autonome Dysregulation mit Blasen-, Darm- und Sexualfunktionsstörungen
- normale Motorik an den oberen Extremitäten
- neurogene Detrusoraktivität und Detrusor Sphinkter Dyssynergie (ICD-10 N31.9)

Chronische Schulterbeschwerden beidseits unter Betonung der dominanten linken Seite (ICD-10 M79.61)

- anamnestisch gutes, bis heute anhaltendes Ansprechen auf subakromiale und intraartikuläre Infiltration rechts am 21. November 2016
- geringes Ansprechen auf subakromiale Infiltration links am 17. Januar 2019
- radiologisch leichtgradige Degeneration beidseits

Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Adipositas (BMI 32.3 kg/m²) (ICD-10 E66.0)

Bei der neurologischen Untersuchung sei eine stabile Situation der Lähmung festgestellt worden. Die vom Beschwerdeführer angegebene vermehrte Spastizität habe nicht objektiviert werden können. Insgesamt könne eine wahrscheinliche leichte allgemeine Verschlechterung der Körperfunktionen in den letzten Jahren aus neurologischer Sicht bestätigt werden. Aus den Angaben des Beschwerdeführers könne geschlossen werden, dass er in früheren Jahren zumindest hinsichtlich seiner beruflichen Tätigkeit leistungsfähiger gewesen sei. Bei der urologischen Untersuchung seien eine neurogene Detrusorhyperaktivität und Detrusor Sphinkter Dyssynergie festgestellt worden. Dadurch benötige der Beschwerdeführer vermehrt Zeit beim Wasserlösen. Auch gehäufte Infektionen seien möglich, wobei der Explorand aktuell nicht über regelmässige Beschwerden in dieser Hinsicht

geklagt habe. Bei der orthopädischen Untersuchung seien chronische Schulterschmerzen beidseits bei radiologisch leichtgradigen Degenerationen festgestellt worden. Für Tätigkeiten auf Schulterniveau ohne Gewichtsbelastung ergäben sich aus orthopädischer Sicht keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Bei den täglichen Verrichtungen sei aufgrund der Schulterbeschwerden ein etwas vermehrter Zeitaufwand notwendig, was aus orthopädischer Sicht einen gewissen Pausenbedarf ergebe. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei eine Darmentleerungsstörung bei der Paraplegie bestätigt worden. Die allgemeininternistischen Systemfunktionen seien kompensiert. Aufgrund der Problematik beim Stuhlgang benötige der Beschwerdeführer aus allgemeininternistischer Sicht für die Alltagsfunktionen etwas vermehrt Zeit. Bei der eigentlichen Arbeit als ... sei er aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt. Aus polydisziplinärer Sicht benötige der Beschwerdeführer aufgrund der Paraplegie für alle täglichen Verrichtungen einen vermehrten Zeitaufwand (act. IIIB 196.1/8 Ziff. 4.3).

In der bereits optimal angepassten Tätigkeit als ... bestehe eine zumutbare Präsenzzeit von vier bis fünf Stunden mit einem erheblich erhöhten Pausenbedarf. Insgesamt bestehe ab September 2019 eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 40 %; dies nach einer zuvor 50%igen Arbeitsfähigkeit (act. IIIB 196.1/9 Ziff. 4.6). Die Arbeitsunfähigkeit sei gesamthaft durch die Einschränkungen der Tetraplegie verursacht. Die kleinen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit würden gesamthaft in der neurologischen Beurteilung zusammengefasst. Die neurologische Situation sei auch die Hauptursache der Unfallfolgen. Die Einschränkungen beziehungsweise die Arbeitsunfähigkeit in den übrigen Fachgebieten könnten daher nur partiell addierend eingeordnet werden (act. IIIB 196.1/9 f. Ziff. 4.8).

Schliesslich hielten die Gutachter fest, eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber Januar 2015 lasse sich anhand der objektiven medizinischen Befunde nicht feststellen. Eine langsame, altersbedingte Verschlechterung des Allgemeinzustandes und der körperlichen Funktionen sei anzunehmen. Die Arbeitsfähigkeit habe sich gegenüber den früheren Einschätzungen deshalb leicht verschlechtert (act. IIIB 196.1/10 Ziff. 4.11).

3.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2). Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit vorliegen.

sigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2008 IV Nr. 22 S. 70 E. 2.4). Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3). Urteilt das Gericht abschliessend gestützt auf Beweisgrundlagen, die aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 122 V 157 E. 1d S. 162).

3.5

3.5.1 Vorab ist festzuhalten, dass sowohl die vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens ins Recht gelegten Arztberichte (act. I 13 ff.) wie auch das instruktionsrichterlich edierte Medas-Gutachten vom 11. Januar 2021 (act. IIIB 196.1-196.6) zwar nach Erlass des angefochtenen Einsprachentscheids vom 20. Juli 2020 (act. IIE 177) datieren (vgl. zum massgebenden Sachverhalt in zeitlicher Hinsicht: BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140), sich daraus jedoch Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4), weshalb sie vorliegend zu berücksichtigen sind.

3.5.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich im angefochtenen Einsprachentscheid vom 20. Juli 2020 (act. IIE 177) in medizinischer Hinsicht auf

die Aktenbeurteilung von PD Dr. med. H. _____ vom 12. November 2019 (act. IIE 153), in welcher Letzterer den erreichten Gesundheitszustand hinsichtlich der Unfallfolgen sowohl neurologisch als auch insgesamt unverändert beurteilte. Soweit den Gesundheitszustand auf dem neurologischen Fachgebiet betreffend, das heisst namentlich hinsichtlich der Lähmung, ist die versicherungsmedizinische Beurteilung überzeugend und steht in keinem ersichtlichen Widerspruch zu den übrigen medizinischen Akten. So wurde auch im neurologischen Teilgutachten der Medas bzw. im Rahmen der Konsensbeurteilung retrospektiv seit Januar 2015 eine stabile Situation der Lähmung festgestellt, wobei der neurologische Gutachter gestützt auf den klinisch-neurologischen Befund sowie entsprechende bildgebende Unterlagen eine vermehrte Spastizität sowie Auswirkungen der vom Beschwerdeführer angegebenen Ausweitung des sensiblen Defizits verneinte (vgl. act. IIIB 196.4/5 ff. Ziff. 7 und 8.5). Aus den Angaben der behandelnden Ärzte sind keine im Rahmen der kreisärztlichen Aktenbeurteilung respektive des Medas-Gutachtens unberücksichtigt gebliebene neurologische Aspekte ersichtlich. Vielmehr beurteilte auch der behandelnde Arzt Dr. med. E. _____ im Bericht vom 30. Oktober 2017 (act. IIB 97) die neurologischen Defizite als stationär. Insoweit ist auf dem neurologischen Gebiet nach Lage der medizinischen Akten keine Verschlechterung des unfallkausalen Gesundheitszustandes zu erkennen.

3.5.3 Soweit Dr. med. H. _____ in der Beurteilung vom 12. November 2019 (act. IIE 153) alleine gestützt auf die Akten und ohne eigene Untersuchung des Beschwerdeführers (vgl. dazu vorne E. 3.5) auch ausserhalb seines medizinischen Fachgebietes eine zwischenzeitlich eingetretene unfallkausale Veränderung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sowie den Invaliditätsgrad pauschal verneinte, ist ihm mit Blick auf die vorliegenden medizinischen Akten nicht zu folgen: So wurde im Medas-Gutachten vom 11. Januar 2021 (act. IIIB 196.1/8 Ziff. 4.3) respektive im urologischen Teilgutachten (act. IIIB 196.5/4 f. Ziff. 7.4 und 8.2.5) zwar eine seit Jahren unveränderte Harnableitung via Urinal-Kondom beschrieben, jedoch gleichzeitig seit circa 2017 neu hinzugekommene gehäufte Harnwegsinfekte und Unterbauschmerzen mit Blasenkrämpfen erwähnt. Aufgrund dieser Umstände und der dadurch zunehmenden beschwerlichen und zeitaufwändigeren Harnblasenentleerung ging der urolo-

gische Sachverständige – in Übereinstimmung mit der Einschätzung der Hausärztin (vgl. act. IIB 128; IIE 181) sowie der Ärzte des Zentrums C._____ (vgl. act. IIB 136; act. I 14) – überzeugend begründet von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes in urologischer Hinsicht aus und attestierte neu eine seit circa 2017 bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (act. IIIB 196.5/5 Ziff. 8.5), während vor diesem Zeitpunkt keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit auf dem urologischen Fachgebiet beschrieben wurde. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer zwischenzeitlich eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf dem Gebiet der Urologie auszugehen. Insoweit bestehen damit zumindest geringe Zweifel (vgl. vorne E. 3.4) an der Aktenbeurteilung von PD Dr. med. H._____ vom 12. November 2019 (act. IIE 153).

3.5.4 Die Frage, inwieweit die urologisch erstellte Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 27. November 1988 steht oder durch allfällige unfallfremde Ursachen begründet ist, sowie der Umfang der unfallkausalen Arbeitsunfähigkeit im zeitlichen Verlauf lassen sich gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beantworten. So ist dem Medas-Gutachten zu entnehmen, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit gesamthaft durch Einschränkungen der Tetraplegie verursacht sei, wobei die neurologische Situation auch die "Hauptursache der Unfallfolgen" sei, während die Einschränkungen aus den anderen Fachgebieten nur partiell addiert werden könnten. Gleichzeitig gingen die Gutachter – mangels entsprechender objektiver medizinischer Befunde letztlich gestützt auf die nicht massgebenden subjektiven Beschwerdeangaben (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281) – aber davon aus, dass eine langsame, altersbedingte Verschlechterung des Allgemeinzustandes und der körperlichen Funktionen anzunehmen sei und sich die Arbeitsfähigkeit dadurch leicht verschlechtert habe (act. IIIB 196.1/9 f. Ziff. 4.8 und 4.11). Dem in der Konsensbeurteilung referenzierten (vgl. act. IIIB 196.1/9 Ziff. 4.8) neurologischen Teilgutachten ist denn auch zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seine Defizite in den Vordergrund stelle und anzunehmen sei, dass es im Verlauf der Jahre zu einer vermehrten Hilfsbedürftigkeit und Abnahme der Funktionsfähigkeit gekommen sei, wobei bei fehlenden objektiven neurologischen Befunden

verschiedene Faktoren, namentlich vermehrte Infekte, Probleme mit der Darmfunktion, Schulterprobleme – die gemäss Einschätzung des orthopädischen Sachverständigen jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben (vgl. act. IIIB 196.1/8 Ziff. 4.3, 196.3/5 f. Ziff. 7.3.1 und 8.1) – aber auch die inzwischen stattgefundene Gewichtszunahme sowie ein allgemeiner Alterungsprozess zu den Schwierigkeiten beitragen würden (act. IIIB 196.4/5 Ziff. 7.1). Ebenso ging der behandelnde Arzt Dr. med. E. _____ im Bericht vom 30. Oktober 2017 (act. IIB 97) von einer Progredienz der Beschwerden im Sinne einer Altersinvolution aus.

Insgesamt ergeben sich damit aus den medizinischen Akten Anhaltspunkte, die sowohl für wie auch gegen die Annahme eines (natürlichen) Kausalzusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der nunmehr ausgewiesenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes, namentlich in urologischer Hinsicht, sprechen. Anhand der vorliegenden medizinischen Akten, welche sich hierzu lediglich unvollständig und zudem widersprüchlich äussern, lässt sich dies nicht abschliessend beurteilen.

3.6 Nach dem Dargelegten ist der medizinische Sachverhalt im Lichte des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 ATSG) hinsichtlich der Abgrenzung von unfallkausalen und unfallfremden Ursachen der urologisch ausgewiesenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie der allfällig unfallkausal zu berücksichtigenden, über eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % hinausgehende Einschränkung unvollständig abgeklärt. Die Beschwerde ist daher insoweit gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. Juli 2020 (act. IIE 177) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie die medizinischen Akten durch entsprechende Verlaufsberichte vervollständige und anschliessend in der Fachrichtung Urologie sowie bedarfsweise in weiteren Fachdisziplinen den medizinischen Sachverhalt aus unfallversicherungsrechtlicher Perspektive vollständig abkläre und anschliessend neu über das Revisionsgesuch entscheide. Bei dieser Konstellation ist es nicht Sache des Verwaltungsgerichts, die gebotenen medizinischen und erwerblichen Abklärungen, insbesondere auch eine erstmalige versicherungsexterne Begutachtung i.S.v. Art. 44 ATSG hinsichtlich der sich stellenden unfallversicherungsrechtlichen Fragen selber zu veranlassen. Es besteht denn auch

kein grundsätzlicher Anspruch auf eine gerichtliche Expertise (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 136 V 376 E. 4.2.2 S. 379). Vielmehr haben diese Abklärungen – wie vom Beschwerdeführer explizit beantragt (Beschwerde S. 1 Ziff. I/2) – durch die originär hierfür zuständige Verwaltung (Art. 43 Abs. 1 ATSG) zu erfolgen (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.).

4.

4.1 Gemäss aArt. 61 lit. a ATSG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 82a ATSG) ist das Verfahren für die Parteien kostenlos.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2020 KV Nr. 23 S. 112 E. 11.1).

Mit Kostennote vom 20. Dezember 2021 (in den Gerichtsakten) macht Rechtsanwalt B._____ einen Aufwand von 34.83 Stunden, entsprechend einem Honorar von Fr. 10'413.60 (inkl. Auslagen und MWST) geltend. Der veranschlagte zeitliche Aufwand erscheint mit Blick auf die vorliegend im Wesentlichen auf den Revisionsgrund beschränkte Streitsache, der sich dabei stellenden lediglich durchschnittlich komplexen tatsächlichen und rechtlichen Fragen, der eingedenk der edierten IV-Akten wenig umfangreichen einschlägigen medizinischen Akten, dem Umstand, dass Rechtsanwalt B._____ den Beschwerdeführer bereits im Verwaltungsverfahren vertrat, sowie insbesondere auch im Vergleich zu gleich bzw. ähnlich gelagerten Fällen als deutlich zu hoch. Mit Blick auf die gesamten

Umstände und unter Berücksichtigung des erfolgten zweifachen Schriftenwechsels sowie die ergänzenden Stellungnahmen der Parteien erscheint vorliegend eine Parteientschädigung von insgesamt pauschal Fr. 7'000.-- (inkl. Auslagen und MWST) als gerechtfertigt. Die Parteientschädigung ist demnach ermessensweise auf pauschal Fr. 7'000.-- festzusetzen und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer diesen Betrag zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid der Suva vom 20. Juli 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 7'000.-- (inkl. Auslagen und MWST) zu bezahlen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. des Beschwerdeführers
 - Suva
 - Bundesamt für Gesundheit

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.